



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

SÍNTESIS: El 19 de febrero de 2010, se recibió en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos la queja interpuesta por Q1, en la que señala que, en julio de 2009, V1 inició con diversos malestares en el estómago, por lo que acudió al Hospital Central Militar, donde le indicaron que tenía un tumor en el ovario derecho, y en agosto de ese año le informaron que tenía cáncer en tercera fase. Refirió que el 17 de septiembre de 2009, V1 acudió al Hospital Central Militar, por la consulta externa de Oncología, y el 21 de septiembre de 2009 fue intervenida para extirpar el tumor ovárico que resultó ser benigno.

Tras la operación realizada por AR1, se le informó a V1 que no sólo se le había extirpado el tumor, sino también dos piedras que advirtió en la vesícula, sin embargo, al ejecutar esta segunda decisión AR1 lesionó el hígado, lo que provocó una hemorragia que horas después ocasionó en la citada fecha el fallecimiento de V1 a causa de la coagulación intravascular diseminada, así como del choque hipovolémico y del tumor de ovario de comportamiento incierto.

A la fecha no se ha iniciado averiguación previa alguna ni procedimiento administrativo, con motivo de los acontecimientos materia de la presente Recomendación.

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/2/2010/1433/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones a los derechos a la protección a la salud y a la vida, en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital Central Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional.

Según el contenido del certificado de defunción y la opinión emitida por el perito de esta Institución Nacional, la causa del fallecimiento de V1 fue la serie de eventos derivados de la lesión del hígado, es decir, la coagulación intravascular diseminada que se presentó como resultado de la administración masiva de líquidos (hemoderivados, soluciones cristaloides y expansores de plasma) en el transoperatorio para el manejo del choque hipovolémico, generado por la hemorragia que presentó V1 debido a la inadecuada atención médica proporcionada por AR1. En efecto, en razón de que en la manipulación efectuada durante la extirpación se produjeron una serie de lesiones hepáticas (laceraciones), que se realizaron en el transoperatorio y no como consecuencia de la tumoración ovárica que era la patología de base. Adicionalmente, AR1 sólo contaba con la autorización para la intervención de ovario y no para realizar una colecistectomía (extirpación de la vesícula), la cual no estaba indicada por las condiciones de la cirugía.

En este tenor, existe una relación de causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la privación de la vida de V1, toda vez que de las evidencias que obran en el expediente se acredita que V1 ingresó al Hospital Central Militar, por consulta externa del Servicio de Oncología, por presentar masa en región de fosa iliaca derecha, y AR1, sin realizar valoración integral ni solicitar estudios especiales para valorar su estado general previo a la cirugía, programó un procedimiento quirúrgico. Así, se omitió iniciar un protocolo de estudio en el momento de solicitar atención médica en el citado hospital y se dio credibilidad a los estudios efectuados en forma particular que V1 presentó a su ingreso, todo lo cual denota la deficiente atención médica de AR1, que tuvo como resultado la privación de la vida de V1, fallecida a consecuencia de la serie de alteraciones provocadas por la lesión hepática en el momento de la colecistectomía realizada fuera de plan quirúrgico inicial y no a consecuencia de la patología de base de la tumoración ovárica.

Por lo expuesto, esta Comisión Nacional observa que AR1, médico que atendió a V1, transgredió los artículos 4o., párrafo tercero, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1; 2, fracción V; 23; 27, fracción III; 32; 33, fracciones I, II y III; 34, fracción II; 37; 51 bis 1, y 51 bis 2, de la Ley General de Salud, así como 29; 48; 80, párrafo segundo; 81, y 82, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y probablemente incurrió en 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 prevé la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y de abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, en razón de los hechos violatorios a los Derechos Humanos consistentes en la inadecuada atención médica que tuvo como consecuencia el fallecimiento de V1.

Igualmente, AR1 omitió observar lo dispuesto en los artículos 142 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1, y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3 y 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, así como los numerales 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, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población y ratifican el contenido del artículo 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al reconocimiento por parte del Estado a las personas del disfrute de un servicio

médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese servicio.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional recomendó a la Secretaría de la Defensa Nacional que se reparen los daños y perjuicios ocasionados a los familiares de V1 o quien acredite mejor derecho, incluida la indemnización que corresponda conforme a Derecho, así como para para brindar el apoyo psicológico a los familiares de V1 que resulte necesario para el restablecimiento de su salud emocional; que se instruya a quien corresponda para que en los hospitales de la Secretaría su cargo se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, con especial énfasis en el contenido, manejo y observancia de la normativa en materia de salud, en particular el conocimiento y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas, como la NOM 168-SSAI-1998 Del Expediente Clínico, a fin de que el servicio público que proporcionen, tanto el personal médico como de enfermería, se ajuste al marco de legalidad y las sanas prácticas administrativas que deben de observar en el ejercicio de sus funciones, obteniendo el consentimiento del paciente o familiares cercanos para practicarle los procedimientos médicos quirúrgicos necesarios, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, y evitar de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento; asimismo, que se generen indicadores de gestión; que se emita una circular con la finalidad de que el personal médico adscrito al Hospital Central Militar realice los protocolos de estudios que se requieran para integrar diagnósticos precisos que permitan referir oportunamente a los pacientes cuando así lo necesiten y se permita con ello establecer los tratamientos y cirugías adecuadas, así como proporcionar una atención médica oportuna y de calidad, para que se eviten actos y omisiones como los que dieron origen a la presente Recomendación; que se colabore respecto de la queja que este Organismo Público promueva ante la Unidad de Inspección y Contraloría General del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana y la denuncia de hechos que formule ante la Procuraduría General de la República y la Procuraduría General de Justicia Militar; enviando a esta Comisión Nacional las pruebas y constancias que acrediten el cumplimiento de cada punto recomendatorio.

RECOMENDACIÓN No. 18/2011

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL EN AGRAVIO DE V1.

México, D.F., a 26 de abril de 2011

GENERAL SECRETARIO GUILLERMO GALVÁN GALVÁN SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Distinguido general secretario:

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, párrafo primero, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracción II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos de prueba contenidos en el expediente número CNDH/2/2010/1433/Q, relacionado con el caso de V1.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos, y evitar que su nombre 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 19 de febrero de 2010, se recibió en esta Comisión Nacional la queja interpuesta por Q1, en la que señala que, en julio de 2009, V1 inició con diversos malestares en el estómago, por lo que acudió al Hospital Central Militar, en donde le indicaron que tenía un tumor en el ovario derecho, y en agosto de ese año le informaron que tenía cáncer en tercera fase; nuevamente, el 17 de septiembre de 2009, acudió al Hospital Central Militar, por la consulta externa de oncología, y el

21 de septiembre de 2009 fue intervenida para extirpar el tumor ovárico que resultó ser benigno; posteriormente, el médico AR1, que operó a V1, le informó que se había extirpado el tumor, pero como se percató de la existencia de dos piedras en la vesícula decidió quitárselas, sin embargo, en el intento se le lesionó el hígado, lo que provocó una hemorragia, por lo que horas después, en la citada fecha, V1 falleció a causa de la coagulación intravascular diseminada, así como el choque hipovolémico y el tumor de ovario de comportamiento incierto.

Con motivo de los hechos violatorios a derechos humanos denunciados, esta Comisión Nacional inició la investigación correspondiente y solicitó a la Secretaría de la Defensa Nacional los informes, así como copia del expediente clínico respectivo, cuya valoración jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

A. Escrito de queja de 19 de febrero de 2010, presentado en esta Comisión Nacional por Q1, por actos cometidos por personal médico del Hospital Central Militar en agravio de V1.

B. Oficio DH-III-3818, de 13 de abril de 2010, suscrito por la subdirectora de Asuntos Nacionales de la Dirección General de Derechos Humanos de la Secretaría de la Defensa Nacional, a través del cual rinde el informe solicitado por esta Comisión Nacional, al que anexó el resumen clínico, de 6 de abril de 2010, suscrito por AR1, en el cual se informó la atención médica proporcionada a la paciente, y remitió copia certificada del expediente clínico de V1, integrado en el Hospital Central Militar, del que destaca la siguiente documentación:

1. Hoja de ingreso, de 17 de septiembre de 2009, en el que el servicio de consulta especializada solicitó el internamiento de V1.
2. Hoja de evolución y tratamiento, de 18 de septiembre de 2010, referente a la nota de valoración por oncología quirúrgica, en la que AR1 informa a V1 de la necesidad de operarla por rutina de ovario.
3. Hoja de evolución y tratamiento, de 19 de septiembre de 2010, relativa a la nota preoperatoria de V1.
4. Hoja de evolución y tratamiento, de 20 de septiembre de 2010, respecto a la nota de evolución del estado de salud de V1.
5. Hoja de evolución y tratamiento, de 21 de septiembre de 2010, relativa a la nota postoperatoria, nota de agravamiento, defunción y egreso de V1.

6. Diagnóstico histopatológico, de 21 de septiembre de 2009, realizado a V1, en el Hospital Central Militar.

7. Certificado de defunción, de 21 de septiembre de 2009, de V1, emitido por personal autorizado de la Secretaría de Salud.

C. Acta circunstanciada de 6 de mayo de 2010, realizada por personal de esta Comisión Nacional en la que constan gestiones con Q1, a fin de localizarlo para darle vista de la respuesta de la autoridad.

D. Oficio C.S.P.S.V. 086/06/2010, de 1 de junio de 2010, suscrito por un perito médico de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través del cual emite opinión médica respecto del fallecimiento de V1.

E. Actas circunstanciadas de 7, 16 y 25 de junio, así como 5 y 16 de julio, 11 y 23 de agosto, 6 y 21 de septiembre de 2010, realizadas por personal de esta Comisión Nacional en las que constan gestiones con Q1, a fin de solicitarle información respecto de los hechos motivo de la queja y hacer de su conocimiento que este organismo determinaría lo procedente con base a las actuaciones que obren en el expediente de referencia.

F. Actas circunstanciadas de 6, 18 y 28 de octubre y 26 de noviembre de 2010, 17 y 28 de enero de 2011, en las que constan las gestiones realizadas por personal de esta Comisión Nacional con Q1 y servidores públicos de la Dirección General de Derechos Humanos de la Secretaría de la Defensa Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 17 de septiembre de 2009, V1 acudió al Hospital Central Militar por la consulta externa de oncología, en el que AR1, sin realizar una valoración integral, ni estudios clínicos, paraclínicos, ni especiales, le diagnosticó un cistoadenocarcinoma, dando credibilidad a los estudios extrahospitalarios presentados por V1, realizados el 11, 12 y 13 de agosto de 2009, en diversos centros de diagnóstico privados, por lo que programó procedimiento quirúrgico para la extirpación de la tumoración ovárica, además de efectuarle una colecistectomía (extirpación de la vesícula), sin contar con su autorización y sin que refiriera sintomatología de la vesícula o abdominal, la que finalmente desencadenó en su fallecimiento el 21 de septiembre de 2009.

A la fecha no se ha iniciado averiguación previa alguna ni procedimiento administrativo, con motivo de los acontecimientos materia de la presente recomendación.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/2/2010/1433/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones a los derechos a la protección a la salud y a la vida, en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital Central Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, en atención a las siguientes consideraciones:

De acuerdo al oficio DH-III-3818, recibido en esta Comisión Nacional el 15 de abril de 2010, suscrito por la entonces subdirectora de Asuntos Nacionales de la Dirección General de Derechos Humanos de la Secretaría de la Defensa Nacional, al que se agregó la copia del expediente clínico de V1 y el informe rendido por AR1, de los que se advierte que el 17 de septiembre de 2009, la paciente ingresó al Hospital Central Militar en la ciudad de México, Distrito Federal, por consulta externa al servicio de oncología ya que presentaba masa en región de fosa iliaca derecha de aproximadamente 5 x 11 cm.

Además, del resumen clínico formulado por AR1, se advierte que V1 presentó estudios extrahospitalarios de 11, 12 y 13 de agosto de 2009, que reportaban: “USG: masa ovalada de paredes delgadas de contenido líquido con presencia de múltiples tabicaciones, con reforzamiento posterior; la masa ocupaba gran parte de la cavidad abdominal en la que se encontraba una cantidad importante de líquido de ascitis y, con un diagnóstico a descartar de “cistoadenoma pseudomucinoso, probablemente en ovario derecho, ascitis y litiasis vesicular”; asimismo, reportó en el abdomen: “colecistitis alitiasica, hueco pélvico y abdominal con presencia de lesión ocupativa de aspecto mixto (líquido-sólido), el cual corresponde por características a un cistoadenocarcinoma como primera posibilidad diagnóstica, abdomen con presencia de líquido de ascitis, como dato indirecto de probable carcinoma peritoneal, por lo que se explora y se encuentra una tumoración pélvica que ocupa toda la cavidad del mismo nombre hasta la cicatriz umbilical”.

En razón de lo anterior, AR1 consideró que se trataba de un carcinoma epitelial de vario residual y se tomaron preoperatorios, los cuales resultaron normales, por lo que, AR1 explicó a V1 la posibilidad diagnóstica y la necesidad de practicar un estudio transoperatorio de la tumoración que normara la conducta a seguir, que sería escisión de la tumoración ovárica omentectomía, linfadenectomía retroperitoneal y linfadenectomía pélvica bilateral, en caso de ser carcinoma, o sólo escisión de la tumoración, en caso de no ser cáncer.

En consecuencia, a las 8:30 horas del 21 de septiembre de 2009, AR1 operó a V1 y extrajo 2400cc. de líquido de ascitis que envió a citología, donde arrojó un resultado negativo a malignidad; asimismo, observó la tumoración en el ovario

derecho y exploró toda la cavidad abdominal en busca de actividad tumoral, iniciando en el hígado izquierdo y derecho, hemidiafragma izquierdo y derecho, así como la totalidad del hígado, vesícula biliar la cual tenía un lito de 2 cm. y que tomó entre los dedos, haciendo ligera presión sobre el mismo, correderas parietocolicas derecha e izquierda, intestino delgado, intestino grueso, peritoneo, ganglios retroperitoneales y, por último, en los ganglios pélvicos bilaterales, sin encontrar datos de actividad tumoral.

Así, AR1 extrajo el tumor ovárico y lo mandó al servicio de patología, en esa fecha se reportó como fibromatecoma; asimismo, lavó la cavidad abdominal y revisó todas las estructuras intra-abdominales en donde encontró un hematoma en el lecho vesicular, por lo que decidió realizar una colecistectomía y, al extraer el referido tumor, se dio cuenta que ese lecho sangraba en capa de forma importante, por lo que intentó cauterizar pero no cedió, introdujo entonces, surgicel y compresión durante 20 minutos sin obtener buenos resultados, por lo que el hígado continuó sangrando; realizó colgajo de epiplón vascularizado con el que se empaqueta el lecho vesicular, sin resultados; separó el hígado de sus ligamentos de sostén, dio puntos de hígado derecho a hígado izquierdo con el epiplón para hacer presión sin lograr el objetivo; retiró puntos de epiplón y surgicel y aplicó dosis de tisucol y así la hemorragia se controló ligeramente.

En vista de no lograr hemostasia, AR1 realizó un empaquetamiento del hígado y compresión directa por 20 minutos más; observó sangrado en capa de toda la pared abdominal y del epiplón, así como laceración hepática transversal entre los segmentos V y VIII de 2 cm. de profundidad y 15 cm. de longitud, por lo que volvió a empaquetar, encontrando laceración paralela a la izquierda del ligamento falciforme entre los segmentos II y IV de 7 centímetros de longitud y 0.5 centímetros de profundidad con sangrado importante; nuevamente acomodó las compresas, cerró sólo la piel y trasladó a V1 a la Unidad de Terapia Intensiva Adultos. Durante el trayecto AR1 observó la salida de sangre por el tercio superior de la herida, procedió, entonces al abrir nuevamente el abdomen, reacomodó las compresas, cerró y colocó vendaje compresivo. Finalmente trasladó a V1 a la mencionada Unidad, donde falleció a las 19:31 horas del 21 de septiembre de 2009.

Aunado a lo expuesto, es de precisar que en la hoja de ingreso de fecha 17 de septiembre de 2009, se advierte que V1 acudió al Hospital Central Militar por consulta externa al servicio de oncología, sin embargo, AR1 sin hacer una valoración integral, ni realizar estudios clínicos, paraclínicos, ni especiales, dio credibilidad a los estudios que presentó la paciente, por lo que se programó procedimiento quirúrgico para la extirpación de la tumoración ovárica, además de practicarle una colecistectomía sin contar con la autorización de V1, ni de sus familiares.

Ahora bien, en la opinión médica formulada por la Coordinación de Servicios Periciales de la Segunda Visitaduría General de este organismo nacional, la atención médica brindada a V1 en el Hospital Central Militar no fue la adecuada, toda vez que no se inició protocolo de estudio a la paciente en el momento de solicitar atención médica en el citado hospital, el cual debió realizarse de conformidad con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSAI-1998. *Del expediente clínico*, ya que el cuadro que presentaba no era una urgencia y tenían tiempo suficiente para estudiarlo en forma detallada, por el contrario, se dio absoluta credibilidad a los estudios que presentó la agraviada a su ingreso (estudios de diversos gabinetes radiológicos y laboratorios particulares) y no se efectuaron estudios clínicos, paraclínicos ni especiales, tales como biometría hemática completa, química sanguínea completa, en la que se determinarían pruebas de funcionamiento hepático, funcionamiento renal, colesterol, triglicéridos, ultrasonido ginecológico, tomografía axial o resonancia magnética, según lo hubiera requerido el caso por parte del personal médico del Hospital Central Militar, y se limitó a programar procedimiento quirúrgico sin hacer valoración integral de la paciente en forma adecuada, toda vez que se trataba de una paciente en la sexta década de la vida y era necesario valorarla minuciosamente, tanto clínicamente, como con auxiliares de diagnóstico (estudios), previo a la cirugía.

De igual forma, el perito de esta Comisión Nacional advirtió que, durante el procedimiento quirúrgico, AR1 menciona que en varias ocasiones revisó el contenido de la cavidad abdominal órgano por órgano en forma sistemática y en ningún momento refirió que algún tejido hubiese estado friable (frágil) y menos específicamente el hígado.

Además, AR1, en la nota preoperatoria, de 21 de septiembre de 2009, señaló que en una de las revisiones de los órganos intraabdominales palpó un lito de 2 cm. en la vesícula, sin mencionar el hematoma del lecho vesicular, lo que hace llegar a la conclusión de que tal lesión se produjo como consecuencia de la manipulación, en ese sentido ya que no detallaron las características del hematoma, tales como el tamaño y si éste era progresivo o no.

Asimismo, esta Comisión Nacional determinó que la colecistectomía que se realizó a V1 durante el procedimiento no estaba indicada para practicarse en ese momento, por lo cual no se justifica la extirpación de la vesícula, ya que como consecuencia de la manipulación que se efectuó se produjeron una serie de lesiones hepáticas (laceraciones) en diversas partes del órgano, lo que causó una hemorragia incoercible al no controlar el sitio de sangrado, ocasionando que V1 permaneciera con hipotermia, situación que fisiológicamente hizo que el estado de choque no se recuperara en forma adecuada, requiriendo más líquidos, provocando una coagulación intravascular diseminada o coagulopatía por consumo.

En consecuencia, según el contenido del certificado de defunción y la opinión emitida por el perito de esta institución nacional, la causa del fallecimiento de V1 fue la serie de eventos de la coagulación intravascular diseminada que se presentó como resultado de la administración masiva de líquidos (hemoderivados, soluciones cristaloides, expansores de plasma) en el transoperatorio para el manejo del choque hipovolémico, generado por la hemorragia que presentó V1 debido a la inadecuada atención médica proporcionada por AR1, en razón de que en la manipulación efectuada durante la extirpación se produjeron una serie de lesiones hepáticas (laceraciones), que se realizaron en el transoperatorio y no como consecuencia de la patología de base, esto es, de la tumoración ovárica, aunado a que AR1, contaba con la autorización para la intervención de ovario, no así para realizar una colecistectomía (extirpación de la vesícula), que no estaba indicada por las condiciones de la cirugía.

En este tenor, existe una relación de causa efecto entre la inadecuada atención médica y la privación de la vida de V1, toda vez que, de las evidencias que obran en el expediente al rubro citado, se acredita que V1 ingresó al Hospital Central Militar por consulta externa del servicio de oncología por presentar masa en región de fosa iliaca derecha, y AR1, sin realizar valoración integral ni solicitar estudios especiales para valorar su estado general previo a la cirugía, programó procedimiento quirúrgico, por lo que no se inició Protocolo de Estudio en el momento de solicitar atención médica en el citado Hospital, sólo se dio credibilidad a los estudios que presentó a su ingreso (estudios efectuados en forma particular), todo lo cual denota la deficiente atención médica de AR1, que tuvo como resultado la privación de la vida de V1, fallecida a consecuencia de la serie de alteraciones provocadas por la lesión hepática en el momento de la colecistectomía realizada fuera de plan quirúrgico inicial y no a consecuencia de la patología de base de la tumoración ovárica.

Por lo expuesto, esta Comisión Nacional observa que AR1, médico que atendió a V1, transgredió los artículos 4, párrafo tercero y 14, párrafo segundo, ambos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracción V, 23, 27, fracción III, 32, 33, fracciones I, II y III, 34, fracción II, 37, 51 Bis 1 y 51 Bis 2, de la Ley General de Salud; así como 29, 48, 80 párrafo segundo, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y probablemente incurrió en 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 prevé la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y de abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, en razón de los hechos violatorios a derechos humanos consistentes en la inadecuada atención médica que tuvo como consecuencia el fallecimiento de V1.

Igualmente, AR1 omitió observar lo dispuesto en los artículos 142 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1, y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3 y 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; así como los numerales 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, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población y ratifican el contenido del artículo 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al reconocimiento por parte del Estado a las personas del disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese servicio.

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

En este sentido, la CNDH emitió el 23 de abril de 2009 la recomendación general número 15, Sobre el Derecho a la Protección de la Salud, en la que precisó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, así como que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que se garantice, y su efectividad 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 Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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, AR1 debió haber requerido se practicaran diversos estudios a efecto de analizar el caso de V1 en forma minuciosa, toda vez que el cuadro que presentaba no era urgente y contaba con tiempo suficiente para su estudio. Por el contrario, AR1 dio credibilidad a los estudios que presentó a su ingreso (estudios de diversos gabinetes radiológicos y laboratorios particulares) sin realizar estudios clínicos, paraclínicos ni especiales, limitándose a programar el procedimiento quirúrgico sin hacer valoración integral de la paciente en forma adecuada, además que se trataba de una persona en la sexta década de la vida y era necesario valorarla minuciosamente, tanto clínica como con auxiliares de diagnóstico (estudios), previo a la cirugía, lo cual debe

imperar en la prestación de un servicio público de salud, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

Por lo anterior, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III, 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional considera que en el presente asunto se cuenta con suficientes elementos de convicción para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente formal queja ante la Unidad de Inspección y Contraloría General del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de AR1 que intervino en los hechos que se consignan en este caso.

De igual forma, con fundamento en el artículo 71, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se considera procedente presentar denuncia de hechos ante la Procuraduría General de Justicia Militar y la Procuraduría General de la República, a efecto de que, en el ámbito de su competencia, inicien la averiguación previa que corresponda conforme a derecho, en contra del servidor público de la Secretaría de la Defensa Nacional, que intervino en los hechos violatorios a derechos humanos acreditados en este caso, AR1, con el objetivo de que se determine responsabilidad penal y se sancione al responsable de los posibles delitos cometidos en agravio de V1, y que dichas conductas no queden impunes.

Finalmente, toda vez que el sistema de protección no jurisdiccional de derechos humanos constituye una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad en que incurrieron los servidores públicos del Estado, esta Comisión Nacional, con fundamento en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 y 2, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; así como 15 y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, considera procedente solicitar a la Secretaría de la Defensa Nacional que gire instrucciones para que se otorgue a los agraviados familiares de V1 que acrediten tener derecho la reparación del daño e indemnización que correspondan, toda vez que a la fecha de elaboración de esta recomendación no se advierte acción alguna encaminada a la reparación por los daños causados por el servidor público de esa Secretaría que cometió las violaciones a derechos humanos acreditadas en esta recomendación.

En virtud de lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera procedente formular, respetuosamente, a usted, señor secretario de la Defensa Nacional, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños y perjuicios ocasionados a los familiares de V1 o quien acredite mejor derecho, incluida la indemnización que corresponda conforme a derecho, así como para para brindar el apoyo psicológico a los familiares de V1 que resulte necesario para el restablecimiento de su salud emocional; todo lo anterior como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los servidores públicos de la Secretaría de la Defensa Nacional y con base en las observaciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda para que en los hospitales de la Secretaría su cargo se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con especial énfasis en el contenido, manejo y observancia de la normatividad en materia de salud, en particular el conocimiento y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas como la NOM 168-SSAI-1998 *Del Expediente Clínico*, a fin de que el servicio público que proporcionen, tanto el personal médico como de enfermería, se ajuste al marco de legalidad y las sanas prácticas administrativas que deben de observar en el ejercicio de sus funciones, obteniendo el consentimiento del paciente o familiares cercanos para practicarle los procedimientos médicos quirúrgicos necesarios, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, y evitar de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento; asimismo, que se generen indicadores de gestión para evaluar el impacto efectivo de la capacitación en el respeto de los derechos humanos y que se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se emita una circular con la finalidad de que el personal médico adscrito al Hospital Central Militar realice los protocolos de estudios que se requieran para integrar diagnósticos precisos que permitan referir oportunamente a los pacientes cuando así lo necesiten y se permita con ello establecer los tratamientos y cirugías adecuadas, así como proporcionar una atención médica oportuna y de calidad, para que se eviten actos y omisiones como los que dieron origen a la presente recomendación, y se envíen a este organismo nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja que este organismo público promueva ante la Unidad de Inspección y Contraloría General del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana, en contra de los servidores públicos de la Secretaría de la Defensa Nacional que

intervinieron en los hechos que se consignan en este caso, y se envíen a este organismo nacional las constancias que le sean requeridas.

QUINTA. Se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de la República y la Procuraduría General de Justicia Militar, a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, inicien la averiguación previa que corresponda conforme a derecho, por los hechos violatorios observados en esta recomendación, y remitan a esta Comisión Nacional las constancias que le sean solicitadas.

La presente recomendación, de conformidad con lo dispuesto 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 por parte de servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de la dependencia administrativa o cualquiera otra autoridad competente, para que, dentro de sus atribuciones, aplique las sanciones conducentes y se subsanen las irregularidades cometidas.

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

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