



RECOMENDACIÓN No. 67/2010

Síntesis: El 3 de septiembre de 2008, V1, mujer de 89 años, acudió a consulta al Hospital General de México, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, con un cuadro de trombo alojado en vena femoral, previamente diagnosticado por su médico particular, así como con un dolor agudo en la pierna izquierda, mareos y una mancha en el empeine del pie izquierdo ubicado a la altura del dedo anular y meñique.

El médico que la atendió en la consulta, dado su delicada condición, la refirió con un especialista en geriatría, quien a su vez, después de valorarla, la envió con un médico especialista en medicina cardiovascular; éstos dos últimos, según el dicho de Q1, le prescribieron como tratamiento el empleo de analgésicos solamente.

Cinco meses con 14 días después, esto es, el 17 de febrero de 2009, la mancha que V1 presentó en el empeine se ulceró, por lo que acudió al Área de Urgencias del referido Hospital General de nueva cuenta, para recibir atención médica, y en ese lugar, estando con los doctores que la atendieron (AR1, AR2 y AR3), ella les comentó que tenía un dolor intenso a grado tal, de acuerdo con el dicho de Q1 (hija de V1), que se encontraba impedida para caminar, razón por la que fue trasladada a ese hospital en silla de ruedas.

En dicho Hospital General permaneció durante tres días, ya que se le practicaría una cirugía; sin embargo, el 19 de febrero de ese año fue dada de alta aunque presentaba un diagnóstico de vena femoral tapada, indicándosele que requeriría de una revascularización, pero toda vez que en ese hospital no contaba con el material especializado para tal efecto, si quería que se la practicaran en ese nosocomio tendría que comprar un injerto vascular de 6 mm, valvado de dacrón, de 70 cm de longitud, para que los médicos que la estaban atendiendo (AR1, AR2 y AR3) realizaran el procedimiento. Q1 manifestó en su queja que no encontró el injerto solicitado, pero presentó uno similar, que tuvo un costo de \$7,000.00 (Siete mil pesos 00/100 M. N.).

El 13 de marzo de 2009, V1 se presentó nuevamente en el Hospital General de México, donde, de acuerdo con el dicho de Q1, manifestó a los médicos que la estaban atendiendo (AR1 y AR2), ambos adscritos al Servicio de Cirugía Cardiovascular de ese hospital, que la úlcera y el dolor le habían aumentado, limitándose éstos a manifestarle que dicha condición era “normal”, y que le programarían la cirugía señalada, la cual fue practicada por el médico AR1 el 17 del mes y año citados, manifestando la quejosa que el injerto que sería utilizado en la operación se le entregó a AR2.

Asimismo, Q1, en su escrito de queja, manifestó que posteriormente a la cirugía el personal de enfermería encargado de cambiar los vendajes a V1 no limpió ni desinfectó la herida al momento de dicho cambio, lo que tuvo como consecuencia que ésta se infectara. Dos días después, V1 fue dada de alta con cita programada para el 26 del mes y año citados, fecha en la que le fueron retirados los puntos y con cita abierta al Área de Urgencias.

El 16 de abril de 2009, V1 acudió al Hospital General, donde un médico que la atendió le informó que dado lo delicado de su salud, si no presentaba mejoría, tendría que considerar como posibilidad la amputación de su pie, por lo que Q1 solicitó al personal médico otra opción, sugiriéndole sesiones de cámara hiperbárica. Ahora bien, en virtud de que la herida de la agraviada no presentó mejoría alguna, el 21 de abril de 2009 se le practicó un exudado, arrojando como resultados *escherichia coli* y *morganella morganii*.

El 23 de abril de 2009, V1 acudió a cita con AR1, quien le indicó que continuara con las sesiones de la cámara hiperbárica, y el 25 de junio del año citado, al acudir a consulta con el mismo médico AR1, V1 presentó un cuadro de dolor intenso y empeine izquierdo necrosado, con mal olor y apariencia grave, por lo que se le programó una cirugía para remover sus dedos anular y meñique del pie izquierdo.

El 2 de julio de 2009, V1 se presentó en el referido Hospital General, donde permaneció 12 horas sentada en una silla de ruedas, sin recibir ningún tipo de atención. Al día siguiente, el médico encargado de la cirugía (AR1) no se presentó, por lo que otro médico adscrito al Servicio de Cirugía de ese hospital (AR4) le informó que se le amputaría todo el pie, a lo que la agraviada se negó, pues en la hoja de autorización sólo había dado su consentimiento para que le fueran removidos dos dedos.

Ante la falta de respuesta favorable por parte del personal médico y administrativo del Hospital General de México, V1 solicitó su ingreso en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el 16 de julio de 2009, al haber empeorado sus síntomas, fue enviada en calidad de urgente al Hospital General Regional Número 1 "Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro", del IMSS, para su valoración y donde fue internada con un cuadro grave de úlcera varicosa.

En el mencionado Hospital General Regional del IMSS, a V1 se le realizaron curaciones y se le suministraron antibióticos; sin embargo, ante el avance de su grave padecimiento y la falta de respuesta favorable, el 23 de julio de 2009 fue sometida a cirugía, en la que se le practicó una amputación de la pierna (arriba de la rodilla); precisando Q1 que al término de la intervención quirúrgica, el personal médico del IMSS que la operó le informó que no encontraron el injerto que supuestamente el médico adscrito al Servicio de Cirugía Cardiovascular del multicitado Hospital General de México (AR1) le había colocado el 17 de marzo de 2009.

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección a la salud, en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de México, dependiente de la Secretaría de Salud Federal.

A esta Comisión Nacional preocupó la declaración que Q1 realizó en su escrito de queja, en el sentido de señalar que la segunda operación que V1 requería se suspendió cuando estaba ésta en el quirófano, porque el médico adscrito al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General de México (AR4) le indicó a la víctima que le sería amputado el pie izquierdo completo y no solamente dos de sus dedos, como lo había autorizado expresamente; ahora bien, es aceptable el dicho de Q1, ya que de la revisión a la “Carta de Consentimiento Bajo Información Amputación Quirúrgica”, suscrita por V1 y Q1, no se especificó qué parte de su cuerpo la paciente autorizó que le amputaran, la fecha de la operación, la existencia de testigos, ni la identificación del médico tratante, lo cual, en términos de lo que establecen los numerales 4.2, 10.1.1. y 10.1.2. de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, era obligatorio y no se cumplió, siendo responsabilidad del médico tratante la observancia de dichos preceptos.

El 17 de marzo del año citado, V1 ingresó a cirugía con la finalidad de que le fuera colocado un injerto de derivación femoropoplíteo en miembro pélvico, sin habersele realizado previamente un adecuado, completo y actualizado protocolo de estudio por parte del personal médico del Hospital General de México, amén de que dicho injerto tampoco le fue colocado.

Cabe destacar que si bien es cierto que la derivación femoropoplíteo era la cirugía indicada para conservar la viabilidad del miembro pélvico, con la finalidad de evitar su amputación, también lo es que el personal médico del Hospital General de México (AR1) no colocó el injerto, pero, además, AR2 y AR3, médicos que también trataron a V1, los días 17 y 18 de marzo de 2009, omitieron actualizar el protocolo de estudio, esto es, realizar angiografía y/o ultrasonido doppler en el posquirúrgico inmediato para verificar la permeabilidad del supuesto injerto, y cubrir con un adecuado esquema antimicrobiano contra aerobios y anaerobios, con el fin de proteger y evitar una potencial colonización y pérdida de éste.

Bajo esta perspectiva, se observó que el mencionado injerto no le fue colocado a V1, lo que tuvo como consecuencia de manera directa el deterioro irreversible y amputación de su pierna izquierda, corroborándose con ello la relación causa efecto entre la inadecuada atención médica proporcionada a la víctima y la pérdida de su extremidad.

En este contexto, de haberse hospitalizado y protocolizado adecuadamente a V1, se habría detectado oportunamente el tipo y/o nivel de la obstrucción vascular, que hubiera permitido una amputación lo más distal posible, con mínima incomodidad y compromiso para la víctima, y que se le hubiera brindado un adecuado resultado funcional para deambular y una mínima limitación de sus funciones, así como la

posibilidad de sepsis progresiva, ascendente y generalizada por diseminación de la infección.

En consecuencia, debido a la inadecuada atención médica proporcionada por el personal médico multicitado (AR1, AR2, AR3 y AR4), del Hospital General de México, el padecimiento de V1 derivó en una inviabilidad de toda la pierna izquierda, lo cual se confirmó el 15 de julio de 2009, al ser valorada en el Hospital General Regional Número 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, del IMSS, donde se le integró un diagnóstico correcto de necrobiosis, indicando como plan de manejo adecuado a su ingreso toma de laboratoriales, valoración por los Servicios de Angiología y Cirugía General, estableciendo un pronóstico malo para la extremidad y reservado para la vida, que derivó en una amputación supracondílea.

Para este Organismo Nacional resultó preocupante el hecho de que en la nota postoperatoria del 23 de julio de 2009, emitida por personal médico adscrito al Servicio de Angiología del Hospital General Regional Número 1, del IMSS, se haya determinado como hallazgos de V1 “arteria femoral calcificada, ocluida al 100 %, y que no se observó bypass”; ello fue confirmado por el Jefe de Cirugía de ese Hospital General Regional, quien informó que V1 fue intervenida quirúrgicamente en ese nosocomio el 23 de julio de 2009, en donde se le practicó una amputación supracondílea izquierda, destacando que durante ese procedimiento no se encontró material protésico alguno a nivel del sitio de la sección de la arteria femoral, lo cual además fue corroborado por el Jefe de Cirugía de ese Hospital General, en su informe del 25 de marzo de 2010.

El 11 de abril de 2010, V1 desarrolló una trombosis mesentérica, enfermedad que se considera mortal e impredecible. Al respecto, es importante indicar que las causas de su fallecimiento, en opinión del perito médico-forense de la Comisión Nacional, fueron independientes a la inadecuada atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de México, entre los meses de febrero a julio de 2009.

Por lo anterior, para esta Comisión Nacional quedó demostrado que el personal médico del Hospital General de México multicitado no proporcionó una adecuada atención médica a V1, transgrediendo con ello lo dispuesto por los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 27, fracción III; 32; 33, fracciones I y II; 51, y 51 bis 1, de la Ley General de Salud, así como el 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional, el 26 de noviembre de 2010, emitió la Recomendación 67/2010, dirigida al Director General del Hospital General de México para que instruya a quien corresponda a efectos de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a los familiares de V1 o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Hospital General de México, en virtud de las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; que gire sus instrucciones a quien corresponda para que en el Hospital General de México se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio que proporcione el personal médico se ajuste al marco de legalidad y sanas prácticas administrativas que deben observar, garantizando que se apliquen los protocolos de estudios y de intervención necesarios para integrar diagnósticos precisos que permitan referir oportunamente a los pacientes cuando así lo requieran, establecer tratamientos adecuados y así proporcionar atención médica oportuna y de calidad, y con ello evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, así como los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos, en los cuales se señale el impacto efectivo de la capacitación; que gire sus instrucciones a quien corresponda para que se implemente en el Hospital General de México, como obligación para el personal médico, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios suficientes para mantener las habilidades necesarias para brindar un servicio médico adecuado y profesional; que se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en ese Hospital General, en contra del personal médico involucrado en los hechos de la presente Recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas, y que se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a este Organismo Nacional las constancias que le sean solicitadas.

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL EN AGRAVIO DE V1

México, D. F., a 26 de noviembre de 2010

DR. FRANCISCO PASCUAL NAVARRO REYNOSO
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO

Distinguido señor director general:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II, y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2010/662/Q, relacionado con el caso de V1.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos, y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 3 de septiembre de 2008, V1, mujer de 89 años, acudió a consulta al Hospital General de México, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, con un cuadro de *trombo alojado en vena femoral*, previamente diagnosticado por su médico particular; así como con un dolor agudo en la pierna izquierda, mareos, y una mancha en el empeine del pie izquierdo ubicado a la altura del dedo anular y meñique. El médico que la atendió en la consulta, dado su delicada condición, la refirió con un especialista en geriatría, quien a su vez, después de valorarla, la envió con un médico especialista en medicina cardiovascular; éstos dos últimos según el dicho de Q1, le prescribieron como tratamiento el empleo de analgésicos solamente.

Cinco meses con catorce días después, esto es, el 17 de febrero de 2009, la mancha que V1 presentó en el empeine se ulceró, por lo que acudió al área de Urgencias del referido Hospital General de nueva cuenta, para recibir atención médica, y en ese lugar, estando con los doctores que la atendieron (AR1, AR2 y AR3), ella les comentó que tenía un dolor intenso a grado tal, de acuerdo al dicho de Q1 (hija de V1), que se encontraba impedida para caminar, razón por la que fue trasladada a ese hospital en silla de ruedas.

En dicho Hospital General permaneció durante 3 días, ya que se le practicaría una cirugía; sin embargo, el 19 de febrero de ese año, fue dada de alta aunque presentaba un diagnóstico de *vena femoral tapada*, indicándosele que requeriría de una revascularización, pero toda vez que en ese hospital no contaba con el material especializado para tal efecto, si quería que se la practicasen en ese nosocomio, tendría que comprar un injerto vascular de 6 mm, valvado de dacrón, de 70 cm de longitud, para que los médicos que la estaban atendiendo (AR1, AR2 y AR3) realizaran el procedimiento. Q1 manifestó en su queja que no encontró el injerto solicitado, pero presentó uno similar, que tuvo un costo de \$7,000 (siete mil pesos 00/100 M.N.).

El 13 de marzo de 2009, V1 se presentó nuevamente en el Hospital General de México, donde, de acuerdo al dicho de Q1, manifestó a los médicos que la estaban atendiendo (AR1 y AR2), ambos adscritos al servicio de Cirugía Cardiovascular de ese hospital, que la úlcera y el dolor le habían aumentado, limitándose éstos a manifestarle que dicha condición era “normal”, y que le programarían la cirugía señalada, la cual fue practicada por el médico (AR1) el 17 del mismo mes y año; manifestando la quejosa que el injerto que sería utilizado en la operación se le entregó a (AR2).

Asimismo, Q1, en su escrito de queja, manifestó que posteriormente a la cirugía el personal de enfermería encargado de cambiar los vendajes a V1, no limpió ni desinfectó la herida al momento de dicho cambio, lo que tuvo como consecuencia que ésta se infectara. Dos días después, V1 fue dada de alta con cita programada para el 26 de ese mismo mes y año, fecha en la que le fueron retirados los puntos y con cita abierta al área de Urgencias.

El 16 de abril de 2009, V1 acudió al Hospital General, donde un médico que la atendió le informó que dado lo delicado de su salud, si no presentaba mejoría, tendría que considerar como posibilidad la amputación de su pie; por lo que Q1 solicitó al personal médico otra opción, sugiriéndole sesiones de cámara hiperbárica. Ahora bien, en virtud de que la herida de la agravada no presentó mejoría alguna, el 21 de abril de 2009, se le practicó un exudado, arrojando como resultados, *escherichia coli* y *morganella morganii*.

El 23 de abril de 2009, V1 acudió a cita con (AR1), quien le indicó que continuara con las sesiones de la cámara hiperbárica, y el 25 de junio de ese mismo año, al acudir a consulta con el mismo médico (AR1), V1 presentó un cuadro de dolor intenso y empeine izquierdo necrosado, con mal olor y apariencia grave, por lo que se le programó una cirugía para remover sus dedos anular y meñique del pie izquierdo.

El 2 de julio de 2009, V1 se presentó en el referido Hospital General, donde permaneció 12 horas sentada en una silla de ruedas, sin recibir ningún tipo de atención. Al día siguiente, el médico encargado de la cirugía (AR1) no se presentó, por lo que otro médico adscrito al servicio de Cirugía de ese hospital (AR4) le informó que se le amputaría todo el pie, a lo que la agravada se negó, pues en la

hoja de autorización solo había dado su consentimiento para que le fueran removidos dos dedos.

Ante la falta de respuesta favorable por parte del personal médico y administrativo del Hospital General de México, V1 solicitó su ingreso en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el 16 de julio de 2009, al haber empeorado sus síntomas fue enviada en calidad de urgente al Hospital General Regional No. 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, para su valoración y donde fue internada con un cuadro grave de úlcera varicosa.

En el mencionado Hospital General Regional del IMSS, a V1 se le realizaron curaciones y se le suministraron antibióticos; sin embargo, ante el avance de su grave padecimiento y la falta de respuesta favorable, el 23 de julio de 2009 fue sometida a cirugía, en la que se le practicó una amputación de la pierna (arriba de la rodilla); precisando Q1, que al término de la intervención quirúrgica, el personal médico del IMSS que la operó le informó que no encontraron el injerto que supuestamente el médico adscrito al servicio de Cirugía Cardiovascular del multicitado Hospital General de México (AR1) le había colocado el 17 de marzo de 2009.

En este contexto, el 22 de enero de 2010, Q1 presentó queja en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual se remitió a esta Comisión Nacional el 25 de enero de 2010 en razón de competencia. Por lo anterior, este organismo nacional solicitó los informes correspondientes al director del Hospital General de México y al coordinador de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como copia del expediente clínico respectivo.

II. EVIDENCIAS

A. Queja presentada por Q1 en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el 22 de enero de 2010, que en razón de competencia se remitió a esta Comisión Nacional el 25 de enero del mismo año, a la cual anexó algunas constancias del expediente clínico de V1.

B. Oficio de fecha 5 de abril de 2010, suscrito por el director general del Hospital General de México, perteneciente a la Secretaría de Salud, al que anexó diversa documentación y copia del expediente clínico de V1 del que destaca:

1. Hoja de hospitalización de V1, de fecha 17 de febrero de 2009.

2. Nota de evolución y tratamiento de V1, de fecha 18 de febrero de 2009, suscrita por los médicos adscritos al servicio de Cirugía Cardiovascular (AR1, AR2 y AR3).

- 3.** Hoja de alta hospitalaria de V1, de fecha 19 de febrero de 2009, suscrita por un médico adscrito al servicio de Cirugía Cardiovascular (AR1).
 - 4.** Nota de evolución y tratamiento de V1, de fecha 13 de marzo de 2009, suscrita médicos adscritos al servicio de Cirugía Cardiovascular (AR1 y AR2).
 - 5.** Dictado de la operación practicada a V1, de fecha 17 de marzo de 2009, suscrita por un médico adscrito al servicio de Cirugía Cardiovascular (AR1).
 - 6.** Nota de evolución y tratamiento de V1, de fecha 16 de abril de 2009.
 - 7.** Carta de consentimiento bajo información para amputación quirúrgica, suscrita por V1, en la cual no se precisa la fecha ni el nombre completo del médico responsable.
 - 8.** Hoja de alta hospitalaria de V1, de fecha 2 de julio de 2009, suscrita por dos médicos adscritos al servicio de Cirugía Cardiovascular (AR2 y AR4).
 - 9.** Informe en el que se detalla la atención médica proporcionada a V1, de fecha 24 de marzo de 2010, suscrito por (AR1).
 - 10.** Oficio de fecha 26 de marzo de 2010, suscrito por el jefe del servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, en el que informa que uno de los médicos que atendió a V1 (AR1) fue el responsable del procedimiento quirúrgico que se le realizó en el Hospital General de México.
- C.** Memorando de fecha 19 de marzo de 2010, suscrito por el jefe de Cirugía del Hospital General Regional No. 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, en el que precisa que no encontró material protésico en la arteria femoral de V1.
- D.** Oficio de fecha 5 de abril de 2010, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que anexó copia del expediente clínico de V1.
- 1.** Notas médicas del estado de salud de V1 del mes de julio de 2009, suscritas por personal médico del Hospital General Regional No. 1, “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.
 - 2.** Nota médica y prescripción de V1, de fecha 22 de julio de 2009, suscrita por personal médico del mencionado Hospital General Regional.
 - 3.** Nota postoperatoria de V1, de fecha 23 de julio de 2009, suscrita por personal médico del Hospital General Regional No. 1, “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”.

E. Opinión médica emitida el 17 de agosto de 2010, por un médico forense adscrito a la Visitaduría General de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, en la que se establecen las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de México.

F. Acta circunstanciada de fecha 28 de septiembre de 2010, en la que se hizo constar la conversación telefónica entablada con un familiar de V1, en la que precisó que la agraviada falleció el 11 de abril de 2010.

G. Correo electrónico de Q1, de fecha 20 de octubre de 2010, a través del cual envió a este organismo nacional copia del acta de defunción de V1, en la que se precisa como fecha su fallecimiento el 11 de abril de 2010.

H. Acta circunstanciada de fecha 29 de octubre de 2010, emitida por un perito adscrito a la Visitaduría General de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, en la que hizo constar que la atención médica del personal del Hospital General de México no tuvo relación con la muerte de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 17 de febrero de 2009, V1 fue valorada en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General de México, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, donde se integró el diagnóstico de insuficiencia arterial de miembro pélvico izquierdo. Al día siguiente, los especialistas que la atendieron, establecieron que la paciente era candidata a revascularización infra inguinal; indicaron su alta por mejoría y le solicitaron un injerto para realizar el procedimiento que requería.

El 13 de marzo de 2009, V1 ingresó nuevamente al servicio de Cirugía Cardiovascular con la finalidad de que se le practicara el procedimiento que requería, y el 17 del mismo mes y año se le realizó una supuesta “colocación de injerto de derivación femoropoplíteo en miembro pélvico”; fue dada de alta por mejoría el 19 de marzo de 2009; sin embargo, posteriormente presentó complicaciones que evolucionaron hacia el deterioro e inviabilidad de toda su pierna izquierda.

El 15 de julio de 2009, V1 fue valorada en el Hospital General Regional No. 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, donde se le diagnosticó un cuadro de necrobiosis e ingresó al servicio de Angiología. El 23 de julio de 2009 se le practicó una amputación supracondílea, durante la cual no se le encontró el material protésico que supuestamente le había sido colocado por personal del Hospital General de México el 17 de marzo de 2009, siendo egresada el 25 del mismo mes y año; cabe destacar que, el 11 de abril de 2010, V1 falleció debido a un choque séptico, trombosis mesentérica e hipertensión arterial sistemática.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2010/662/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección a la salud, en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de México, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, en atención a las siguientes consideraciones:

De acuerdo con la información contenida en el expediente clínico elaborado por personal médico del Hospital General de México que atendió a V1, se advirtió que el 17 de febrero de 2009, se presentó en el área de Urgencias de dicho nosocomio, con un cuadro de “enfermedad arterial periférica”, y fue valorada por un médico adscrito al área de Cirugía Cardiovascular (AR1), quien determinó su ingreso para “protocolo de estudio de salvamento de extremidad”.

Ahora bien, V1, de acuerdo a la nota de su ingreso de 17 de febrero de 2009, señaló a dicho médico que tenía un cuadro de “hipertensión arterial sistemática con 40 años de evolución, manejada con captopril, con dolor de inicio súbito en extremidad inferior izquierda de predominio en región dorsal y pierna manejada con tramadol gotas desde 4 meses antes, obteniendo mejoría de la sintomatología; y que desde hace 3 meses, agregó úlcera de 6x5 cm en región dorsal de pie izquierdo, sin secreciones”, encontrándose a la exploración física con un cuadro de: “extremidad inferior izquierda con pulso pedio +; pulso poplíteo +++; pulso femoral +++; con úlcera región dorsal de 4x4 cm; en primer dedo de 2x2 cm; en 4 dedo se localiza úlcera de 1x1 cm; todas sin datos de infección ni exudado”.

El 19 de febrero de 2009, de acuerdo a la hoja de alta hospitalaria de esa fecha, el médico que la atendió (AR1) determinó el egreso de V1 “por mejoría”, con protocolo para revascularización, solicitándole material para practicar la misma, lo cual se corroboró con la hoja de evolución y tratamiento suscrita por los médicos que la atendieron (AR1, AR2 y AR3); cabe precisar que el material médico solicitado a la víctima por los médicos anteriormente referidos, fue un “injerto vascular de 6mm, valvado, de dacrón, de longitud 70 cm”, como consta en las hojas del referido nosocomio que anexó Q1 a su escrito de queja.

El 13 de marzo de 2009, V1 acudió al Hospital General de México con la finalidad de que se le realizara una cirugía para la colocación de “puente vascular femoropoplíteo”; de acuerdo a la nota de ingreso e historia clínica suscrita por los médicos que la atendieron (AR1 y AR2), ambos adscritos al servicio de Cirugía Cardiovascular; la víctima les comentó que tenía como antecedentes, “padecimiento de 1 año de evolución, caracterizado por dolor de miembros inferiores tipo punzante de intensidad progresiva, hasta llegar a la claudicación intermitente, prurito y ardor”, y se le encontró a la exploración física: “orientada con adecuado estado de hidratación, ligera palidez en tegumentos, ruidos cardíacos arrítmicos de baja intensidad; campos pulmonares con murmullo vesicular conservador, sin integrar síndrome pleuropulmonar, abdomen sin alteraciones, extremidades inferiores hipotróficas, cambios dérmicos de isquemia, hipotermia,

pulso femoral conservado, poplíteo disminuido, pedio y tibial ausentes, llenado capilar 4 segundos, disminución de sensibilidad distal, con niveles de glucosa 95, urea 98, creatinina 3.0, potasio 5.1, tip 11.7, TPT 25, leu 7.4, Hb 10.1”; asimismo, previo a dicha intervención de V1, un médico geriatra, solicitó actualizar los análisis de laboratorio y ajustar en base al resultado de los mismos el tratamiento de la paciente.

En este tenor, a las 12:00 horas del 17 de marzo de 2010, según consta en el dictado de operación de esa fecha, y en la hoja de alta hospitalaria emitida el 19 de ese mes y año, ambos suscritos por un médico adscrito al servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General de México (AR1), V1 fue intervenida y supuestamente se le colocó un “injerto de derivación femoropoplíteo MP, bajo los efectos de anestesia regional, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles; se le realizó incisión en región inguinal, pliegue inguinal MP, se disecó por planos hasta identificar arteria femoral la cual se disecó en un trayecto de 5 cms; se le realizó posteriormente en cara interna de rodilla, se disecó por planos hasta identificar arteria poplíteica misma que se disecó proximal y distal, se tunelizó tejido celular subcutáneo y se introdujo objeto anillado, se pinzó arteria femoral y se cortó en su cara interna, colocándosele injerto con prolene 5-0 sugerente”.

El 19 de marzo de 2009 (AR1) determinó dar de alta a V1 “por mejoría”, con un diagnóstico de “insuficiencia arterial, miembros inferiores, con colocación de injerto de derivación femoropoplíteo, mismo que se realizó sin accidentes ni incidentes”, con cita programada para el 26 del mismo mes y año, en el servicio de Cirugía Vascular para continuar con protocolo y vigilancia, a la cual la paciente acudió, tal como consta en la nota de consulta de esa fecha; sin embargo, en la misma no se hizo referencia a sus signos vitales, a la descripción de su estado de salud, ni se especificaron los datos del médico tratante.

Posteriormente, de acuerdo a una nota médica de fecha 16 de abril de 2009, V1 presentó insuficiencia arterial en pie izquierdo, con cambios necróticos, edema importante 4+, tendones expuestos en dorso de pie izquierdo, sin pulsos palpables sobre la úlcera, por lo que se le sugirió sesiones en cámara hiperbárica; asimismo, el 30 del mismo mes y año, se precisó que se continuaría con manejo de cámara hiperbárica por un mes y se valoraría la posibilidad de una amputación; asimismo, en otra nota médica consta que la agraviada acudió a consulta el 26 de junio de 2009 con el médico que la atendió (AR1).

Finalmente, el 1 de julio de 2009, V1 acudió al Hospital General de México con un cuadro de “infección en tejidos blandos en miembro pélvico izquierdo, con antecedente de insuficiencia arterial izquierda e injerto femoropoplíteo”, a efecto de que se le practicara una debridación y un lavado quirúrgico; sin embargo, dicho procedimiento fue suspendido por el “descontrol metabólico” de la paciente, lo cual consta en la hoja de alta hospitalaria suscrita por los médicos (AR2 y AR4); el 2 de julio del mismo mes y año fue dada de alta, indicándole cita abierta al servicio de Urgencias y para consulta externa en los servicios de Endocrinología y Nefrología.

Con relación a lo anterior, en el oficio de fecha 24 de marzo de 2010, suscrito por el coordinador de servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General de México (AR1), señaló que V1 presentó un cuadro de “enfermedad arterial crónica crítica de miembros inferiores”, por lo que se le propuso practicarle como plan, un “rescate de extremidad” a través de la colocación de un injerto vascular, el cual V1 aceptó y se realizó (supuestamente) colocándole el mismo; ahora bien, dado que la paciente tuvo una evolución tórpida según el mismo informe de (AR1), requirió de otra intervención que no se realizó por las malas condiciones que presentaba la víctima, y fue dada de alta para continuar control y seguimiento por consulta externa sin que acudiera a la misma; haciendo hincapié el médico que el día de la intervención le fue colocado a V1 el material que le había sido solicitado.

A esta Comisión Nacional preocupó la declaración que Q1 realizó en su escrito de queja, en el sentido de señalar que la segunda operación que V1 requería se suspendió cuando estaba ésta en el quirófano, no por las razones anteriormente señaladas, sino porque el médico adscrito al servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General de México (AR4), le indicó a la víctima que le sería amputado el pie izquierdo completo y no solamente dos de sus dedos, como lo había autorizado expresamente; ahora bien, es aceptable el dicho de Q1, ya que de la revisión a la “Carta de Consentimiento Bajo Información Amputación Quirúrgica”, suscrita por V1 y Q1, no se especificó qué parte de su cuerpo la paciente autorizó que le amputaran, la fecha de la operación, la existencia de testigos, ni la identificación del médico tratante; lo cual, en términos de lo que establecen los numerales 4.2, 10.1.1. y 10.1.2., de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, era obligatorio y no se cumplió, siendo responsabilidad del médico tratante la observancia de dichos preceptos.

En este orden de ideas, el 15 de julio de 2009, V1 tuvo que ingresar al área de Urgencias del Hospital General Regional No. 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, donde fue valorada por personal adscrito al servicio de Angiología, y a su exploración física se le encontró con “necrosis de pierna y pie izquierdos que condiciona incapacidad para la deambulaci3n, con dolor de reposo, sin s3ntomas concurrentes, MPI con necrosis h3meda extensa de pierna y pie, pulsos perif3ricos no palpables, con eritema y aumento de volumen respecto de contralateral”; asimismo, en la nota m3dica expedida por personal m3dico de ese hospital el 17 de julio de 2009 se determin3 que la v3ctima present3 reporte con cultivo positivo en *escherichia coli* y, *morganella morganii*, indic3ndole diversas medidas y medicamentos. El 19 de julio del mismo mes y a3o, V1 se report3 como delicada.

El 22 de julio de 2009, de acuerdo a una nota de valoraci3n del servicio de Angiología del Hospital General Regional No. 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, V1 se report3 con “insuficiencia renal cr3nica, dolor intenso en pie izquierdo, con bordes necrosados, coloraci3n negra en dedos, sin pulso pedio, con datos de necrosis distal secundaria a insuficiencia arterial perif3rica irreversible”, por lo que fue programada para que al siguiente d3a se le practicara una amputaci3n a nivel supracond3leo.

Ahora bien, de todo lo narrado anteriormente, el perito médico forense adscrito a la Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que conoció del asunto observó, en primer lugar, que V1 efectivamente fue valorada el 18 de febrero de 2009 en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General de México, donde se le diagnosticó un cuadro de insuficiencia arterial de miembro pélvico izquierdo, habiéndosele indicado, como plan de manejo, su ingreso a observación a fin de continuar con el protocolo de estudio de salvamento de extremidad.

Al día siguiente, se estableció que era candidata a revascularización infra inguinal, indicando su alta por mejoría, solicitándole a la víctima el material para su revascularización; lo cual, en opinión del perito médico forense de este organismo nacional constituyó un manejo inadecuado, ya que los médicos tratantes del servicio de Cirugía Cardiovascular que valoraron a V1 (AR1, AR2 y AR3) omitieron solicitar durante su internamiento las pruebas de laboratorio básicas, radiografías de las extremidades pélvicas; así como actualizar la arteriografía y un ultrasonido doppler que permitieran confirmar el diagnóstico, e identificar el nivel o sitio de la lesión, a fin de descartar otros vasos obstruidos o estenosados; y, que se tuvieran los datos necesarios para establecer un mejor abordaje quirúrgico, seleccionando el o los injertos de derivación adecuados.

De igual manera, si bien es cierto que se indicó continuar con protocolo de estudio por consulta externa, no existió constancia en el expediente médico de V1, de que éste se haya realizado, a pesar de que era obligatorio por los criterios de riesgo que la víctima presentó, tales como su edad, así como por padecer arteriosclerosis, hipertensión arterial e insuficiencia respiratoria. Además, se omitió el manejo especializado de V1, por parte del personal médico adscrito al servicio Vascular Periférico y/o Angiología.

Por otra parte, el 13 de marzo de 2009, cuando V1 ingresó nuevamente al servicio de Cirugía Cardiovascular, con la finalidad de que se le practicara una cirugía para colocarle un puente vascular femoropoplíteo (injerto vascular), (AR1 y AR2) omitieron solicitar radiografías de las extremidades pélvicas, arteriografía y ultrasonido doppler, para confirmar el diagnóstico e identificar el sitio de la lesión o vasos obstruidos o estenosados, que permitirían establecer el mejor abordaje quirúrgico; omisión de dichos servidores públicos que favoreció el desarrollo de complicaciones con las cuales V1 cursó posteriormente y tuvieron como consecuencia, de manera directa, la pérdida total de la extremidad pélvica izquierda.

En ese orden de ideas, el 17 de marzo de ese año, V1 finalmente ingresó a cirugía con la finalidad de que le fuera colocado el mencionado injerto de derivación femoropoplíteo en miembro pélvico, sin habersele realizado previamente un adecuado, completo y actualizado protocolo de estudio por parte del personal

médico del Hospital General de México, amén de que dicho injerto, tampoco le fue colocado.

Cabe destacar que, si bien es cierto que la derivación femoropoplítea era la cirugía indicada para conservar la viabilidad del miembro pélvico, con la finalidad de evitar su amputación, también lo es que el personal médico del Hospital General de México (AR1), con base en las consideraciones anteriores, no colocó el injerto, pero, además (AR2 y AR3), médicos que también trataron a V1, los días 17 y 18 de marzo de 2009, omitieron actualizar el protocolo de estudio, esto es, realizar angiografía y/o ultrasonido doppler en el postquirúrgico inmediato para verificar la permeabilidad del supuesto injerto, y cubrir con un adecuado esquema antimicrobiano contra aerobios y anaerobios, con el fin de proteger y evitar una potencial colonización y pérdida de éste.

Bajo esta perspectiva, se observó que el mencionado injerto no le fue colocado a V1, lo que tuvo como consecuencia de manera directa el deterioro irreversible y amputación de su pierna izquierda, corroborándose con ello la relación causa efecto entre la inadecuada atención médica proporcionada a la víctima y la pérdida de su extremidad.

Asimismo, de las valoraciones realizadas a V1 los días 26 de marzo, 16 y 30 de abril, y 25 de junio de 2009, respectivamente, por (AR1 y otros médicos que no se pudieron identificar por estar incompletos e ilegibles sus datos), se observó que dichos servidores públicos omitieron realizar una adecuada exploración física y especificar los signos vitales que permitieran confirmar la presencia y funcionalidad del supuesto injerto; además, de que si bien se le indicó a la víctima sesiones en cámara hiperbárica desde 16 de abril de 2009, esa terapia, en opinión del perito médico forense de esta Comisión Nacional, no le brindó ninguna mejoría, pues los cambios necróticos ya eran evidentes e irreversibles, lo que debió motivar que se reingresara a V1 al servicio de Cirugía Vascular Periférica y/o Angiología para que fuera cubierta con un adecuado esquema antimicrobiano, tomando cultivos para ajustar posteriormente el antibiótico, solicitando un ultrasonido doppler, angiografía y radiografía de la extremidad pélvica afectada y realizando curaciones y debridación quirúrgica.

En este contexto, de haberse hospitalizado y protocolizado adecuadamente a V1, se habría detectado oportunamente el tipo y/o nivel de la obstrucción vascular, que hubiera permitido una amputación lo más distal posible, con mínima incomodidad y compromiso para la víctima, y que se le hubiera brindado un adecuado resultado funcional para deambular y una mínima limitación de sus funciones, así como la posibilidad de sepsis progresiva, ascendente y generalizada por diseminación de la infección.

Por otra parte (AR2 y AR3), los días 1 y 2 de julio de 2009, omitieron realizar un protocolo de estudio y manejo médicos adecuados; fechas en que V1 ingresó con motivo de la infección de tejidos blandos, además de que no practicaron la debridación y el lavado quirúrgico que la víctima requería, bajo el argumento de

que presentaba un supuesto descontrol metabólico, sin que se hubiera hecho todo lo posible para corregirlo con la finalidad de evitar mayores complicaciones y atender su padecimiento de forma inmediata, limitándose los citados servidores públicos a darla de alta con indicaciones dietéticas, monoterapia antimicrobiana, analgésicos y lavado de la herida.

En consecuencia, debido a la inadecuada atención médica proporcionada por el personal médico multicitado (AR1, AR2, AR3 y AR4), del Hospital General de México, el padecimiento de V1 derivó en una inviabilidad de toda la pierna izquierda, lo cual se confirmó el 15 de julio de 2009, al ser valorada en el Hospital General Regional No. 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, donde se le integró un diagnóstico correcto de necrobiosis; indicando como plan de manejo adecuado a su ingreso, toma de laboratoriales, valoración por los servicios de Angiología y Cirugía General, estableciendo un pronóstico malo para la extremidad y reservado para la vida, que derivó en una amputación supracondílea.

Por todo lo anteriormente expuesto, para el perito médico forense adscrito a la Visitaduría General de este organismo nacional que conoció de éste asunto, fue posible establecer que la amputación supracondílea realizada a V1, por pérdida total de la extremidad pélvica izquierda, se debió a la calcificación total de la arteria femoral, que ocluyó y comprometió todas sus ramas arteriales que irrigan, oxigenan y nutren a toda la pierna, padecimiento crónico progresivo irreversible y de atención inmediata, que no fue corregido adecuada y oportunamente por (AR1), quien no colocó el injerto protésico que la víctima requería en la arteria femoral, complicándose además por un inadecuado seguimiento y manejo médico por parte del personal médico que la atendió (AR2, AR3 y AR4).

Resultó preocupante para este organismo nacional, el hecho de que en la nota postoperatoria de fecha 23 de julio de 2009, emitida por personal médico adscrito al servicio de Angiología del Hospital General Regional No 1 del IMSS, se haya determinado como hallazgos de V1, “arteria femoral calcificada, ocluida al 100%, y que no se observó bypass”; ello fue confirmado por el jefe de Cirugía de ese Hospital General Regional, quien informó que V1 fue intervenida quirúrgicamente en ese nosocomio el 23 de julio de 2009, en donde se le practicó una amputación supracondílea izquierda, destacando que durante ese procedimiento no se encontró material protésico alguno a nivel del sitio de la sección de la arteria femoral; lo cual además fue corroborado por el jefe de Cirugía de ese Hospital General, en su informe de fecha 25 de marzo de 2010.

El 11 de abril de 2010, V1 desarrolló una trombosis mesentérica, enfermedad que se considera mortal e impredecible. Al respecto, es importante indicar que las causas de su fallecimiento, en opinión del perito médico forense de la Comisión Nacional, fueron independientes a la inadecuada atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de México, entre los meses de febrero a julio de 2009.

Asimismo, de las evidencias que obran en el expediente clínico de V1, proporcionado por el director general del Hospital General de México a este organismo nacional, se observó que los servidores públicos de ese nosocomio (AR1, AR2, AR3 y AR4) incumplieron con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, toda vez que en varias constancias del expediente, tales como las hojas de consentimiento informado, hojas de procedimientos en hospitalización, hojas de notificación de infección nosocomial, entre otras, se encuentran incompletas, y varias notas médicas de indicaciones y de enfermería son breves, ilegibles, presentan exceso de abreviaturas, carecen de membrete de unidad médica, no se precisan los nombres completos del personal médico responsable de la atención médica de V1, ni sus firmas, cargos rangos, matrículas, especialidad, no obstante que esos documentos están orientados a garantizar la eficiencia en la práctica médica, y principalmente a dejar constancia de los antecedentes que permitan conocer la calidad en el servicio otorgado.

Por lo anterior, para esta Comisión Nacional quedó demostrado que el personal médico del Hospital General de México multicitado, no proporcionó una adecuada atención médica a V1, transgrediendo con ello lo dispuesto por los artículos 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 27, fracción III; 32, 33, fracciones I y II; 51, y 51 Bis 1 de la Ley General de Salud; así como el 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

De igual manera, los médicos responsables de la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General de México no atendieron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección a la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, siguientes: 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, y que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, los que ratifican el contenido del artículo 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

Ahora bien, es preciso señalar que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

En este sentido, esta Comisión Nacional emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirma que el derecho a la salud debe entenderse como la prerrogativa a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de dicho derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.

Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso los médicos que atendieron a V1 debieron considerar el interés superior del paciente, en función de la gravedad de su padecimiento, realizando un diagnóstico certero que les permitiera proporcionarle un tratamiento pertinente, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

Cabe señalar que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo cual es necesario que se realice la reparación conducente en los términos de ley, procurando que los familiares no enfrenten complejidades que signifiquen un impedimento u obstrucción a la satisfacción pronta de sus derechos.

En virtud de lo expuesto y con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente formal queja ante el Órgano Interno de Control del Hospital General de México, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, así como la denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de los médicos que intervinieron en los hechos que se consignan en este caso.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Hospital General de México, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a los familiares de V1 o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Hospital General de México, en virtud de las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de la presente recomendación, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda para que en el Hospital General de México se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio que proporcione el personal médico se ajuste al marco de legalidad y sanas prácticas administrativas que deben observar, garantizando que se apliquen los protocolos de estudios y de intervención necesarios para integrar diagnósticos precisos que permitan referir oportunamente a los pacientes cuando así lo requieran, establecer tratamientos adecuados y así proporcionar atención médica oportuna y de calidad, y con ello evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, así como los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos, en los cuales se señale el impacto efectivo de la capacitación.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se implemente en el Hospital General de México, como obligación para el personal médico, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios suficientes para mantener las habilidades necesarias para brindar un servicio médico adecuado y profesional.

CUARTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en ese Hospital General, en contra del personal médico involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

QUINTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental, tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a la notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

EL PRESIDENTE
DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA