



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 10/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

Ciudad de México, a 29 de Marzo de 2019.

**DR. JORGE ALCOGER VARELA
SECRETARIO DE SALUD**

Distinguido señor Secretario:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2015/9549/Q**, relacionado con la queja presentada por V2.

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, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su

Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 3, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
T	Testigo

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán de la Secretaría de Salud	Hospital Regional de Alta Especialidad
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <i>“Del Expediente Clínico”</i> .	NOM-004-SSA3-2012, <i>“Del expediente clínico”</i>
Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, <i>“Para la práctica de la anestesiología”</i> .	NOM-006-SSA3-2011, <i>“Para la práctica de la anestesiología”</i> .

Institución	Acrónimo
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Órgano Interno de Control en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán de la Secretaría de Salud	área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Entonces Procuraduría General de la República	PGR
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

I. HECHOS

5. El 27 de julio de 2013, V1 (mujer de 33 años) acudió al Hospital Regional de Alta Especialidad con dolor abdominal en hipocondrio derecho de dos meses de evolución, el cual se exacerbaba a la ingesta de alimentos grasos (colecistoquinéticos), por lo que se le diagnosticó con litiasis vesicular, esto es, cálculos biliares y se remitió a cirugía general para su valoración y programación de evento quirúrgico.

6. A las 08:00 horas del 30 de julio de 2013, V1 ingresó a quirófano para la realización de la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía laparoscópica), procedimiento quirúrgico que se complicó debido a que cuando AR1 le introdujo un trocar (objeto punzo-cortante) lesionó su arteria aorta abdominal y en lugar de

suspender la cirugía para priorizar dicha complicación, realizó la cirugía programada.

7. A las 16:40 horas de ese 30 de julio de 2013, AR1 ordenó que V1 ingresara a la unidad de cuidados intensivos de dicho nosocomio, donde su estado de salud evolucionó al deterioro clínico por presencia de choque hipovolémico con hipotermia, sangrado activo a través de sonda nasogástrica, recto, sitios de punción y herida quirúrgica, lo que provocó que a las 00:45 horas del 31 de ese mismo mes y año, V1 presentara paro cardiorrespiratorio que no revirtió a maniobras de reanimación avanzada.

8. El 18 de noviembre de 2015, V2 presentó queja ante esta Comisión Nacional, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2015/9549/Q. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico del Hospital Regional de Alta Especialidad, así como los informes de la PGR y la CONAMED, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentado el 18 de noviembre de 2015 ante este Organismo Nacional, en el cual V2 comunicó las irregularidades en la atención médica de su esposa V1, por parte de AR1 adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad.

10. Correo electrónico de 15 de enero de 2016, a través del cual el hermano de V1 remitió a este Organismo Nacional las testimoniales de AR2, T7, T8, T9 y T11 rendidas ante el agente del Ministerio Público de la Federación dentro de la

Averiguación Previa, así como copia certificada del expediente clínico de V1, del cual se desprende lo siguiente:

10.1. Certificado de defunción de V1 del 31 de julio de 2013, en el cual se señalaron como causas de muerte: *“disfunción orgánica múltiple (alteraciones en dos o más órganos), coagulopatía por consumo (afecta la capacidad de coagulación de la sangre para detener el sangrado), hígado de choque (disminución significativa de la perfusión hepática -proceso que separa temporalmente al hígado de la de sangre que circula por el resto del cuerpo-) y posoperada de colecistectomía abierta (cirugía para extirpar la vesícula biliar)”*.

10.2. Nota de valoración de preconsulta de 27 de julio de 2013, en la cual un médico residente diagnosticó a V1 con litiasis vesicular, por lo cual la envió al servicio de cirugía general para su valoración y programación de evento quirúrgico.

10.3. Nota de ingreso a admisión continua de 29 de julio de 2013, en la cual personal médico adscrito a cirugía general reportó a V1 con dolor en hipocondrio derecho que se exacerbó a la ingesta de *colecistoquinéticos* (alimentos grasos), por lo cual se le realizó un ultrasonido abdominal y fue diagnosticada con litiasis vesicular por presencia de litos vesiculares, esto es, cálculos biliares, por lo que se le programó a cirugía.

10.4. Carta de consentimiento bajo información de 29 de julio de 2013, mediante la cual V1 autorizó su ingreso hospitalario, su atención de

urgencia y las contingencias que pudieran presentarse durante su hospitalización. Ilegible.

10.5. Carta de consentimiento bajo información de 29 de julio de 2013, mediante la cual V1 autorizó su intervención quirúrgica. Ilegible.

10.6. Carta de consentimiento bajo información de 29 de julio de 2013, mediante la cual V1 autorizó el procedimiento de anestesia. Ilegible.

10.7. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica del 29 de julio de 2013. Ilegible.

10.8. Carta de consentimiento bajo información de 30 de julio de 2013, mediante la cual V1 autorizó la transfusión sanguínea y hemoderivados.

10.9. Nota prequirúrgica de 30 de julio de 2013, en la cual AR1 y un médico más, indicaron los riesgos quirúrgicos de la operación a la cual se sometería a V1 y su manejo posoperatorio, reportándola como delicada.

10.10. Nota postoperatoria de 30 de julio de 2013, en la cual AR1 describió las complicaciones que se presentaron en la cirugía de V1 como lesión cortante en aorta abdominal por encima de bifurcación a iliaca, reportándola con pronóstico reservado a evolución y recuperación.

10.11. Nota posanestésica de 30 de julio de 2013, en la cual AR3 indicó su intervención en la atención de V1. Omitió nombre completo, cédula profesional y/o matrícula.

10.12. Nota de ingreso “UCI-A”, esto es, a la unidad de cuidados intensivos de 27 de julio de 2013, en la cual personal médico de dicha área indicó el manejo de V1 posterior a la cirugía realizada por AR1.

10.13. Nota de defunción de 31 de julio de 2013, en la que personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad destacó que V1 ingresó el 30 de julio de 2013 y egresó el 31 de ese mismo mes y año, por defunción.

10.14. Declaración de T7 ante el agente del Ministerio Público de la Federación de 23 de diciembre de 2014, en la cual refirió que cuando arribó al quirófano a V1 ya le habían retirado la vesícula y observó que tenía una herida abierta horizontal en el abdomen, mientras el personal médico trataba de detener su sangrado.

10.15. Declaración de T8 ante el agente del Ministerio Público de la Federación de 6 de enero de 2015, en la que indicó que cuando ingresó al quirófano se percató que a V1 se le había perforado la aorta por el sangrado que presentaba.

10.16. Declaración de T9 ante el agente del Ministerio Público de la Federación de 6 de enero de 2015, en la que indicó que cuando ingresó al

quirófano, V1 se encontraba con una herida abierta en el abdomen y ya se le había extirpado la vesícula biliar.

10.17. Declaración de AR2 de 9 de diciembre de 2015, ante el agente del Ministerio Público de la Federación, a través de la cual manifestó su participación en la intervención quirúrgica de V1.

10.18. Declaración de T11 ante el agente del Ministerio Público de la Federación de 14 de diciembre de 2015, quien refirió que no se le solicitó apoyo en la intervención quirúrgica de V1.

11. Acta Circunstanciada de 20 de septiembre de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en la PGR, donde tuvo a la vista la Averiguación Previa de la que se destacó lo siguiente:

11.1. Acuerdo de 4 de abril de 2014, por el cual el agente del Ministerio Público de la Federación inició la Averiguación Previa, por el delito de responsabilidad médica en contra de AR1 y quienes resultaran responsables.

11.2. Comparecencia del médico cirujano particular, en la cual ratificó su dictamen en medicina legal y forense, realizado a petición de V2, y en el cual concluyó la responsabilidad médica en que incurrió AR1.

12. Oficio 008339/16 DGPCDHQI de 20 de octubre de 2016, a través del cual la PGR remitió a este Organismo Nacional, el diverso DEY/4826/2016 de 27 de

septiembre de ese mismo año, en el que informó que el 9 de mayo de 2016, el perito particular en materia de cirugía general ratificó su dictamen de responsabilidad profesional y el 30 de junio de esa anualidad consultó la reserva de la Averiguación Previa hasta en tanto los peritos privados y la CONAMED (sic) emitieran sus respectivos dictámenes.

13. Oficio DGA/230/2882/2017 de 5 de diciembre de 2017, mediante el cual la CONAMED remitió a este Organismo Nacional el dictamen médico institucional 133/15 de julio de 2015, relacionado con la atención médica de V1, en el cual se determinó que la atención médica que se le brindó fue adecuada.

14. Escrito de 16 de enero de 2018, a través del cual el abogado de V2 remitió a este Organismo Nacional, las constancias de la Averiguación Previa, de entre las que destacan las siguientes:

14.1. Dictamen pericial privado en medicina legal y forense de 20 de febrero de 2015, en el cual se concluyó que AR1 incurrió en responsabilidad en la atención médica de V1.

14.2. Dictamen pericial privado en cirugía general privado de 27 de febrero de 2015, en el que se concluyó la responsabilidad de AR1, en la atención médica de V1.

14.3. “Peritaje” privado de 2 de mayo de 2016, en el que un médico especialista en cirugía general concluyó que AR1 incurrió en responsabilidad en la atención médica de V1.

14.4. Dictamen en especialidad de medicina forense de responsabilidad profesional con número de folio 1026/2017 de 31 de julio de 2017, a través del cual los peritos en medicina forense de la PGR concluyeron que sí existió mala praxis médica en la atención de V1.

14.5. Dictamen pericial en materia de angiología y cirugía vascular de 18 de agosto de 2016, suscrito por un médico cirujano vascular adscrito al Hospital General de México "*Dr. Eduardo Liceaga*" emitido a petición del agente del ministerio Público de la Federación.

15. Oficio DOIC/037/2018 de 2 de febrero de 2018, mediante el cual el área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad informó a este Organismo Nacional, que en el expediente de queja administrativa no se contó con elementos suficientes que acreditaran responsabilidad administrativa en contra de AR1 en la atención médica de V1.

16. Opinión Médica de 13 de noviembre de 2018, en la que esta Comisión Nacional estableció consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital Regional de Alta Especialidad.

17. Acta Circunstanciada de 31 de enero de 2019, mediante la cual este Organismo Nacional hizo constar la comparecencia del abogado de V2, quien informó que la Averiguación Previa se radicó como Causa Penal en un Juzgado de Distrito en el Estado de Yucatán, donde se encuentra pendiente la junta de peritos.

18. Escrito recibido el 5 de febrero de 2019, mediante el cual V2 solicitó a este Organismo Nacional se le considerara junto a sus hijos V3 y V4, como víctimas indirectas.

19. Acta Circunstanciada de 11 de marzo de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que se entabló comunicación con el abogado de V2, en la que informó que la Causa Penal continuaba en instrucción y el dictamen emitido por el especialista de Hospital General de Médico fue solicitado por la PGR.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

20. El 4 de abril de 2014, V2 denunció los hechos relacionados con el deceso de su esposa V1 ante el agente del Ministerio Público de la Federación, quien inició la Averiguación Previa por la probable comisión del delito de responsabilidad médica en contra de AR1 y/o quienes resultaran responsables.

21. El 11 de septiembre de 2014, V2 “denunció” ante el área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad las irregularidades en que incurrió el personal médico que atendió a V1, por lo cual el 17 de ese mismo mes y año se inició Expediente de Queja Administrativa.

22. El 29 de julio de 2015, se recibió dictamen médico Institucional emitido por la CONAMED, en el cual se concluyó que no se apreciaron elementos de mala práctica en el procedimiento quirúrgico realizado por AR1.

23. El 30 de julio de 2015, el área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad, emitió acuerdo de conclusión y determinó que no contó con

elementos que acreditaran irregularidades en contra de AR1, en la atención médica brindada a V1.

25. El 11 de agosto del 2017, el agente del Ministerio Público de la Federación ejerció acción penal sin detenido en contra de AR1 como probable responsable de la comisión del delito de homicidio culposo por responsabilidad profesional, la cual se radicó en un Juzgado de Distrito como Causa Penal y continúa en instrucción.

IV. OBSERVACIONES

26. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/9549/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad, en agravio de V1.

26.1. A la protección de la salud.

26.2. A la vida.

26.3. Al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2.

27. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

28. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

29. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*¹

30. Al respecto, este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15 *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*²

¹ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

² CNDH. *“III. Observaciones”*, p. cuatro.

31. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que *"(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"*.

32. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que *"toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada mediante medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*.

33. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con *"a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...)"*.

34. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *"(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...)"*

*aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)*³

35. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

36. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*⁴ estableció que *“(…) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)*”.

37. La CrIDH en el *“Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”*⁵ estableció que el Estado debe implementar medidas positivas para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción y velar por la calidad de los servicios de atención a la salud y asegurar que los profesionales reúnan las condiciones necesarias para su ejercicio a fin de proteger la vida de sus pacientes.

³ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de mayo de 2018, párrafo 146.

38. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad dejó de considerar su calidad de garante en la atención médica de V1, conferida por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con los artículos 9 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y su consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica

39. El 27 de julio de 2013, V1 acudió al Hospital Regional de Alta Especialidad por dolor abdominal en hipocondrio derecho (región abdominal superior) el cual se exacerbaba a la ingesta de alimentos grasos con mejoría a la administración de fármacos, de dos meses de evolución, ante ello el personal médico que la atendió revisó el ultrasonido realizado el 24 de ese mismo mes y año, diagnosticándola con litiasis vesicular y fue remitida a cirugía general; manejo médico que en opinión del personal de este Organismo Nacional, fue adecuado.

40. A las 23:00 horas del 29 de julio de 2013, V1 fue valorada por el servicio de cirugía general, donde se le encontró con signos vitales en parámetros normales y dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, indicándosele que su ultrasonido era compatible con presencia de “*litos*”, esto es, cálculos vesiculares y que los estudios de laboratorio estaban en parámetros normales, diagnosticándosele con cálculos biliares (litiasis vesicular), por lo que se le programó para procedimiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica al

siguiente día. En opinión de este Organismo Nacional, dicho manejo fue adecuado debido a que cursaba con un padecimiento de resolución quirúrgica que no era urgente.

41. A las 08:00 horas del 30 de julio de 2013, V1 ingresó al quirófano a fin de que AR1 le realizara una “*colecistectomía*” bajo anestesia general y previa asepsia le realizó lo siguiente:

41.1. Inició neoperitoneo (presencia de aire libre en la cavidad peritoneal) y colocó un puerto óptico para realizar laparoscópica y posteriormente colocó dos puertos de trabajo bajo visión directa.

41.2. Identificó que había sangrado que provenía de retroperitoneo, por lo que convirtió el procedimiento a cirugía abierta e identificó que la lesión que V1 presentaba, provenía de “*grandes vasos*”.

41.3. Realizó maniobra de “*Mattox y Cattell*” para exponer retroperitoneo y de esta manera, tuviera el control vascular hasta en tanto llegaban los cirujanos vasculares.

41.4. Previo al control vascular proximal y distal a la lesión, identificó un orificio en la aorta abdominal por encima de bifurcación en “*espejo*”, la cual reparó en su cara posterior mediante aortotomía (incisión quirúrgica sobre la arteria aorta) y cerró en orificio posterior.

41.5. Realizó aortorrafia (sutura de la aorta) y cierre de puntos sangrantes adicionales con transficción (consiste en atravesar un miembro de un lado a lado con una aguja o clavo).

41.6. Realizó colecistectomía retrograda con hemostasia de lecho vesicular, esto es, contención de la hemorragia mediante mecanismos fisiológicos del organismo o por procedimientos manuales, químicos, instrumentales o quirúrgicos.

41.7. Cuando corroboró la contención de la hemorragia de sitios vasculares, realizó empaquetamiento hacia espacio retroperitoneal sobre las áreas de sangrado en capa con esponjas hemostática y dos compresas, dejó drenajes y cavidad abdominal abierta.

41.8. Cubrió con gasas, compresas y con película adherente a la pared abdominal.

42. AR1 indicó que la complicación que V1 presentó fue una lesión vascular en aorta abdominal “*en espejo*” por objeto punzo cortante (trocar) e indicó su ingreso a la unidad de cuidados intensivos como a las 16:30 horas de ese mismo 30 de julio de 2013, reportándola con estado postoperatorio grave y pronóstico reservado a evolución.

43. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se asentó que el manejo médico que AR1 le dio a V1, fue inadecuado debido a lo siguiente:

43.1. Omitió advertir y notificar de forma inmediata la presencia del sangrado abdominal que V1 presentó posterior a la colocación del trocar, debido a que dicha circunstancia implicaba una urgencia absoluta.

43.2. Debió indicar la canalización de dos venas periféricas y catéter venoso central para la reposición de volumen, solicitar tipar y cruzar de urgencia hemoderivados para transfusión y simultáneamente la hemostasia del sitio del sangrado, debido a que la prioridad era el control del sangrado.

43.3. Tampoco notificó de inmediato a los especialistas en cirugía vascular y de cuidados intensivos para el manejo de V1, aun cuando el citado nosocomio contaba con personal e infraestructura necesaria para tratar ese tipo de urgencias, al ser un hospital de alta especialidad.

44. Conforme a la nota operatoria se advirtió que a pesar de la complicación que se presentó en el desarrollo del procedimiento quirúrgico, AR1 le realizó la cirugía programada, lo cual fue inadecuado por las condiciones hemodinámicas en las que se encontraba V1, esto es, posterior a una hemorragia de 5.500 ml., pérdida sanguínea que era suficiente como para poner aún más en riesgo su agravado estado de salud, ya que al haber continuado con la cirugía condicionó que se prolongara el período anestésico y quirúrgico, conducta que se tornaba innecesaria ante la inestabilidad hemodinámica que V1 cursaba y que en definitiva, AR1 no consideró.

45. En ese sentido, se puntualizó que aun cuando la perforación vascular es una complicación laparoscópica documentada en la literatura médica especializada,

en el caso en particular, se advirtió dilación en el manejo médico inmediato de la complicación transquirúrgica descrita como lesión vascular aórtica por parte de AR1, lo que derivó en choque hipovolémico hemorrágico grado IV y como consecuencia, el desafortunado deceso de V1.

46. De las 08:00 hasta las 16:40 horas del mismo 30 de julio de 2013, que duró la cirugía de V1, se ordenó su ingreso a la unidad de cuidados intensivos, donde se le diagnosticó con *“choque hipovolémico hemorrágico grado IV refractario, postoperada de laparotomía exploradora con lesión aórtica y colecistectomía, síndrome de disfunción multiorgánica e hígado de choque, acidosis metabólica, coagulopatía por consumo y falla renal aguda”*, lo que ameritó hemotransfusión de paquetes globulares, plasma fresco congelado y aminas vasoactivas, así como vigilancia estrecha ante la posibilidad de que presentara complicaciones que deterioraran aún más su estado de salud que condicionaran su deceso en las próximas horas, reportándola grave.

47. La situación crítica que cursaba V1, en opinión de los médicos de este Organismo Nacional, reflejaba el estado de gravedad derivado del procedimiento quirúrgico laparoscópico que se le realizó y en el cual se le generó la perforación de una arteria de gran calibre (aorta).

48. Lo anterior propició que cuando V1 se encontraba en la unidad de cuidados intensivos, su estado de salud evolucionara de forma tórpida en las siguientes horas con deterioro clínico por choque hipovolémico franco con hipotermia y sangrado activo a través de sonda nasogástrica, recto, sitios de punción y herida quirúrgica, pese a que se continuó con hemotransfusión de hemoderivados,

presentó midriasis sin respuesta a la luz, ausencia de reflejo corneal y tusígeno, por lo que a las 00:45 horas del 31 de julio de 2013 presentó paro cardiorrespiratorio que no revirtió a las maniobras de reanimación avanzada y lamentablemente falleció.

49. Este Organismo Nacional consideró que AR1 vulneró el derecho a la salud de V1 por la razones expuestas, afirmación que no es aislada al corroborarse con el dictamen en la especialidad de Medicina Forense de Responsabilidad Profesional del 31 de julio de 2017, emitido por personal médico forense de la PGR, en el cual se concluyó que en la atención médica brindada a V1 existió mala praxis, consistente en negligencia, imprudencia e inobservancia de reglamentos con la consecuente pérdida de su vida, quien presentó perforación de la aorta en espejo, la cual está clasificada como aquella lesión que pone en peligro la vida, por las siguientes razones:

49.1. AR1 no aplicó medidas para evitar una potencial lesión de grandes vasos o de órganos abdominales, como las características ectomórficas (delgada) de V1, quien contaba con índice de masa corporal de “23.2 kg.” (normal), situación que ameritaba *“la colocación del trocar a 45° y paralela a la pared abdominal”*.

49.2. Aplicación de fuerza suave para evitar el daño a las estructuras en la profundidad de la anatomía de la paciente.

49.3. A pesar de que hubo salida de sangre con mucha presión cuando AR1 le colocó el primer trocar a V1, continuó con la colocación de dos

puertos de trabajo en lugar de detener el procedimiento ante la sospecha de lesión a “*grandes vasos*”, como lo indica la literatura médica, a fin de que preservara la vida de V1 ante dicha lesión.

49.4. Contrario a ello, AR1 realizó maniobras de disección de la vesícula biliar demostrando falta de compromiso para atender la lesión que estaba desarrollándose, lo cual evidenció imprudencia y dilación en el establecimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos.

49.5. Ante la evidencia de lesión de “*vaso de gran calibre*”, AR1 debió declarar un evento de urgencia médica, conversión de cirugía a técnica abierta, instalación de la primera fase de cirugía de control de daños y llamar inmediatamente a cirugía vascular para que preservara la vida de V1 en las mejores condiciones.

49.6. A pesar de la oportuna intervención de la anesthesióloga AR3, quien colocó vías periféricas accesorias, paquetes globulares y catéter venoso central, no se pudo revertir el estado de choque hipovolémico derivado de la exanguinación por la lesión a “*vaso de gran calibre*”.

50. En la referida pericial médica de la PGR, se concluyó que hubo relación de causalidad entre las acciones de mala práctica médica ya descritas y la defunción de V1, puesto que de haberse detectado y tratado adecuadamente, se le hubiera dado la oportunidad de recuperarse al encontrarse en un hospital de tercer nivel de atención.

51. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que a pesar de la determinación del área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad, en la Averiguación Previa obra un dictamen en angiología realizado por médico cirujano vascular adscrito al Hospital General de México “*Dr. Eduardo Liceaga*” de 18 de agosto de 2016, en el cual determinó en lo que interesa, lo siguiente:

51.1. AR1 inició su procedimiento con punción inicial con aguja de veress (instrumento para realizar el neumoperitoneo en la cirugía laparoscópica) para instalar neumoperitoneo, sin que se indicara en la nota postoperatoria el lugar de dicha punción.

51.2. Se consideró temeraria la colocación de primer trocar cuando no se tenía registro del nivel de presión del neumoperitoneo, la cual es un mecanismo de protección para evitar lesiones intraabdominales.

51.3. Al igual que la “*excesiva*” aplicación de fuerza en la colocación del primer trocar en V1, con la cual se lesionó la cara anterior y posterior de la aorta abdominal.

51.4. A pesar de que V1 presentó sangrado importante de manera evidente con afección hemodinámica, AR1 decidió continuar con colocación de trocates adicionales.

51.5. AR1 incurrió en negligencia al tratar de encontrar y reparar una lesión vascular para lo cual no está entrenado, aunado a que no obra evidencia

de que haya llamado al cirujano vascular desde el momento en que detectó el sangrado mayor a pesar de que se encontraba en un hospital de alta especialidad y que a la hora del suceso contaba con especialista capacitado, esto es, con T11.

52. Determinaciones que, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, cuentan con la metodología mínima de un documento médico legal, y fueron coincidentes con las consideraciones del personal médico de este Organismo Nacional.

53. Por su parte, el abogado de V2 aportó tres dictámenes médicos privados consistentes en una pericial en medicina legal y forense de 20 de febrero de 2015, la pericial privada en cirugía general de 27 de febrero de 2015 y un “*peritaje*” de 2 de mayo de 2016, cuyas opiniones resultaron similares a las emitidas por este Organismo Nacional, por la PGR y por el médico legista del Hospital General de México.

54. Contrario a lo anterior, en el dictamen médico Institucional de la CONAMED emitido en julio de 2015, se concluyó que no hubo elementos de mala práctica en el procedimiento quirúrgico realizado a V1 por parte de AR1, mismo criterio que adoptó el área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad, lo cual no corresponde a las evidencias analizadas y valoradas.

55. Por otra parte, AR1 declaró ante el agente del Ministerio Público de la Federación el 18 de marzo de 2016, diligencia en la cual indicó que se desempeñaba como médico especialista en cirugía general adscrito al Hospital

Regional de Alta Especialidad, y con relación a la atención médica de V1 puntualizó lo siguiente:

55.1. El primer contacto que tuvo con V1 fue previo al evento quirúrgico, cuando le explicó el procedimiento, los riesgos y recabó el consentimiento informado.

55.2. Cuando V1 se encontraba anestesiada, inició su procedimiento quirúrgico mediante insuflación del abdomen, le realizó una incisión de un centímetro o centímetro y medio por arriba del ombligo y en dicho orificio introdujo un trocar para la revisión de imagen del abdomen en general.

55.3. Cuando ubicó el área anatómica a trabajar, introdujo dos trocares más y con el instrumental adentro se aproximó a la vesícula biliar e inició tracción y disección para que identificara las estructuras que debía ligar y seccionar para complementar su retiro.

55.4. Durante dicha maniobra inicial se ocupó sangre y revisó rápidamente los sitios de entrada de los trocares y el abdomen de manera general.

55.5. Una vez que ubicó nuevamente la zona donde estaba trabajando, asumió que el sangrado venía de la disección inicial de la vesícula, por lo cual introdujo dos gasas para limpiar el área e identificó la arteria cística (arteria que irriga la vesícula biliar y el conducto cístico), la cual ligó con un clip con la presunción de que el sangrado podía haberse originado en dicho lugar.

55.6. El sangrado no disminuyó y como la sangre empezaba a obstaculizarle la posibilidad de trabajar, decidió detener el procedimiento laparoscópico y convertirla a cirugía abierta.

55.7. Le preguntó a AR3 si había modificación en los signos vitales de V1, respondiéndole que no, por lo cual inició la conversión a cirugía abierta con una incisión sobre la línea media con extensión supra-infra umbilical para que abordara la cavidad abdominal.

55.8. Identificó que la raíz del mesenterio estaba infiltrada con sangre y tenía una pequeña incisión, con dicho hallazgo, aunque el sangrado en el abdomen no era abundante, asumió la fuerte sospecha de una lesión en el compartimento abdominal central, por lo cual realizó maniobras de disección para exponer las estructuras del retroperitoneo.

55.9. En ese momento solicitó la asistencia de alguno de los cirujanos vasculares del hospital mientras continuaba con la exposición de la zona retroperitoneal en la que el sangrado era ya más significativo.

55.10. Controló transitoriamente el sangrado mediante maniobras de compresión y empaquetamiento, momento en que identificó una lesión en la arteria aorta inmediatamente por arriba de la bifurcación de las arterias iliacas.

55.11. Ejerció sobre la misma compresión oclusiva en espera de la asistencia de alguno de los cirujanos vasculares, hasta que llegó AR2,

cirujano cardiotorácico del Hospital Regional de Alta Especialidad, sin embargo, ante la dificultad técnica de la lesión, solicitó la presencia de un cirujano vascular angiólogo para que lo asistiera en la reparación de la lesión.

55.12. El médico angiólogo que no trabajaba en el hospital, auxilió a AR2 en la reparación definitiva de la lesión vascular, momento en que el declarante, le informó al familiar de V1, la complicación y la atención que se le estaba dando.

55.13. Regresó al quirófano y cuando se completó la reparación de lesión vascular, continuó con la revisión del abdomen en busca de laceraciones, perforaciones o daño en la estructura intestinal, musculares u otros órganos.

55.14. Realizó hemostasia de alguna de las zonas de sangrado en capa con la reparación vascular completa y derivado de la manipulación que al principio realizó sobre la vesícula biliar y sus estructuras (se había ligado la arteria cística, se había traccionado y debilitado la pared de la vesícula), decidió completar la colecistectomía para evitar complicaciones asociadas a fugas de bilis por perforación de pared o gangrena o isquemia por pérdida de su circulación.

55.15. Concluyó la cirugía con colocación de material textil, esto es, compresas en el retroperitoneo por manejar con abdomen abierto a V1, por

el edema de los órganos abdominales y de la pared abdominal que impedían el cierre tradicional del abdomen.

55.16. Adicionalmente, se planeó una cirugía de revisión y desempaquetamiento en las siguientes 48 horas de acuerdo con la evolución de V1, quien por sus condiciones de gravedad fue admitida en la unidad de cuidados intensivos.

55.17. La atención AR1 que le dio a V1 terminó cuando se le informó de su fallecimiento pasada la media noche de ese mismo 30 de julio de 2013, cuando retiró material textil, drenajes y la pared abdominal de V1, ya fallecida.

55.18. Respecto a lo que se menciona en la denuncia de que continuó con la cirugía, aclaró que lo hizo para no interrumpir el procedimiento inicial y modificarlo a una técnica alternativa que permitiera una mejor exploración, identificación y atención de las complicaciones.

55.19. AR1 contestó a las preguntas que se formularon en lo que interesa, lo siguiente:

55.19.1. La cirugía de colecistectomía inició alrededor de las 09:00 horas y la finalizó a las 16:20 horas.

55.19.2. La duración de dicha cirugía es variable, dependiendo de las condiciones de la paciente, la destreza del cirujano, el trabajo del anestesiólogo y de la presencia o no de complicaciones.

55.19.3. Al inicio de la disección de la vesícula ocupó sangre y durante la intervención de V1 contó con un monitor de video que se conecta el equipo de laparoscopia.

55.19.4. V1 presentó choque hemorrágico grado cuatro por sangrado y su complicación fue por una lesión vascular.

55.19.5. Asumió que cuando introdujo el primer trocar, fue cuando se produjo la lesión vascular, pero desconoce el motivo por el cual se ocasionó dicha lesión, no puede asegurar si fue el equipo, el material o alguna condición anatómica de V1.

55.19.6. Advirtió que había una lesión vascular y que había una complicación en el instante que no identificó el origen del sangrado que no le permitió continuar con la colecistectomía.

55.19.7. La identificación del sangrado fue a los primeros cinco minutos de la colocación del primer trocar óptico y para su identificación convirtió la cirugía a un procedimiento abierto para que explorara el abdomen y solicitó la asistencia a un cirujano vascular de manera verbal.

55.19.8. La causa del fallecimiento de V1 fue disfunción orgánica múltiple, la que se originó por la coagulopatía de consumo e hígado de choque, que es una condición de falla grave en el funcionamiento del hígado.

55.19.9. Desconoce la fisiopatogenia para que V1 presentara hígado de choque.

56. De los señalamientos que anteceden se advirtió que AR1 justificó el cambio de plan quirúrgico programado para la cirugía de V1, y confirmó que el momento preciso en que su paciente presentó la complicación fue cuando le introdujo el primer trocar, esto es, a los cinco minutos de que inició la cirugía, momento en que debió haber solicitado el apoyo del médico vascular y no posterior a que continuara con la introducción de dos trocates más, lo que evidenció dilación en su manejo médico que ocasionó el deterioro progresivo en la salud de V1, como se acreditó.

57. Otros elementos de prueba con que se cuenta, versan en las declaraciones del personal médico y administrativo ante el agente del Ministerio Público de la Federación, que se encontraban al momento del evento quirúrgico de V1, entre los que se destacan las siguientes personas servidoras públicas:

57.1. AR2, cirujano vascular adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad, declaró -sin que se conozca la fecha- que se desempeñaba como médico especialista “B” y con relación a los hechos refirió lo siguiente:

57.1.1. A las 09:30 horas se le pidió que se presentara en el quirófano debido a que V1 presentó un sangrado que no se podía controlar, acudió entre esa hora y las 10:00, informándole que no podían precisar el sitio del sangrado, por lo que fue al estacionamiento por sus lentes de magnificación ocular (lupas para microcirugía vascular) y regresó para ayudar a controlar el sangrado.

57.1.2. AR1 ya había realizado las maniobras de “*Catell y Matox*”, propias para trabajar sobre órganos y vasos retroperitoneales, por lo que continuó con la inspección de la vena cava inferior, de la aorta abdominal y sus ramas.

57.1.3. Pidió que se utilizara el dispositivo para recuperar volumen sanguíneo perdido y al no identificar claramente el sitio de sangrado, le llamó a diverso médico angiólogo -quien no estaba adscrito al nosocomio y de quien sólo se cuenta con su nombre- y entre ambos verificaron la vena cava inferior y la aorta abdominal, sin que observaran un sitio preciso de sangrado.

57.1.4. Realizaron pinzamientos parciales en la aorta abdominal por debajo de las arterias renales para disminuir el ritmo de sangrado, continuando con disección de la vena cava y la aorta abdominal en sentido caudal hasta que observaron un sitio de sangrado activo en la bifurcación de la aorta.

57.1.5. Colocaron un clamp (pinza vascular) en la aorta abdominal por debajo de las arterias renales y realizaron una aortotomía (abrir la arteria aorta) con prolongación a la arteria iliaca derecha, observando que había un sitio de sangrado en la pared posterior de la arteria iliaca, la cual se reparó.

57.1.6. Realizaron aortorrafia (sutura de la arteria aorta) y verificaron que la reparación fuera adecuada y confirmando que era una reparación óptima, se continuó con el proceso de hemostasia para finalizar la intervención.

57.1.7. A las preguntas que se le realizaron a AR2 en torno a los hechos, contestó en lo que interesa, lo siguiente:

57.1.7.1. Se enteró del diagnóstico de V1 hasta que entró al campo quirúrgico.

57.1.7.2. Alrededor de las 10:00 de la mañana ingresó a la intervención quirúrgica de V1 y le realizó una aortotomía con prolongación a la arteria iliaca derecha, cierre de la pared posterior de la arteria iliaca derecha y aortorrafia, por lo que el médico cirujano vascular -externo- y AR1 fueron sus ayudantes.

57.1.7.3. El angiólogo que lo apoyó no era médico de base del hospital, pero lo llamó porque necesitaba ayuda de alguien con experiencia en cirugía vascular y ante la urgencia no solicitó

autorización para que interviniera, además dicho profesionalista ya lo había apoyado en varios procedimientos previos ante la falta de personal de la especialidad de cirugía cardiovascular en el turno matutino.

57.1.7.4. El Hospital Regional de Alta Especialidad cuenta con un angiólogo de base, pero desconoce si lo hubieran llamado a la cirugía.

57.1.7.5. No realizó nota del procedimiento quirúrgico porque todo estaba debidamente documentado en la nota de AR1 en la que figuraron como cirujanos asistentes.

57.2. AR3 declaró el 25 de abril de 2014, que se desempeñaba como especialista en anestesiología y agregó que la cirugía de V1 inició a las 09:00 de la mañana y concluyó a las 16:40 horas. A las preguntas formuladas contestó en lo que interesa, lo siguiente:

57.2.1. ¿Que diga si se percató de alguna lesión en la arteria aorta durante la cirugía? al inicio de la cirugía vio la salida de sangre a presión hacia arriba cuando AR1 le colocó el trocar, y cuando ella se percató de esto, una parte del trocar ya se encontraba dentro del abdomen de V1.

57.2.2. A las 9:10 horas le advirtió a AR1, la *“caída de la presión arterial”* y lo signos vitales de V1, debido a que presentó hipotensión

al inicio de la cirugía, esto es, entre las 09:30 y las 09:55 horas, por lo que le colocó un catéter venoso central para que se le administraran líquidos abundantes, aminas y se monitorizara la presión venosa central por presencia de choque hipovolémico.

57.2.3. V1 llegó con signos vitales normales y cuando observó la salida de sangre a través del trocar, inmediatamente intentó canalizarle las venas periféricas, sin que lo consiguiera, por lo cual presentó hipotensión arterial.

57.2.4. Le administró efedrina, lo que le generó transitoria mejoría de la presión y de la frecuencia cardiaca, aproximadamente a las 10:00 de la mañana, AR1 le abrió a V1 la cavidad abdominal y al observar sangrado profuso, AR3 le aspiraba la sangre, la cual secaba con compresas.

57.2.5. Debido a que eran como a las 11:00 de la mañana y que V1 continuó sangrando, le administraron paquetes globulares, plasma, se le tomaron gasometrías arteriales y se le realizaron ajustes a los ventiladores, momento en que intervino el equipo de cirugía vascular integrado por AR2 y posteriormente se integró un cirujano angiólogo, quien no laboraba en el nosocomio.

57.2.6. La baja o pérdida de signos vitales que presentó V1, se debió al sangrado abrupto y aclaró que hubo dos momentos de hipotensión,

el primero cuando le colocaron el primer trocar, el segundo y más importante cuando se abrió la cavidad abdominal.

57.2.7. El cardiocirujano llegó a las 12:00 horas, sin que se percatara del momento en que AR1 hubiera solicitado dicho apoyo; el cirujano vascular pinzó a V1 de esa hora hasta las 14:00 horas y hubo otro pinzamiento posterior de cuarenta y cinco minutos en la arteria.

57.2.8. Al término del procedimiento, AR1 dejó dos compresas dentro de la cavidad abdominal de V1 como empaquetamiento, drenajes y la cavidad abdominal abierta, siendo trasladada a cuidados intensivos.

57.3. Declaración de T1 de 25 de abril de 2014, en la cual indicó que se desempeñaba como médico especialista en anestesiología cardiovascular del Hospital Regional de Alta Especialidad y con relación a los hechos que nos ocupan indicó lo siguiente:

57.3.1. Apoyó a AR3 en la cirugía que AR1 le realizó a V1, en el Hospital Regional de Alta Especialidad.

57.3.2. Entre las 10:00 y las 10:30 horas, cuando se encontraba en el área de endoscopia, recibió una llamada del hermano de V1, jefe de cardiología del referido nosocomio, quien le indicó que en ese momento estaban operando a su hermana V1, de una colecistectomía laparoscópica.

57.3.3. Le comentó que algo estaba mal con ella, que si podía bajar a quirófano a averiguar lo que estaba pasando.

57.3.4. Entre las 10:30 y las 11:00 horas entró a quirófano y lo primero que vio fue que el monitor de anestesia indicaba que V1 presentaba signos vitales estables, permaneció entre cinco y diez minutos, apreció que AR3 colocaba un catéter venoso central en arteria yugular interna derecha y como vio que V1 estaba estable, se retiró de la sala.

57.3.5. Cuando salió se encontró con el hermano de V1, a quien le indicó que V1 hasta ese momento se encontraba estable.

57.3.6. A las 12:00 horas regresó a la sala siete de quirófano y vio que a V1 la habían abierto, de esa hora a las 16:30 o 17:00 horas apoyó a AR3.

57.3.7. V1 salió a terapia intensiva y en una de sus intervenciones escuchó que alguien, sin poder precisar quien, comentó que V1 tenía una lesión en la aorta, sin que se percatara de ello.

57.3.8. Vio que había algo que estaba deteriorando el estado hemodinámico de V1, sin saber en ese momento el motivo, sólo se percató que en el contenedor donde van los líquidos que se aspiran durante la cirugía, tenía bastantes fluidos diversos.

57.3.9. Cuando ingresó al quirófano en la segunda ocasión, aparte de AR1, ya estaban dos cirujanos vasculares, sin que pueda precisar la hora en la cual se reparó la arteria aorta, pero sabe que tardaron en repararla.

57.4. Por su parte, T2 el 25 de abril de 2014, indicó que se desempeñaba como médico residente de anestesiología quien, a las preguntas formuladas, contestó en lo que interesa, lo siguiente:

57.4.1. Se percató que V1 presentaba sangrado abundante cuando le abrieron en la cavidad abdominal, esto es, como a las 10:00 de la mañana.

57.4.2. Derivado de la lesión provocada en la arteria aorta, AR1 solicitó la presencia de cirujanos vasculares después de que abrió el abdomen y vio la cantidad de sangrado y su fuente, quienes tardaron en llegar menos de una hora.

57.4.3. AR3 le indicó a AR1 la *“caída de la presión arterial y los signos vitales”* de V1 en dos ocasiones, la primera, casi al inicio de la cirugía, y la segunda, previo a la colocación del catéter venoso central.

57.4.4. Durante la anestesia, V1 no tuvo ningún inconveniente hasta que se presentó el primer período de baja de presión arterial, después se mantuvo estable hasta que le abrieron el abdomen y fue cuando se percataron del sangrado que presentaba, de ahí su evolución fue muy

inestable, incluso le administraron varios medicamentos para estabilizar la presión, sangre y líquidos.

57.4.5. La gráfica de registro de la anestesia y recuperación indica la medición de la presión sistólica y diastólica, esto es, V1 al inicio de la anestesia tenía una presión de 140/80, posteriormente tuvo una caída por aproximadamente cuarenta minutos después del inicio de la anestesia a 80/50, se le administró la efedrina.

57.4.6. A los noventa minutos después del inicio de la anestesia, presentó otro período de presión baja de 70/50 y posterior a ese momento, se mantuvo con la presión baja.

57.5. T3 declaró el 28 de abril de 2014, que se desempeñaba como médico residente de cirugía general del Hospital Regional de Alta Especialidad y con relación a la atención médica de V1, contestó a las preguntas, lo siguiente:

57.5.1. La cirugía de V1 empezó entre las 08:00 y 08:30 de la mañana y concluyó entre las 16:00 y las 17:00 horas, agregó que estuvo presente toda la cirugía, cuya labor fue ayudar a AR1 con el manejo de la cámara de video introducida en el abdomen de la paciente.

57.5.2. A la pregunta ¿si se percató de alguna lesión en la arteria aorta provocada en el quirófano durante la cirugía? contestó que la cámara alcanzaba a captar un sangrado, pero hasta ese momento era escaso.

57.5.3. Por medio de la cámara pudo observar manchas de sangre y al momento en que AR1 abrió a V1, se identificó la lesión en la arteria aorta.

57.5.4. Cuando AR1 culminó la cirugía vio la vesícula en la mesa instrumental, pero sí pudo haberla suspendido, también se percató que dicho médico decidió el cambio a cirugía abierta por el sangrado que V1 presentó.

57.5.5. Cuando escuchó que AR1 solicitó la presencia de cirujanos vasculares, AR2 ingresó veinte minutos posteriores al llamado.

57.6. T4 declaró el 28 de mayo de 2014, que el 31 de julio de 2013, laboraba en el quirófano siete como operadora de la torre de laparoscopia, por lo cual pudo ver la cirugía de V1 por el monitor, percatándose que después de que AR1 extrajo la vesícula se apreciaba un sangrado en el monitor y escuchó que comentaban V1 estaba sangrando, enseguida AR1 le indicó que la cirugía se iba a convertir en cirugía abierta, por lo cual apagó y retiró su equipo. A preguntas contestó que cuando AR1 revisó la cavidad abdominal de V1, fue cuando comenzó a aspirar sangre por medio de una succión.

57.7. Declaración de T5 de 28 de mayo de 2014, quien respecto a los hechos refirió que:

57.7.1. El día de la cirugía de V1, se desempeñaba como coordinador de los operadores de torres de laparoscopia, por lo que estuvo presente cuando AR1 introdujo el primer trocar, por medio del cual se introduce la cámara y observó las imágenes por medio del monitor, por lo que desde las primeras imágenes apreció que había mucha sangre, lo cual consideró que no era normal.

57.7.2. Si bien no es médico, ha estado en muchas cirugías similares y el sangrado que se apreciaba por el monitor, no era normal, era excesivo.

57.7.3. AR1 inicialmente intentó taponarlo por medio de gasas que introducía al cuerpo de V1, toda vez que la cantidad de sangre que había no lo dejaba trabajar, porque había poca visibilidad.

57.7.4. Cuando limpió el exceso de sangre, le pidió a T4 un “clip de titanio”, utilizables para engrapar las terminales cuando se retira la vesícula, circunstancia que le pareció extraña debido a que en ese momento aún no se había retirado la misma.

57.7.5. Se percató que AR1 al parecer los estaba ocupando para intentar reparar la fuente del sangrado profuso que presentaba V1; luego se detuvo y le preguntó a la anesthesióloga AR3 “¿puedo continuar?”, sin que escuchara la respuesta.

57.7.6. AR1 continuó su proceso mientras en el monitor únicamente se apreciaban gasas mojadas de sangre que habían introducido al abdomen de V1, luego retiró la vesícula por vía laparoscópica, momento en que ingresó al quirófano T1, anesthesiólogo cardiovascular y después de que AR1 le retiró la vesícula a V1, ingresó AR2.

57.7.7. Cuando le requirieron una bomba, esto es, un recuperador de sangre utilizado en cirugías cardiovasculares, salió del quirófano y cuando regresó ya estaban trabajando AR2 y un médico más el cual no trabajaba ahí.

57.7.8. Se solicitó plasma y sangre, mientras los cirujanos trabajaban directamente porque ya era una cirugía abierta y como a las cinco de la tarde sacaron a V1 de quirófano para entregarla en terapia intensiva.

57.8. Por su parte, el 3 de diciembre de 2014, T6 indicó que se desempeñaba como enfermero quirúrgico y el 30 de julio de 2013, apoyó en la cirugía de V1, enterándose por un compañero que se trataba de reparar un “*gran vaso*” que se había roto; que AR1, AR2 y otro angiólogo que no está adscrito al hospital estaban reparando la arteria aorta de V1, percatándose que su vesícula biliar ya había sido extraída y se encontraba en un frasco de plástico cerrado.

57.9. A su vez, el 23 de diciembre de 2014, T7 declaró que se desempeñaba como enfermera general titulada “B” y el 30 de julio de 2013, intervino en el procedimiento quirúrgico de V1, percatándose que los médicos intentaban parar el sangrado el cual era abundante, mientras la vesícula biliar ya se encontraba en el interior de un frasco de plástico.

57.10. El 6 de enero de 2015, T8 indicó que el día de los hechos se desempeñaba como enfermera especialista y cuando ingresó al quirófano se percató que V1 ya presentaba sangrado por perforación de la arteria aorta, situación que era atendida por AR2 y un angiólogo -que no estaba adscrito al hospital-, percatándose que la vesícula biliar de V1 ya había sido extraída y se hallaba dentro de un frasco.

57.11. El 6 de enero de 2015, T9 indicó que se desempeñaba como enfermero general y que el 30 de julio de 2013, a las 14:00 horas, su compañera le entregó la orden de enfermería y la pieza patológica (vesícula biliar) de V1 y cuando ingresó al quirófano se percató que los médicos trataban de controlar el sangrado que V1 presentaba, debido a la perforación de la arteria aorta.

57.12. De la declaración de T10 de 14 de abril de 2015, se desprendió que en esa época se desempeñaba como médico residente de anestesiología, por lo que a las 08:30 horas cuando inició la cirugía de V1, AR1 le realizó la perforación en el área abdominal por medio de un trocar, escuchó la expresión “*chin*”, lo cual llamó su atención, cuando volteó observó que el trocar estaba lleno de sangre brillante, indicativo de que provenía de una arteria, causándole extrañeza la forma en la que AR1 introdujo el trocar (de

forma vertical) siendo que en su experiencia debe realizarse de manera paralela a la pared abdominal interna y realizó colecistectomía laparoscópica.

57.13. Por otro lado, T11 el 14 de diciembre de 2015, indicó que se desempeñaba como médico especialista en angiología y cirugía vascular en el Hospital Regional de Alta Especialidad e indicó que el día de los hechos, esto es el 30 de julio de 2013, no fue le notificada ninguna complicación relacionada con su especialidad, aun cuando se encontraba en su sitio y horario de trabajo.

58. Del análisis que antecede se desprende que AR1 vulneró el derecho a la protección de la salud de V1 al haber continuado con la operación programada pese a que desde la primera vez que introdujo el trocar lastimó a la paciente, lo que se materializó con lesión vascular que le generó en la vena aorta, y si bien en un inicio dicho procedimiento no ameritaba una urgencia, con la referida complicación se volvía indispensable que identificara el sitio del sangrado para proporcionarle mejor pronóstico de sobrevida, lo cual no aconteció.

59. Contrario a ello, continuó con la cirugía programada tal como lo indicaron los testigos, quienes en su mayoría refirieron que la forma en que AR1 le extrajo la vesícula a V1 fue por laparoscopia, contrario a lo manifestado por el médico cirujano en mención, quien aseveró que una vez que se controló el sangrado decidió continuar con el procedimiento programado, lo que genera incertidumbre en su actuar.

60. A lo anterior se adiciona que el momento en que solicitó el apoyo de cirugía vascular fue cuando ya no pudo contener el sangrado, lo que evidenció dilación en dicha petición, aún cuando el hospital era de alta especialidad y en el cual laboraba T11, médico especialista en angiología y cirugía vascular, quien refirió ante el agente del Ministerio Público que a pesar de que se encontraba en el hospital, no le fue requerida su presencia, lo que genera incertidumbre respecto a la petición verbal que refirió AR1, incluso AR3 indicó que no se percató del momento en que solicitó el apoyo de médicos vasculares.

61. Llama la atención que AR2 haya solicitado apoyo a un médico angiólogo externo cuando en el hospital se encontraba T11, sin que por ello deje de considerarse que entre AR2 y dicho profesional, esto es, el médico cirujano angiólogo externo al que requirió apoyo, mejoraron la complicación ocasionada por AR1, como se constató con el análisis que precede.

62. AR1 incumplió en el desempeño de su ejercicio profesional, con los artículos 9 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales aluden a la responsabilidad del personal médico en la atención de sus pacientes y el derecho de éstos a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, así como a recibir atención profesional y éticamente responsable, pues en el caso particular se estaba en presencia de una real urgencia con motivo del incremento de la pérdida sanguínea de V1, lo que hacía indispensable que AR1 suspendiera el proceso quirúrgico y reparara la lesión vascular porque se encontraba en riesgo la vida de la paciente.

63. Igualmente transgredió el artículo 33, fracción II, de la Ley General de Salud, que alude a las actividades de la atención médica y puntualiza que las “(...) *Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno*”, lo que no aconteció por las razones señaladas.

64. De lo que se infiere que AR1 no garantizó el derecho a la protección a la salud de V1, al no haberle proporcionado la atención médica de urgencia que requería dada la evolución de su estado clínico, máxime que sabía la dimensión de la gravedad de la complicación que derivó de su inadecuado manejo médico, el cual requería su valoración urgente por cirugía vascular, sin que la hubiera solicitado desde un primer momento, por lo que incumplió el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria*” que define por urgencia “*todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata*”, lo que en el caso particular tampoco aconteció.

65. El inadecuado manejo de V1 durante la cirugía programada derivó en la afectación a su derecho a la salud, pues al no haber obtenido una atención de calidad y ante el deterioro progresivo de su estado físico, avanzó al deterioro general, lo cual vulneró su derecho humano a la protección de la salud y a la vida como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA

66. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en documentos

internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

67. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)**”*⁶

(Énfasis añadido).

68. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

⁶ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

69. La CrIDH ha establecido que: “(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”⁷, asimismo “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”⁸.

70. Este Organismo Nacional ha sostenido que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.⁹

⁷ CrIDH. Caso *Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

⁸ CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

⁹ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

71. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1 adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1

72. De las evidencias analizadas, se advirtió que a las 08:00 horas del 30 de julio de 2013, V1 ingresó a quirófano para la realización de una colecistectomía laparoscópica; procedimiento quirúrgico en el cual AR1 le produjo una lesión vascular en la vena aorta, sin que la atendiera de inmediato, lo que ocasionó el detrimento progresivo en su salud, quien presentó sangrado profuso, requiriendo atención por especialistas en cirugía vascular y angiología, quienes trataron el sitio del sangrado, no obstante el estado crítico en que egresó de quirófano condicionó su desafortunado deceso a las 00:45 horas del 31 de enero de 2013.

73. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que AR1 realizó algunos procedimientos para contener el sangrado que V1 presentó, sin embargo, estos fueron insuficientes para generarle mejoría, pues como se constató presentó hipotensión y con ello, el deterioro paulatino de su estado de salud ya que perdió 5.500 ml. de sangre, lo que condicionó su estado crítico y que en opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, le provocó choque hipovolémico hemorrágico grado IV que condujo a su lamentable fallecimiento.

74. AR1 omitió tratar en tiempo y en forma urgente la lesión vascular que le produjo a V1, por lo que incumplió con su deber de garantizarle calidad y oportunidad en la atención médica brindada, máxime que al momento de la

complicación V1 se encontraba en franca condición de vulnerabilidad, ante la cantidad de sangre que perdió, lo que la hacía merecedora a una atención médica integral para mejorar su pronóstico de vida, sin que ello sucediera.

75. Igualmente vulneró el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas y de los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica y no incurrir en las acciones y conductas omisas acreditadas y que trajeron como consecuencia que V1 perdiera la vida, por lo cual transgredió el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de los que deriva su responsabilidad al no haber dado a V1 una prestación de salud oportuna y de calidad para su sobrevivencia.

76. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas. En el presente caso, AR1 omitió considerar el interés superior de la paciente y solicitar con la diligencia que ameritaba el caso, la colaboración de médico con especialidad en angiología a fin de que frenara el sangrado que presentaba V1 con motivo de la lesión vascular en la aorta; lo que provocó el deterioro irreversible en su salud, quien, al haber perdido cantidad de sangre considerable, le generó choque hipovolémico grado IV refractario y síndrome de disfunción multiorgánica, que derivó en su desafortunado fallecimiento.

77. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa

materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas¹⁰. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

78. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*. en especial, en relación a la meta 3.4., cuya misión es: *“Reducir (...) la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento (...)”*.

79. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad, a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y así se garantice una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios.

¹⁰ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

80. De lo expuesto, se concluye que AR1 vulneró los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, al no haberle asegurado las mejores condiciones de salud, ya que no le brindó la atención médica con la prontitud que ameritaba el caso para su restablecimiento.

C. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

81. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

82. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹¹, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

83. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones*

¹¹ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

*relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”.*¹²

84. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.*¹³

85. La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*¹⁴

¹² Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000, párr. 12.

¹³ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

¹⁴ Introducción, p. dos.

86. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

87. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁵

88. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas con que cuenta este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada por V2.

¹⁵ CNDH, p. 34.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

89. De las evidencias valoradas, se advirtió que en la nota médica suscrita por AR3 respecto al procedimiento anestésico de V1 en el Hospital Regional de Alta Especialidad, omitió datos y, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, tampoco se pudo establecer el manejo que le brindó a la hipotensión arterial de V1 ni el tiempo que transcurrió desde que advirtió la lesión vascular hasta que mejoró su tensión arterial, por lo cual incumplió el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, así como la NOM-006-SSA3-2011, *“Para la práctica de la anestesiología”* en cuyos puntos 8.10, 8.11, 11, se deriva su obligación de evaluar y verificar durante el periodo peri-anestésico el estado y evolución de su paciente, así como detalla la información que debe contener la hoja de registro anestésico.

90. En conexión con lo anterior, el personal médico de este Organismo Nacional consideró que AR1 omitió indicar detalladamente en su nota postquirúrgica los hallazgos presentados durante el procedimiento de V1, como: los horarios de inicio quirúrgico, sitio específico de la colocación del primer trocar, identificación del sangrado, conversión de la cirugía a procedimiento abierto, arribo de los especialistas y otros hallazgos.

91. Lo cual revestía vital importancia por el tipo de lesión vascular que le ocasionó a V1, al haberse advertido la colocación del trocar con una *“fuerza excesiva”* lo que condicionó la lesión vascular de la aorta abdominal en *“espejo”*, esto es, perforando sus caras anterior y posterior, presentando un sangrado grave que a pesar de las maniobras de apertura de la cavidad, posición y hemostasia que le

realizó -según lo estableció en su nota médica-, requería de atención inmediata por especialistas para su reparación.

92. AR1 igualmente incumplió, el punto 4.4. de la NOM-004-SSA3-2012, "*Del expediente clínico*", en el cual se describe que el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

93. Otro aspecto que percibió el personal médico de este Organismo Nacional, es el referente a la negligencia en que incurrió AR1 cuando continuó con la colocación de trocares adicionales posterior a que V1 presentó sangrado importante con afección hemodinámica con la colocación del primero; debido a que trató de encontrar y reparar la lesión vascular cuando no estaba entrenado para ello.

94. En ese sentido, no se contó con evidencia de que AR1 hubiera llamado al cirujano vascular desde que detectó un sangrado mayor a pesar de que el Hospital Regional de Alta Especialidad contaba en ese horario con un especialista capacitado, esto es, con T11; al respecto, AR3 indicó que no se percató que AR1 hubiera requerido a personal médico con dicha especialidad.

95. AR2 no realizó la nota médica del procedimiento quirúrgico de V1 y si bien en su declaración ministerial indicó que no la hizo porque todo estaba debidamente documentado en la nota de AR1 en la que figuraron como cirujanos asistentes; también lo es que en dicha nota ciertamente aparece su nombre y del médico angiólogo externo, sin embargo carece de su respectiva firma, lo cual no justifica

su omisión si consideramos que su intervención fue con motivo de una real urgencia y que todo acto médico debe estar documentado para salvaguardar el derecho a conocer la verdad de los familiares, respecto al trato médico de sus pacientes.

96. Respecto a la manifestación de AR2, en el sentido que no solicitó autorización para que interviniera el angiólogo que lo apoyó y, que no era médico de base del hospital porque el caso de V1 era una urgencia y necesitaba ayuda de alguien con experiencia en cirugía vascular; soslayó que al laborar en un hospital de alta especialidad contaba con personal para atender su urgencia, tan es así que de su propia declaración se desprende que contaban con médico en dicha especialidad pero desconoce si fue requerido; no obstante, como se precisó no pasa inadvertido que con su intervención conjunta generaron transitoria mejoría a la paciente, sin embargo, AR2 incumplió con el punto 4.4. de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*.

97. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares (V2) a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.¹⁶

¹⁶ CNDH. Recomendaciones 1/2019, p. 145, 71/2018, p. 243 y 40/2018, p. 222, entre otras.

98. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.¹⁷

99. A pesar de tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.¹⁸

100. Por lo expuesto, AR1, AR2 y AR3 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos y 51 de la Ley General de Salud en el que dispone que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, así como

¹⁷ CNDH. *Ibidem*, pp. 146, 244 y 224.

¹⁸ CNDH. *Ibidem*, pp. 147, 245 y 225.

a recibir atención profesional y éticamente responsable, lo que en el caso concreto no aconteció.

D. RESPONSABILIDAD

101. La responsabilidad de AR1 provino de la falta de diligencia con la que se condujo en la atención médica proporcionada a V1 como se acreditó en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 lo cual repercutió en la pérdida de su vida y la vulneración al derecho de acceso a la información respecto a V2.

102. Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2 y AR3, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, respecto a la elaboración de las notas médicas y la falta de información como quedó acreditado.

103. En este sentido, el área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud con motivo de la queja presentada por V2, el 11 de septiembre de 2014, informó a este Organismo Nacional, lo siguiente:

“Primero. (...) en virtud de haberse desahogado el presente expediente de investigación (...) no se cuenta con elementos suficientes que acrediten responsabilidad administrativa alguna

atribuible a [AR1], como servidor público del Hospital Regional de Alta Especialidad. (...)”.

104. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

104.1. Queja ante el área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad en contra de AR1, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda con motivo de las irregularidades relacionadas con la atención médica de V1.

104.2. Queja ante el área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad en contra de AR2 y AR3, con motivo de la falta de formalidad en la integración del expediente clínico de V1.

105. La autoridad administrativa encargada de realizar dichas investigaciones, deberá tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación, en especial, la opinión Médica de esta Comisión Nacional, el dictamen de la PGR y los testimonios de T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, 10 y T11 para que, en su caso, determinen la responsabilidad de las personas servidoras públicas involucrada en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1 ante la falta de diligencia en el desempeño de AR1.

106. Con independencia de las determinaciones del área de quejas del OIC en el Hospital Regional de Alta Especialidad, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO

107. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

108. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción

VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y a la vida de ésta última, así como al derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V2, deberá inscribirse a V1, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

109. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación

de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

110. En el “*Caso Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH asumió que: “[...] *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó que “[...] *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*”.¹⁹

111. Sobre el “*deber de prevención*”, la CrIDH sostuvo que: “[...] *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”.²⁰

¹⁹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²⁰ “*Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, párrafo 175.

i. Rehabilitación

112. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3 y V4, la atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que le ocasionó su desafortunada pérdida de la vida.

113. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción

114. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en las quejas administrativas que se presenten ante la instancia referida y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iii. Garantías de no repetición

115. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales,

administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

116. En el caso particular, las autoridades de la Secretaría de Salud deberán implementar un curso integral en el término de tres meses al personal médico del área de cirugía general del Hospital Regional de Alta Especialidad sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Los contenidos de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

117. En el término de seis meses deberán implementar medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

118. En el término de un mes, emitir una Circular en la que se exhorte al personal médico del área de cirugía general del Hospital Regional de Alta Especialidad a

someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa.

119. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*²¹, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación

120. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, por lo que al acreditarse violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, la autoridad responsable deberá indemnizar a V2, V3, V4 y quien conforme a derecho corresponda en términos de la Ley General de Víctimas.

121. A efecto de que se les indemnice, se deberá tomar en consideración el daño causado por el fallecimiento de V1, para lo cual la Secretaría de Salud en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo de dicha indemnización, de conformidad con las consideraciones expuestas, por lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a dicha

²¹ Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

institución para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Secretario de Salud, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral a V2, V3, V4 y a quien conforme a derecho corresponda, que incluya una compensación con motivo del deceso de V1 en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas y se les brinde atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con este Organismo Nacional en las quejas que se presenten ante el Órgano Interno de Control en el Hospital Regional de Alta Especialidad en contra de AR1, AR2 y AR3 con motivo de las irregularidades precisadas en la presente Recomendación, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de AR1, AR2 y AR3, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. En el término de seis meses se 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, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de un mes se emita una Circular dirigida al personal médico del área de cirugía general del Hospital Regional de Alta Especialidad, en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos con diligencia similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral al personal médico del área de cirugía general del Hospital Regional de Alta Especialidad, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que contemple los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia de las normas oficiales mexicanas referidas en la presente Recomendación. Los contenidos de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

122. La presente Recomendación, de acuerdo con 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 de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

123. 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, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

124. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación 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 su aceptación.

125. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la 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, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ