



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS

1. El 16 de julio de 2011, V1 varón de 52 años de edad, ingresó al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, debido a que presentaba dolor en la espalda. Al día siguiente fue sometido por AR2 a una apendicectomía (extracción del apéndice), procedimiento del que se derivaron complicaciones postoperatorias.
2. V1 continuó con los síntomas y su estado de salud se deterioró, razón por la que fue sometido a diversas cirugías y el 20 de septiembre de 2011 fue trasladado al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que permaneció hasta el 14 de octubre de 2011, fecha en que falleció, a consecuencia de “acidosis metabólica irreversible”.

Observaciones

1. Del análisis lógico jurídico realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2011/7978/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, en agravio de V1, derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, atribuibles a servidores públicos de ese instituto, adscritos al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, derivado de los hechos violatorios consistentes en inadecuada atención médica, omitir proporcionar atención médica y realizar deficientemente los trámites médicos; así como a la seguridad jurídica y al sano desarrollo, en agravio de sus hijos V2, V3, V4, con base en las siguientes consideraciones:
2. El 16 de julio de 2011 V1, persona de sexo masculino, de 52 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, con antecedentes de esplenectomía (extirpación de bazo) de cinco años, pues presentaba dolor a nivel torácico del lado derecho.
3. El día siguiente, 17 de julio de 2011, V1 fue sometido por AR2, médico adscrito al Servicio de Cirugía General de ese hospital, a una apendicectomía (extirpación del apéndice).
4. Según la opinión del perito médico la cirugía practicada el 17 de julio de 2011 a V1 fue inadecuada porque careció de una óptima hemostasia, es decir, de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos, pues la segunda

laparotomía, realizada el 24 de ese mes y año, reveló sangrado en las regiones de la pared abdominal en el interior del abdomen, detrás del ciego y en el mesenterio, esto es, en el área de sostén de grasa, tejido conectivo y vasos sanguíneos que llevan sangre al intestino, sangrado que ocasionó se formaran cavidades nuevas con contenido de sangre, en la que se desarrollaron bacterias y se instaló un proceso infeccioso que ocasionaron las complicaciones que condujeron al fallecimiento de V1.

- 5. Por lo que hace a la lesión ocasionada a V1, consistente en punción en un pulmón, por parte de personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, al intentar colocar el catéter Mahurkar, que le provocó insuficiencia respiratoria y la formación de coágulos en el hemitórax izquierdo, alteraciones que fueron causa determinante de su fallecimiento, es importante hacer hincapié en que si bien en el informe médico de 28 de octubre de 2011, signado por el jefe del Servicio de Cirugía Digestiva y Endocrinología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, se indica que fue a las 03:00 horas cuando personal del servicio de Nefrología intentó la colocación del catéter, lo cierto es que en el expediente clínico de V1 no se advierte que tal evento se haya documentado.*
- 6. A pesar de que se desconoce el nombre del médico que produjo la perforación iatrogénica del pulmón de V1, la responsabilidad correspondiente debe recaer en el personal del servicio de Nefrología que intentó aplicar el catéter Mahurkar el día 9 de octubre de 2011, ya que provocó, como lo estableció el perito médico adscrito a esta institución nacional, que 15 minutos después se presentara sangrado en el pulmón izquierdo y aire en el espacio intrapleuraleal, lo cual generó que se colapsara con repercusión en la mecánica respiratoria y hemodinámica del paciente, condiciones que indudablemente contribuyeron a su fallecimiento.*
- 7. Lo anterior, pone de manifiesto que la atención médica que V1 recibió del personal del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, lejos de mejorar el estado de salud de la víctima, produjo su deterioro y las complicaciones que derivaron en su fallecimiento, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la afectación en el estado de salud e, incluso, la pérdida de la vida de V1; y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.*
- 8. Por otra parte, se advierte que el hecho de que no consta en el expediente clínico una nota de defunción, cobra especial relevancia, en virtud de que en el acta de defunción correspondiente se asentó como causa de muerte de V1 “acidosis metabólica irreversible” y, como fecha de fallecimiento, el 14 de noviembre de 2011 no obstante que de conformidad con el contenido del memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe de Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina, del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la muerte de la víctima ocurrió el 14 de octubre del mismo año.*
- 9. El fallecimiento de V1, padre de los niños V2, V3 y V4 genera factores de riesgo en su desarrollo y en la inserción en su entorno sociocultural, particularmente por el impacto psicológico que puede significar la muerte de su*

padre durante un período de poco más de dos meses de inadecuada atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recomendaciones

al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

PRIMERA. *Se tomen las medidas para que, en vía de reparación del daño, se brinde atención médica y psicológica a los niños V2, V3 y V4, hasta que alcancen la mayoría edad, derivado de la pérdida de la vida de V1.*

SEGUNDA. *Se emita una circular para el personal médico del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en que se exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación con que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios para brindar un servicio médico profesional.*

TERCERA. *Se diseñen e impartan en los hospitales de ese Instituto Mexicano del Seguro Social a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y en el Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud.*

CUARTA. *Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, adopten medidas que garanticen que los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados.*

QUINTA. *Se colabore con este organismo nacional en la ampliación de queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y el personal adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y el personal adscrito al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

SEXTA. *Se colabore 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.*

SÉPTIMA. *Se realicen las gestiones necesarias para que, a través del medio legal que accionen los familiares de V1, se realice la corrección respectiva del acta de defunción correspondiente.*



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

RECOMENDACIÓN No. 24/2013

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA ATRIBUIBLE A PERSONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN AGRAVIO DE V1.

México, D.F., a 25 de junio de 2013

**DOCTOR JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA.
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 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, fracción 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 evidencia contenidos en el expediente número CNDH/5/2011/7978/Q, derivado del caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, 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. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en 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

3. El 16 de julio de 2011, V1, varón de 52 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, debido a que presentaba fuerte dolor en la espalda, en el que fue atendido por AR1, médico adscrito al servicio de urgencias, quien diagnosticó síndrome doloroso abdominal y sugirió descartar apendicitis aguda.

4. El día siguiente, 17 de julio de 2011, V1 fue sometido por AR2, médico adscrito al Servicio de Cirugía General de ese hospital, a una apendicectomía (extirpación del apéndice).

5. No obstante lo anterior, durante la siguiente semana, V1 continuó con los síntomas y su estado de salud se deterioró, su estómago se inflamó y el dolor se agudizó con el paso de los días.

6. El 24 de julio de 2011, V1 fue sometido a una segunda operación, en la que el AR4, médico cirujano general, advirtió que el intestino estaba fraccionado y el estómago presentaba infección, razón por la que optó por mantener la herida abierta durante algunos días, procedimiento que, a decir de los médicos, era normal, según lo referido por Q1, Q2 y Q3.

7. Posteriormente, AR2, en una las revisiones que efectuó a V1, lo encontró en mal estado de salud e informó a sus familiares que el paciente no debió haber sido sometido a la apendicectomía, pero que él la realizó en atención a las indicaciones que había recibido; que durante ese procedimiento el intestino habría sido perforado, error que fue corregido en la segunda cirugía, no obstante lo cual no se obtuvo el resultado deseado.

8. Mediante escrito de queja de 2 de septiembre de 2011, Q1, Q2 y Q3, hermanas de V1, pusieron en conocimiento de este organismo nacional lo sucedido, indicando que su hermano había sido aislado en el hospital, que las enfermeras se negaban a atenderlo y los médicos les habían indicado que el paciente estaba desahuciado.

9. Para atender el caso, el 5 de septiembre de 2011, personal de este organismo nacional se constituyó en el Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, en que se encontraba V1, sin que fuera posible entrevistarlo, en virtud de que AR5, directora del citado hospital, indicó que se encontraba grave y con mal pronóstico; no obstante, se consultó el expediente clínico del agraviado.

10. En ese contexto, el 6 de septiembre de 2011 se solicitó a SP1, jefa de Área de Atención a Quejas, adscrita a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, que, de manera inmediata, se brindara a V1 la atención médica necesaria, dada la gravedad de su estado de salud y se remitiera diversa documentación relativa al expediente clínico del agraviado.

11. El 20 de septiembre de 2011, V1 fue trasladado al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, en el que permaneció hasta el 14 de octubre de 2011, fecha en que falleció, a consecuencia de acidosis metabólica irreversible.

12. Con motivo de la queja formulada por Q1, Q2 y Q3, se inició el expediente CNDH/5/2011/7978/, en el que se solicitó a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, el informe respectivo y copia de los expedientes clínicos de V1.

II. EVIDENCIAS

13. Escrito de queja de 2 de septiembre de 2011, signado por Q1, Q2, y Q3.

14. Acta circunstanciada de 5 de septiembre de 2011, elaborada por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se hace constar visita efectuada al Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí.

15. Acta circunstanciada de 6 de septiembre de 2011, suscrita por personal de esta institución nacional, en la que se hace constar la solicitud efectuada a SP1, jefa del Área de Atención a Quejas, adscrita a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de implementar acciones tendentes a salvaguardar la integridad física de V1 y a garantizar su derecho a la salud y al trato digno.

16. Oficio QVG/OFSLP/385/11, de 6 de septiembre de 2011, dirigido a SP1, jefa de Área de Atención a Quejas de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el cual se le solicitó proporcionar, de manera inmediata a V1, la atención que requería, dada la gravedad de su estado de salud, así como documentación relativa a su expediente clínico.

17. Actas circunstanciadas de 8 de septiembre de 2011, elaboradas por personal de esta institución nacional en las que consta las gestiones realizadas para obtener la información solicitada.

18. Oficio número 09 52 17 46 B 0/014054, de 9 de septiembre de 2011, signado por el SP2, titular de la División de Atención a Quejas de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente, que contiene notas médicas prequirúrgicas y postquirúrgicas de V1, elaboradas por personal del Hospital General de Zona número 50 en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

19. Actas circunstanciadas de 14 de septiembre de 2011, elaboradas por personal de esta institución nacional, en que se hace constar las gestiones realizadas con Q1 y Q2, así como con AR6, subdirectora del Hospital de Zona número 50, en San Luis Potosí, relativas al traslado de V1 a otro centro hospitalario, a efecto de recibir la atención médica que requería.

20. Acta circunstanciada de 15 de septiembre de 2011, en que personal de esta institución nacional hace constar que se constituyó en las instalaciones del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en compañía de Q1 y otros familiares de V1, para entrevistarse con AR3, médico cirujano general tratante del agraviado en ese hospital.

21. Acta circunstanciada de 20 de septiembre de 2011, elaborada por personal de este organismo nacional, en que se hace constar que se recibió comunicación telefónica de Q1, quien informó que, ese día, V1 había sido trasladado a un hospital de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

22. Oficio número 09 52 17 46 B 0/14488, de 21 de septiembre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, al que adjunta copia del expediente clínico de V1, de las que destacan:

22.1. Nota de primer contacto, elaborada el 16 de julio de 2011, por AR1, médico adscrito al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 25, en San Luis Potosí, San Luis Potosí.

22.2. Notas de evolución elaboradas por AR3 el 22 de julio de 2011, en que se señala la necesidad de una nueva laparotomía.

22.3. Nota postquirúrgica elaborada por AR3, el 26 de julio de 2011.

22.4. Notas de evolución y postquirúrgica elaboradas por AR3, el 2 de agosto de 2011.

22.5. Nota postquirúrgica elaborada por AR3, el 11 de agosto de 2011.

22.6. Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, de 17 de agosto de 2011, en la que se hace un recuento de las diversas intervenciones quirúrgicas practicadas en V1 hasta entonces.

23. Oficio número 09 52 17 46 B 0/15810, de 14 de octubre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas CNDH, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que contiene copia del resultado, de 20 de septiembre de 2011, emitido por el Servicio de Patología, respecto del apéndice extirpado a V1 en el Hospital General de Zona número 50 en San Luis Potosí.

24. Acta circunstanciada de 20 de octubre de 2011, elaborada por personal de esta institución nacional, en que se hace constar que Q1 y Q3 comparecieron para informar respecto del fallecimiento de V1 ocurrido el 14 de ese mes y año, en el Hospital General de Zona Número 25, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León,

ocasión en la que aportaron copia del comprobante de embalsamiento y del certificado de defunción del agraviado.

25. Oficio número 09 52 17 46 B 0/16456, de 21 de octubre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el cual remite información sobre el caso y anexa tarjeta informativa de 20 de octubre de 2011, elaborada por AR5.

26. Oficio número 09 52 17 46 B 0/17083, de 28 de octubre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio del cual remite la siguiente información:

26.1. Resumen dirigido a personal del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de 21 de septiembre de 2011, signado por el médico cirujano general AR3, adscrito al Hospital General de Zona número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

26.2. Resumen clínico de 20 de octubre de 2011, signado por el médico cirujano general AR2, adscrito al Hospital General de Zona número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

26.3. Resumen médico, de 24 de octubre de 2010 (sic), signado por el médico cirujano general AR4, adscrito al Hospital General de Zona número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

26.4. Memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe del Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

27. Oficio número 09 52 17 46 B 0/17589, de 7 de noviembre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio del cual envía copia del expediente clínico de V1, correspondiente a la atención que recibió en el Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

28. Dictamen médico forense, de 23 de diciembre de 2011, elaborado por perito médico de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, respecto del caso de V1.

29. Actas circunstanciadas elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos los días 21 de febrero, 16 de marzo y 20 de abril de 2012, en las que consta las diligencias practicadas con Q1 y Q2.

30. Oficio número 09 52 17 46 B 0/009527, de 24 de mayo de 2012, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del cual se remite copia del diverso 09521746B0/009231, suscrito por el coordinador técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Dirección Jurídica, en el que se informa que el 13 de marzo de 2012, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico determinó procedente dar vista de los hechos al Órgano Interno de Control en ese instituto y el pago de la indemnización correspondiente.

31. Actas circunstanciadas de 6 de julio, 7 de agosto, 24 de septiembre y 29 de octubre de 2012, así como 16 de enero y 11 de febrero de 2013, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que se hace constar las diligencias practicadas con Q1.

32. Oficios QVG/OFSLP/166/13 y QVG/OFSLP/255/13, de 21 de febrero y 11 de marzo de 2013, mediante los que se solicita ampliación de información a la Encargada de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

33. Oficio 09 52 17 46 B 0/3043, de 11 de marzo de 2013, signado por el coordinador técnico de la Dirección Jurídica del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el cual remite, entre otra documentación, copia del diverso 2509001112100/490/2012, por el que se da vista al titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí.

34. Oficio signado por el titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, a través del cual informa el número del expediente administrativo iniciado con motivo del caso de V1.

35. Acta circunstanciada de 20 de marzo de 2013, mediante la que se hace constar la gestión realizada con personal del Órgano Interno de Control, a cargo del procedimiento PA1, quien informó que fue iniciado el 28 de febrero de 2013.

36. Actas circunstanciadas de 10, 13 y 30 de mayo de 2013, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que se hace constar gestiones realizadas con Q1.

37. Convenio de indemnización celebrado el 31 de mayo de 2013 entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y P1, en su carácter de tutora de V2, V3 y V4, menores de edad, así como cheque de 5 de junio de 2013, a través del cual se efectuó el pago respectivo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

38. El 16 de julio de 2011, V1 varón de 52 años de edad, ingresó al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, debido a que presentaba dolor en la espalda. Al día siguiente fue sometido por AR2 a una apendicectomía (extracción del apéndice), procedimiento del que se derivaron complicaciones postoperatorias.

39. V1 continuó con los síntomas y su estado de salud se deterioró, razón por la que fue sometido a diversas cirugías y el 20 de septiembre de 2011 fue trasladado al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que permaneció hasta el 14 de octubre de 2011, fecha en que falleció, a consecuencia de “acidosis metabólica irreversible”.

40. El 13 de marzo de 2012, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el expediente AD1, ordenó dar vista al Órgano Interno de Control, a efecto de iniciar procedimiento administrativo de responsabilidad contra los servidores públicos que intervinieron en el caso y determinó procedente el pago de indemnización.

41. El 28 de febrero del 2013, el Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social inició el procedimiento PA1.

42. El 31 de mayo de 2013, el Instituto Mexicano del Seguro Social, celebró convenio con P1, en su carácter tutora de V2, V3 y V4, menores de edad, para el pago de la indemnización derivada de la pérdida de la vida de V1, el cual se efectuó el 5 de junio de 2013.

43. Es importante precisar que a la fecha de la presente recomendación, no se cuenta con constancias con que se acredite que se haya iniciado alguna averiguación previa relacionada con los hechos.

IV. OBSERVACIONES

44. Del análisis lógico jurídico realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2011/7978/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, en agravio de V1, derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, atribuibles a servidores públicos de ese instituto, adscritos al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, derivado de los hechos violatorios consistentes en inadecuada atención médica, omitir proporcionar atención médica

y realizar deficientemente los trámites médicos; así como a la seguridad jurídica y al sano desarrollo, en agravio de sus hijos V2, V3, V4, con base en las siguientes consideraciones:

45. El 16 de julio de 2011 V1, persona de sexo masculino, de 52 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, con antecedentes de esplenectomía (extirpación de bazo) de cinco años, pues presentaba dolor a nivel torácico del lado derecho.

46. AR1, médico adscrito al servicio de urgencias del mencionado nosocomio, estableció como diagnóstico síndrome doloroso abdominal y sugirió descartar apendicitis aguda.

47. No obstante, el 17 de julio de 2011, sin contar con estudios clínicos de laboratorio y gabinete, V1 fue sometido por AR2, médico adscrito al Servicio de Cirugía General, a una apendicectomía (extirpación del apéndice), cuyos estudios de patología revelaron que se encontraba sin alteraciones significativas.

48. De igual forma, fueron enviados para su análisis varios segmentos de intestino delgado, en los que se observó inflamación aguda y la presencia de adherencias entre las asas del intestino, es decir, tejido de cicatrización.

49. Al respecto, es importante destacar que aunado a que los resultados de patología fueron emitidos hasta el 20 de septiembre de 2011, en las notas postoperatorias correspondientes a la cirugía de 17 de julio de 2011, AR2 omitió hacer mención de la disección y corte del intestino delgado de V1, de manera que transcurrieron casi siete días durante los cuales el expediente médico de V1 no reflejaba elementos importantes sobre su situación real.

50. Después de la citada intervención quirúrgica, V1 continuó presentando dolor por lo que, el 18 de julio de 2011, AR3 le diagnosticó probable neuralgia secundaria a herpes e indicó como tratamiento un periodo de 8 días con el antiviral denominado Aciclovir, con lo que disminuyeron los síntomas.

51. No obstante, el estado de salud de V1 se deterioró, por lo que el 22 de ese mes y año le fue tomada una placa simple de abdomen, que permitió observar que en su interior se localizaban asas de intestino delgado en hipocondrio derecho y niveles hidroaéreos.

52. Al día siguiente se le practicó un ultrasonido abdominal que reveló la presencia de líquido libre en el hueco pélvico; con tales hallazgos, el 24 de julio de 2011, AR4, médico cirujano general en el Hospital General de Zona Número 50, efectuó una segunda laparotomía en la cual se evidenció un hematoma de pared abdominal, así como acumulación de sangre coagulada y pus en la cavidad abdominal por infección, la cual fue lavada y se determinó dejar abierta la herida.

53. Ante la nula evolución de V1, el 26 y 30 de julio de 2011, así como el 2 de agosto de 2011, fue nuevamente intervenido, ocasiones en que se advirtió fuga intestinal en un absceso y peritonitis generalizada, esto es, proceso inflamatorio general de la membrana peritoneal que indicaba infección y la presencia de pus en la cavidad abdominal. En la última operación se cerró parcialmente la pared abdominal.

54. El 11 de agosto de 2011, V1 nuevamente fue sometido a cirugía, en la que AR3 advirtió hemiabdomen inferior congelado, agrupamiento de asas, y el 12 del mismo mes y año, se tomó ultrasonido que reveló hígado aumentado de tamaño por trastorno inflamatorio e insuficiencia renal.

55. Posteriormente, el 14 y 16 de agosto de 2011 se practicaron a V1 cirugías de exploración, en las que se advirtió abdomen congelado, lo cual, de conformidad con el dictamen del perito médico de esta institución, corresponde a la compactación de la cavidad abdominal con tejido fibroso, o de cicatrización, que une los tejidos sin permitir su movimiento normal y genera riesgo de desgarre de asas intestinales y dificultad para la sutura, así como escurrimiento de material intestinal en la herida, perforación intestinal, desmantelamiento de ileostomía disfuncional, íleo con fístula y se le practicó una yeyunostomía, esto es, se extirpó el intestino delgado afectado por la infección y se realizó empaquetamiento con dos compresas, las cuales fueron retiradas dos días después.

56. El 17 de agosto de 2011, V1 fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos con el plan de cuidado “paciente muy grave, ahora falla multiorgánica (...) mortalidad asociada del 75 %”, y el 18 de ese mes y año se asentó en una nota de evolución que presentaba “...cambios necróticos irreversibles, con afectación de la arteria mesentérica superior, incompatible con la vida”. Incluso, en nota de evolución del día siguiente se señaló que “Los hallazgos y el mal pronóstico a corto plazo, puede ser egresado del servicio por máximo beneficio”.

57. En las notas médicas de 31 de agosto y 1 de septiembre de 2011 se reportó que la víctima estaba en hemodiálisis y se le diagnosticó neumonía, de manera que su salud continuaba deteriorándose.

58. El 6 de septiembre de 2011, una vez recibida la queja de Q1, Q2 y Q3, personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos realizó diversas gestiones con servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de que se brindara la atención médica que V1 requería y, en su caso, fuera trasladado a un nosocomio en que se contara con el equipo y personal especializado. No obstante, fue hasta el 20 del mismo mes y año que V1 fue remitido al Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, a pesar de que desde el 12 de septiembre de 2011, según el dicho de AR3, había sido autorizado el traslado.

59. Al respecto, durante las gestiones para agilizar el traslado de V1, el 15 de septiembre de 2011, personal de esta institución nacional se entrevistó con AR3,

quien indicó que había entregado la autorización a AR7, personal encargado de su tramitación y que ignoraba las razones por las que no se había efectuado. Asimismo, explicó que sus indicaciones sobre el tratamiento de V1, tales como curaciones o el cambio de su dieta, no habían sido debidamente atendidas, de manera que a pesar de que hacía todo lo posible por lograr su recuperación sería difícil lograrlo.

60. De lo anterior se advierte que el traslado de V1 del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, en el que podrían brindarle la atención médica que requería, se retrasó por aproximadamente 8 días, con motivo de deficiencias en las funciones administrativas de AR7, servidora pública encargada de su tramitación.

61. Esto es así, ya que, a pesar de que desde el 12 de septiembre de 2011, AR3 había autorizado el traslado del paciente hacia el otro nosocomio en Nuevo León, el trámite no había sido efectuado, de modo que fue hasta el 20 de ese mes y año que se logró el traslado, tiempo durante el que V1 no recibió la atención médica especializada que requería su estado de salud.

62. De esta omisión resultan responsables AR5 y AR6, directora y subdirectora del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, respectivamente, toda vez que desde el 6 de septiembre de 2011, personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos realizó gestiones con SP1, jefa del Área de Atención a Quejas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que las autoridades de ese instituto llevaran a cabo todas las acciones tendentes a salvaguardar la integridad física de la víctima, respetando en todo momento su derecho a la salud y al trato digno y, a pesar de esto, AR5 y AR6 omitieron supervisar y garantizar que tales acciones fueran tomadas oportunamente, vulnerándose así el derecho a la protección de la salud de V1.

63. El 20 de septiembre de 2011, V1 fue finalmente recibido en el Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, presentando catéter denominado Mahurkar en la vena yugular interna del lado izquierdo, así como con un catéter venoso en la región subclavio del lado izquierdo, con secreción purulenta, así como herida quirúrgica abdominal abierta, condiciones en las que personal de ese nosocomio inició protocolo de estudio y estabilización de condiciones graves del paciente y se informó sobre su ingreso al servicio de Nefrología para tratamiento de hemodiálisis, respecto de la insuficiencia renal aguda, con estado de salud grave.

64. Ante su estado de salud, V1 fue sometido a tratamiento médico y quirúrgico para la realización de hemodiálisis, es decir, un recambio de sangre sin tóxicos, en razón de la insuficiencia renal que cursaba y se continuó con el manejo del catéter Mahurkar colocado en su cuello, necesario para tratar la aludida insuficiencia.

65. Según el Memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe de Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina, del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 7 de octubre de 2011 se reportó que V1 accidentalmente se había removido el catéter Mahurkar de la vena yugular izquierda, de modo que se solicitó interconsulta al servicio de Nefrología para que nuevamente le colocaran el catéter, no obstante, el personal de esa unidad se presentó hasta las 03:00 horas del 9 de octubre de 2011, sin que fuera posible instalar el catéter y, 15 minutos después V1 presentó dificultad respiratoria aguda, con hipotensión arterial súbita, por neumotórax a tensión, es decir, presencia de aire entre el pulmón y la cavidad torácica, a consecuencia de una punción o perforación en el pulmón.

66. A ese respecto, destaca que en el expediente clínico no obra nota alguna relativa a la colocación del catéter o en la que se indique que a consecuencia de la lesión descrita V1 presentó insuficiencia respiratoria, que requiriera de una intubación orotraqueal, con apoyo ventilatorio mecánico asistido y colocación de sonda intrapleural, tras lo cual se estabilizaron su tensión arterial y signos vitales.

67. El 11 de octubre de 2011 fue colocado nuevamente el catéter Mahurkar en el subclavio izquierdo, sin embargo, al día siguiente, el servicio de Nefrología decidió suspender la hemodiálisis hasta en tanto mejoraran las condiciones de salud de V1, quien hemodinámicamente se encontraba inestable.

68. La insuficiencia renal aguda persistía y V1 presentaba sangrado de tubo digestivo que no cedía a los tratamientos. Finalmente, el 14 de octubre de 2011, a las 06:35 horas, V1 presentó pérdida súbita de signos vitales y tras 20 minutos de maniobras de resucitación básica y avanzada sin respuesta se declaró su muerte a las 06:55 horas.

69. Del contenido del dictamen médico forense emitido por un perito médico adscrito a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se advierte que el deterioro de la salud de V1 y su consecuente pérdida de la vida fueron resultado de la inadecuada intervención quirúrgica realizada el 17 de julio de 2011 por AR1, adscrito al Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, así como del indebido manejo postquirúrgico que AR3 y demás personal médico, de enfermería y nutrición de ese nosocomio y, finalmente, de la punción ocasionada por personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, al intentar colocar el catéter Mahurkar, cuyo nombre no fue asentado en el expediente clínico, lo que le ocasionó insuficiencia respiratoria y la formación de coágulos en el hemitórax izquierdo.

70. En relación con la inadecuada intervención quirúrgica practicada a V1 el 17 de julio de 2011, del dictamen médico forense se advierte que la apendicetomía profiláctica se practicó de manera inoportuna e innecesaria, ya que no se contaba con los estudios de gabinete y laboratorio que permitieran establecer un diagnóstico de certeza, procedimiento que determinó las complicaciones en la

salud de V1, aunado a que, como hallazgos postquirúrgicos de la segunda cirugía, puede inferirse, como altamente probable, que durante ese procedimiento se haya producido la perforación del intestino delgado, además de que AR2 omitió describir las maniobras y técnicas empleadas en el transoperatorio.

71. En el dictamen médico forense se indica, por otra parte, que V1 arribó al hospital en San Luis Potosí presentando síntomas y signos localizados en el abdomen, que hacían sospechar la existencia de una enfermedad severa que afectaba a alguno de los órganos intraabdominales, de manera que fue programado para una laparotomía o cirugía de exploración ante un diagnóstico de probabilidad y no de certeza.

72. Establece el perito en su dictamen médico forense que para adoptar tal determinación no se tomó en cuenta que el caso no reunía los elementos suficientes para considerarlo como de urgencia, esto es, un problema médico-quirúrgico agudo, que pusiera en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata, ya que los síntomas que presentaba V1 contaban con 15 días de evolución y tampoco se consideró el antecedente importante de enfermedad por herpes zoster de 20 años de evolución, cuyas secuelas permanentes incluyen dolor en los nervios en las regiones afectadas y que en el caso se irradiaba hasta sus testículos.

73. Lo anterior significa que previo a la cirugía exploratoria de referencia, el personal médico del hospital en San Luis Potosí debió contar con los estudios que le permitieran corroborar el diagnóstico inicial, a través de diversas decisiones médicas e, incluso, establecer que, derivado de la presencia de adherencias del tejido peritoneal era altamente probable que correspondiera al evento quirúrgico en el que 5 años antes le fue extirpado el bazo y una de las causas de las manifestaciones clínicas con las que ingresó a ese hospital.

74. En efecto, en su resumen clínico de 20 de octubre de 2011, AR2 indicó, sobre la cirugía practicada el 17 de julio de 2011, que “Bajo anestesia regional se realizó incisión media infraumbilical, encontrándose apéndice ileocecal sano así como las asas de intestino y órganos pélvicos explorados. Se realiza apendicectomía incidental, amputándose el apéndice ileocecal el cual se envió a estudio histopatológico”, lo que evidencia que se extrajo el apéndice de V1 a pesar de advertirlo sano.

75. De acuerdo con lo expuesto por el perito médico de esta institución nacional se corrobora la inutilidad de la apendicectomía, con el diagnóstico postoperatorio de probable Síndrome de colon irritable que estableció AR2 y que consiste en una enfermedad digestiva crónica de origen desconocido, que se encuentra en pacientes con estrés, ansiedad y/o depresión, que no provoca una afectación orgánica intestinal, lo que obliga a precisar que a pesar del dolor abdominal no fue comprobada patología u enfermedad alguna, aunado a que los resultados del estudio de patología que se realizó al apéndice de V1 revelaron que su tejido no presentaba alteraciones significativas.

76. Al respecto, se hace hincapié en la preocupación que genera que, en el caso, los resultados de los estudios que permitirían contar con información valiosa para el tratamiento del paciente, ya que describen el estado del apéndice y de los segmentos de intestino delgado, hayan sido emitidos hasta el 20 de septiembre de ese año, es decir, dos meses y tres días después de la intervención quirúrgica.

77. Teniendo en cuenta que los resultados aludidos describen también el estado que guardaban varios segmentos de intestino delgado obtenidos de la intervención quirúrgica de 17 de julio de 2011, conocer su contenido con oportunidad habría facilitado que el personal del hospital en San Luis Potosí advirtiera que durante esa cirugía se había segmentado o perforado ese órgano y se hubiera podido actuar en consecuencia.

78. Aunado a lo anterior, destaca el hecho de que AR2 omitió documentar en las notas postoperatorias la lesión ocasionada e, incluso, la probable perforación de las asas de intestino delgado a que se refiere el estudio de patología citado, la que fue advertida hasta el 20 de septiembre de 2011, fecha en que la víctima había dejado este hospital para ser trasladada a otro en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

79. Según la opinión del perito médico la cirugía practicada el 17 de julio de 2011 a V1 fue inadecuada porque careció de una óptima hemostasia, es decir, de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos, pues la segunda laparotomía, realizada el 24 de ese mes y año, reveló sangrado en las regiones de la pared abdominal en el interior del abdomen, detrás del ciego y en el mesenterio, esto es, en el área de sostén de grasa, tejido conectivo y vasos sanguíneos que llevan sangre al intestino, sangrado que ocasionó se formaran cavidades nuevas con contenido de sangre, en la que se desarrollaron bacterias y se instaló un proceso infeccioso que ocasionaron las complicaciones que condujeron al fallecimiento de V1.

80. No pasa inadvertido que AR2 haya practicado la apendicectomía profiláctica, a pesar de advertir que el órgano se encontraba sano, argumentado que así le había sido ordenado.

81. Además, en el dictamen de referencia se advierte que las diversas cirugías a las que V1 fue sometido obedecieron a la sucesión de alteraciones derivadas de la intervención a la que indebidamente fue sometido el 17 de julio de 2011.

82. Que el 22 de julio de 2011, AR3 al efectuar la revisión del paciente y observar que presentaba fiebre, debió practicar de manera inmediata laparotomía exploradora, sin embargo, omitió llevar a cabo este procedimiento y fue hasta el 24 de julio de 2011, esto es, dos días después, que fue practicada por AR4, quien advirtió la acumulación de sangre y la presencia de infección, que posteriormente derivó en peritonitis generalizada, transformándose en un estado grave y de urgencia que requería del manejo médico y quirúrgico multidisciplinario,

prolongándose así la estancia intrahospitalaria y ocasionándose incluso la muerte de V1.

83. En efecto, de persistir este proceso infeccioso intraabdominal, como ocurrió en el caso de V1, se activan los factores de cicatrización y se forma una gran cantidad de adherencias en las asas intestinales que se fusionan en ellas e impiden su movilidad, lo que ocasionó a la víctima cuadros de parálisis, anemia, insuficiencia renal aguda y abdomen congelado, el cual, por sí solo, lleva a la muerte del paciente.

84. El inadecuado manejo postquirúrgico que generó que la infección deviniera en peritonitis generalizada y abdomen congelado es atribuible no sólo a AR3 y AR4, sino también al demás personal médico, del hospital en San Luis Potosí que atendieron a V1 después de la cirugía de 17 de julio de 2011 y antes de su traslado, al omitir brindarle asistencia médica oportuna y adecuada.

85. Esto es importante, particularmente si se tiene en cuenta lo manifestado el 15 de septiembre de 2011 por AR3 a personal de esta Comisión Nacional, en el sentido de que las indicaciones de curación y cambio de dieta que él había ordenado en el expediente clínico no fueron atendidas durante algunos días, lo cual contribuyó al deterioro de la salud de V1.

86. Al respecto, debe considerarse que no es posible precisar la responsabilidad individual de quienes intervinieron en el tratamiento de V1, debido a que en las notas médicas se omitió señalar el nombre de los servidores públicos y datos indispensables previstos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, sobre el Expediente Clínico.

87. La irregularidades descritas constituyen constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de los pacientes a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

88. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este organismo nacional, contenidos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012 y 7/2013, en que se han señalado precisamente las irregularidades en que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, o simplemente no existen, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos en las instituciones de salud.

89. La adecuada integración del expediente clínico de V1, en términos de lo que establece la invocada Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del

Expediente Clínico, vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, es un deber a cargo de los citados prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento. Las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de modo que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la actual Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, sea observada adecuadamente.

90. La sentencia del caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

91. Pronunciamiento de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del artículo 62 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y del reconocimiento de su competencia contenciosa, en términos del decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1999.

92. La deficiente integración del expediente clínico, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

93. Por lo que hace a la lesión ocasionada a V1, consistente en punción en un pulmón, por parte de personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, al intentar colocar el catéter Mahurkar, que le provocó insuficiencia respiratoria y la formación de coágulos en el hemitórax izquierdo, alteraciones que fueron causa determinante de su fallecimiento, es importante hacer hincapié en que si bien en el informe médico de 28 de octubre de 2011, signado por el jefe del Servicio de Cirugía Digestiva y Endocrinología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, se indica que fue a las 03:00 horas cuando personal del servicio de Nefrología intentó la colocación del catéter, lo cierto es que en el expediente clínico de V1 no se advierte que tal evento se haya documentado.

94. Aunado a lo anterior, destaca el hecho de que no obra en el citado expediente nota médica relativa a la defunción, situaciones que transgreden la invocada Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

95. A pesar de que se desconoce el nombre del médico que produjo la perforación iatrogénica del pulmón de V1, la responsabilidad correspondiente debe recaer en el personal del servicio de Nefrología que intentó aplicar el catéter

Mahurkar el día 9 de octubre de 2011, ya que provocó, como lo estableció el perito médico adscrito a esta institución nacional, que 15 minutos después se presentara sangrado en el pulmón izquierdo y aire en el espacio intrapleurar, lo cual generó que se colapsara con repercusión en la mecánica respiratoria y hemodinámica del paciente, condiciones que indudablemente contribuyeron a su fallecimiento.

96. Lo anterior, pone de manifiesto que la atención médica que V1 recibió del personal del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, lejos de mejorar el estado de salud de la víctima, produjo su deterioro y las complicaciones que derivaron en su fallecimiento, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la afectación en el estado de salud e, incluso, la pérdida de la vida de V1; y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

97. En virtud de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, y demás personal médico y administrativo adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, así como el personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, vulneraron en agravio de V1 el derecho a la protección de la salud, contenido en los artículos 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción I, 23, 27, fracciones III; 32, 33, fracciones I, II y IV, y 51, de la Ley General de Salud; 8, fracción II, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como, 43 y 71, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

98. Igualmente, los servidores públicos señalados en el párrafo anterior omitieron observar las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud previstas en los instrumentos jurídicos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

99. Al respecto, en los numerales 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso 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, se señala la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, y se establece el margen mínimo de calidad en los servicios

médicos que proporciona el Estado a su población, 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.

100. Tomando en consideración que V1 tenía derecho a la atención médica digna y en las mejores condiciones posibles, la ausencia de personal necesario para su atención no constituye una justificación para que se incumpla con los estándares internacionales de protección a la salud, lo que deberá ser objeto de las medidas de reparación y prevención que adopte la institución responsable de las violaciones a derechos humanos que se evidencian en esta recomendación.

101. Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

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

103. En este sentido, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos 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 afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de 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 proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad, y calidad.

104. Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Federal, 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, el personal adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25 en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, debieron considerar el interés superior del paciente, realizando una valoración adecuada de su situación antes de practicar

la cirugía de 17 de julio de 2011, documentando la lesión ocasionada en su intestino en notas postoperatorias, efectuando un manejo postoperatorio adecuado, agilizando su traslado ante la imposibilidad de atenderlo y, finalmente, colocar el catéter Mahurkar con el cuidado de no puncionar su pulmón, de manera que la atención médica del estado de salud de V1 tuviera la calidad que debe imperar en la prestación del servicio público, todo lo cual, de acuerdo con las consideraciones expuestas, no se llevó a cabo.

105. Partiendo de la base de que el derecho al trato digno es aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico, se advierte que éste se vulneró en agravio de V1, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en el estado de salud y también porque la actuación de las autoridades responsables en ambos nosocomios contribuyeron a que su situación se agravara e, incluso, a que perdiera la vida. Este derecho encuentra su sustento en los artículos 1°, párrafo tercero y 25, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

106. A este respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la Observación General Número 14, sobre el derecho a la protección de la salud tutelado por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la que se determina que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter positivo al Estado de procurar que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud física, mental y social, sino también obligaciones de carácter negativo o de abstención, que se vinculan al derecho a no padecer injerencias arbitrarias ni tratos crueles en su integridad que impidan la efectividad del derecho a la salud.

107. Igualmente, el personal adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, incurrió en un probable incumplimiento de sus obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen éstos 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.

108. Por otra parte, se advierte que el hecho de que no consta en el expediente clínico una nota de defunción, cobra especial relevancia, en virtud de que en el acta de defunción correspondiente se asentó como causa de muerte de V1 “acidosis metabólica irreversible” y, como fecha de fallecimiento, el 14 de noviembre de 2011 no obstante que de conformidad con el contenido del

memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe de Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina, del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la muerte de la víctima ocurrió el 14 de octubre del mismo año.

109. Según lo dispuesto en el artículo 391 de la Ley General de Salud, los certificados de defunción serán emitidos una vez comprobado el fallecimiento por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria correspondiente, que en el caso corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social. Es decir, que para la elaboración del certificado de defunción CD1, en que se documentó la muerte de V1 se requería de la intervención de personal de tal instituto, de forma que al asentar una fecha distinta de la muerte de V1 también se vulneraron los derechos a la seguridad jurídica tanto de V1, como de sus familiares, toda vez que se trata de un documento con base en el cual las víctimas pueden, ante diversas instancias, ejercer algunos de sus derechos y forma incluso parte de su historia de vida.

110. Al margen de lo anterior, es oportuno tener en cuenta que V1 procreó 9 hijos, tres de ellos menores de edad en el momento en que ocurrieron los hechos, V2, V3 y V4, quienes con motivo del deceso de V1, viven con P1, su hermana mayor, por lo que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1 han trascendido la esfera jurídica de sus hijos. Esto es así, ya que su proyecto de vida se ha alterado significativamente en perjuicio de sus derechos a la familia y a su sano desarrollo.

111. Adicionalmente, tal como se advierte de las actas circunstanciadas de 21 de febrero de 2012 y 11 de febrero de 2013, la situación económica de P1 es precaria, aunado a que el Instituto Mexicano del Seguro Social no le ha ofrecido apoyo para que los niños cuenten con atención médica.

112. Al respecto se hace énfasis en la condición de vulnerabilidad en que se encuentran los niños V2, V3 y V4, ya que al depender de la economía familiar de P1, puede suponer una serie de limitaciones e impedimentos para el ejercicio de los derechos de los niños a la educación, a la salud, a la familia y a un nivel adecuado de vida, particularmente respecto de la nutrición, vestuario y vivienda, lo cual pone en riesgo su sano desarrollo.

113. El fallecimiento de V1, padre de los niños V2, V3 y V4 genera factores de riesgo en su desarrollo y en la inserción en su entorno sociocultural, particularmente por el impacto psicológico que puede significar la muerte de su padre durante un período de poco más de dos meses de inadecuada atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

114. En este sentido, la Corte Interamericana en el caso Loayza Tamayo precisó que el concepto de proyecto de vida se encuentra asociado con el de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En tal virtud, es razonable

afirmar que los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado y, por ende, alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en forma injusta y arbitraria, con la consecuente violación a las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses.

115. En este tenor, el artículo 3, de la Convención sobre los Derechos del Niño, señala que las autoridades deben atender al interés superior de la niñez, es decir, que para la toma de cualquier decisión o medida por parte de las mismas es necesario considerar, de manera previa y preferente, el bienestar de los niños y favorecer a su mejor desarrollo. La salvaguarda de los derechos de la infancia y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés.

116. Sobre el particular, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoce el pago de la indemnización que el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó en favor de P1, como una acción encaminada a reparar los daños materiales y morales ocasionados a V2, V3 y V4, menores de edad en su proyecto de vida, originados por la desintegración familiar, así como por la muerte de V1, jefe de la familia y proveedor de su sustento, en atención al principio del interés superior del niño, establecido en el artículo 4, párrafo octavo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

117. Por otra parte, si bien el Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social inició el procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente para deslindar la responsabilidad administrativa de servidores públicos relativa al caso de V1, esto se llevó a cabo hasta el 28 de febrero de 2013, esto es, un año, cuatro meses y catorce días después del fallecimiento de V1.

118. Dilación que implica una violación a los derechos a la legalidad y a la seguridad jurídica, contenidos en los artículos 14, párrafo segundo y 16, párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como a los artículos 8.1. y 25, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, sobre todo cuando el paso del tiempo es una obstrucción importante en el curso de las investigaciones.

119. Al respecto, es importante precisar que de la existencia de la obligación general de garantía respecto al derecho a la vida, establecida en el artículo 1.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, deriva la obligación de investigar los casos de violaciones a tales derechos en forma imparcial, oportuna y seria, para evitar la impunidad y que este tipo de hechos vuelvan a repetirse.

120. Así lo estableció la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso González y Otras (“Campo Algodonero”) vs. México, al señalar que el deber de investigar constituye una obligación de medio y no de resultado, que debe ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. La obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente en todas las vías que su ordenamiento jurídico ofrezca, tal como el procedimiento administrativo de responsabilidad de servidores públicos a cargo del Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual fue iniciado con dilación injustificada.

121. 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 1, párrafo tercero, y 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 deberá 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, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

122. De igual forma, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente ampliación de queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se tomen en consideración en el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

123. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular, respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se instruya, a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para que, en vía de reparación del daño, se brinde atención

médica y psicológica a los familiares de V1, es decir, los niños V2, V3 y V4, hasta que alcancen la mayoría edad, derivado de la pérdida de la vida de V1, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la que se les exhorte a 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 suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en los hospitales de ese Instituto Mexicano del Seguro Social a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y en el Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen al presente pronunciamiento, hecho lo cual se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, así como las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la ampliación de queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y el personal adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y el personal adscrito al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, involucrados en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. 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 se remitan a este organismo nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se realicen las gestiones institucionales necesarias para que, a través del medio legal que accionen los familiares de V1, se realice la corrección respectiva del acta de defunción correspondiente, en protección de la seguridad jurídica de las víctimas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

124. 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 formular 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, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

127. La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifique su negativa.

EL PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA