



RECOMENDACIÓN No. 84 /2019

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 30 de septiembre de 2019.

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

Distinguido señor Secretario:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero; 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2016/2083/Q, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad 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 y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de

Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 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 mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejoso	Q
Autoridad responsable	AR

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 General de México “ <i>DR. Eduardo Liceaga</i> ” de la Secretaría de Salud Federal.	Hospital General de México
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, “ <i>Del Expediente Clínico</i> ”.	Norma Oficial del Expediente Clínico.
Norma Oficial Mexicana 001-SSA3-2012, “ <i>Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas</i> ”.	Norma Oficial sobre Residencias Médicas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud.
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis.	“Guía de Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis”.
Guía de Práctica Clínica, Laparotomía y/o laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no traumático en adultos.	“Guía de Laparotomía y/o laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no traumático en adultos”.
Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) intervención mixta endoscópica y radiológica.	CPRE

I. HECHOS.

5. El 23 de marzo de 2015, V1, mujer de 23 años de edad, acudió al Hospital General de México, debido a que presentaba coloración amarilla de la piel y mucosas (ictericia), coloración oscura de la orina por excreción de bilirrubina por vía urinaria (coluria) y decoloración de las heces por falta de pigmentos biliares (acolia) de 7 meses de evolución, con antecedentes de obesidad grado 1 y altos niveles de lípidos (dislipidemia), siendo valorada en el servicio de cirugía general, donde la atendió AR1, quien le realizó protocolo de estudio por “*coledocolitiasis*”, esto es, piedras en la vesícula biliar.

6. Derivado de lo anterior, se solicitó un estudio endoscópico CPRE¹, el cual se programó para el 31 de marzo de 2015, sin embargo, AR1 desestimó los factores

¹ La Guía de Práctica Clínica “*Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis*” señala que la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una intervención mixta endoscópica y radiológica utilizada para estudiar las enfermedades de los conductos de páncreas, hígado y vesícula y pueden llevarse a cabo la extracción de piedras en el colédoco (coledocolitiasis).

de riesgo de V1, como obesidad grado 1 y “*dislipidemia*” (altos niveles de lípidos-colesterol o triglicéridos).

7. El 30 de marzo de 2015, AR2 valoró a V1 en la consulta externa de cirugía general del Hospital General de México y la diagnosticó con “*síndrome icterico*”² e indicó su ingreso cirugía general.

8. En la misma fecha, V1 ingresó a dicho servicio, donde una Médico Residente la diagnosticó con “*colecistitis crónica litiásica, coledocolitiasis, dislipidemia mixta, obesidad grado 1 (OMS)*”, sin embargo, omitió solicitar su valoración preoperatoria a medicina interna para realizarle una cirugía abierta (colecistectomía) por la presencia de síndrome icterico obstructivo con 7 meses de evolución.

9. El 31 de marzo de 2015, AR3 del servicio de endoscopia, la Médico Residente 2 y la Médico Residente 3, le realizaron a V1 el estudio CPRE, sin que examinaran la vía biliar y la pared duodenal, y por ello no se percataron que presentaba pancreatitis aguda³, causándole durante el procedimiento perforación intestinal que ameritaba una cirugía urgente.

10. A las 11:30 horas del 1° de abril de 2015, a V1 se le realizó laparotomía explorada urgente y se estableció como diagnóstico postoperatorio: “*perforación*”

² La Guía de Práctica Clínica, Detección y Tratamiento del Virus de la Hepatitis “A” señala que el síndrome icterico es un conjunto de signos y síntomas caracterizados por una afectación hepática que se manifiesta clínicamente con coloración amarillenta en piel y mucosas.

³ La Guía de Práctica Clínica, “*Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda*” define la pancreatitis aguda como un proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucre tejido peripancreático.

de cara posterior de 2ª porción de duodeno, coledocolitiasis gigante, pancreatitis aguda intersticial edematosa”, por lo que ingresó a cuidados intensivos.

11. El 2 de abril de 2015, V1 fue reportada con evolución tórpida y choque séptico refractario a tratamiento, presentó dos paros cardiorrespiratorios y pese a que se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, no se revirtió.

12. A las 8:17 horas de la misma fecha, V1 falleció, siendo las causas de su deceso: *“paro cardiorrespiratorio, neumonía y síndrome post reanimación”*.

13. El 2 de marzo de 2016, V2 presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, por lo que se inició el expediente CNDH/1/2016/2083/Q, y a fin de documentar las probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo el informe y copia del expediente clínico que remitió la Secretaría de Salud, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

14. El 2 de marzo de 2016, V2 presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, mediante el cual manifestó su inconformidad por negligencia médica en contra del personal del Hospital General de México, en agravio de su hija V1.

15. Oficio HGM-DG-SAJ-426-2016 de 18 de abril de 2016, mediante el cual el Hospital General de México remitió a este Organismo Nacional, copia del expediente clínico de V1, del cual se destacó lo siguiente:

15.1. Estudio de ultrasonido de hígado y vías biliares de 25 de febrero de 2015, en el cual se determinó la presencia de *“litiasis vesicular [piedra en la vesicular], hígado inflamado, vías biliares dilatadas y crecimiento del bazo, con persistencia de la ictericia”*.

15.2. Solicitud de estudio endoscópico de 23 de marzo de 2015, realizado por AR1 con diagnóstico de *“coledocolitiasis”* (inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos).⁴

15.3. Hoja de indicación de ingreso hospitalario de 30 de marzo de 2015, en la que AR2 diagnosticó a V1 con: *“síndrome icterico”*.

15.4. Evaluación inicial de ingreso de V1 al servicio de cirugía general de 30 de marzo de 2015, en el cual se le diagnosticó *“coledocolitiasis y dislipidemia mixta”*.

15.5. Valoración de factores de riesgo de la enfermedad tromboembólica venosa de 30 de marzo de 2015, en la que se determinó que V1 presentaba riesgo bajo.

15.6. Nota de ingreso de las 08:00 horas del 30 de marzo de 2015, en la cual el Médico Residente 1 diagnosticó a V1 con: *“ictericia generalizada gradual y prurito [comezón en la piel], coluria y acolia”*.

⁴ *“La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis”*,

15.7. Historia clínica de las 11:00 horas de 30 de marzo de 2015, en la que el alumno interno de pregrado 1 estableció como diagnóstico de V1: *“colecistitis” crónica “litiásica”*, sin que estableciera el motivo del ingreso ni las indicaciones.

15.8. Nota de ingreso de las 14:00 horas del 30 de marzo de 2015, en la que el Médico Residente 1 asentó que V1 presentaba datos del síndrome icterico obstructivo y la diagnosticó con: *“colecistitis crónica litiásica, coledocolitiasis, dislipidemia mixta, obesidad grado 1 (OMS)”*.

15.9. Carta de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario de V1, de 30 de marzo de 2015.

15.10. Hoja de hospitalización de V1, de 30 de marzo de 2015, en la que se asentó el diagnóstico de: *“síndrome icterico”*.

15.11. Hoja de hospitalización de V1, del 30 de marzo de 2015.

15.12. Hoja de información y consentimiento para colangiopancreatografía-retrograda endoscópica (CPRE) de 31 de marzo de 2015, suscrito por AR3 y las Médicos Residentes 2 y 3.

15.13. Nota de evolución de las 08:00 horas del 31 de abril de 2015, en la que la Médico Residente 1 reportó a V1 con tinte icterico generalizado y abdomen globoso.

15.14. Notas de evolución de las 18:30 y 22:30 horas de 31 de marzo de 2015, mediante las cuales los Médicos Residentes 1 y 4 señalaron que V1 presentaba: “*dolor abdominal generalizado de predominio en epigastrio*”.

15.15. Estudios de laboratorio central de las 18:53 horas de 31 de marzo de 2015, en los que se reportaron amilasa (enzima que ayuda a digerir los carbohidratos) y lipasa (enzima digestiva producida por el páncreas) extremadamente elevadas.

15.16. Nota médica del servicio de gastroenterología de 31 de marzo de 2015, mediante la cual se indicó que después de la CPRE, se debían vigilar datos de hemorragia, perforación, sepsis o pancreatitis. Se omitió nombre del médico tratante, solo con rúbrica.

15.17. Radiografía de abdomen de 31 de marzo de 2015, en la cual se observó que V1 presentaba aire libre abdominal que proyectaba sobre hipocondrio derecho.

15.18. Informe de atención médica de V1, de 18 de abril de 2015, elaborado por AR3.

15.19. Nota de evolución de las 10:30 horas del 1° de abril de 2015, en la que AR4 y la Médico Residente 4 diagnosticaron a V1 con “*perforación de duodeno secundaria a CPRE*”.

15.20. Nota de ingreso a la Unidad 202, de las 18:30 horas del 1° de abril de 2015, en la que se advirtió V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos con choque séptico de partida abdominal.

15.21. Nota de procedimiento, terapia intensiva, de las 22:00 horas de 1° de abril de 2015, en la cual se asentó que a V1 no se le colocó catéter con motivo de la hipertensión arterial pulmonar.

15.22. Solicitud de estudio y/o procedimiento de 1° de abril de 2015, mediante la cual AR4 solicitó que a V1 se le realizara TAC abdominal ante la sospecha de perforación de víscera.

15.23. Interpretación de la radiografía de tórax de 1° de abril de 2015, en la que se determinó que V1 presentaba hipoventilación basal bilateral.

15.24. Tomografía computada de abdomen simple de 1° de abril de 2015, en la que se señaló probable perforación ampular.

15.25. Nota de evolución post CPRE de 1° de abril de 2015, en la que AR3 y las Médicas Residentes 2 y 3 asentaron que V1 presentaba perforación duodenal y decidieron su intervención quirúrgica de urgencia.

15.26. Carta de consentimiento bajo información, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo de V1, de 1° de abril de 2015.

15.27. Solicitud de cirugía de 1° de abril de 2015, en el que se diagnosticó el preoperatorio de V1 con: *“perforación duodenal post CPRE”*.

15.28. Nota postoperatoria de 1° de abril de 2015, en la que se asentó como diagnóstico: *“perforación de cara posterior de 2° porción de duodeno + coledocolitiasis gigante + pancreatitis aguda intersticial edematosa”*.

15.29. Nota de la Unidad de Cuidados Intensivos de las 05:00 horas del 2 de abril de 2015, en la cual se asentó: *“sin médico de base”* y se reportó a V1 con: *“choque séptico refractario de origen abdominal”*.

15.30. Nota de egreso de las 08:30 horas del 2 de abril de 2015, en la que se asentó *“sin médico de base”* y que V1 había presentado dos paros cardiorrespiratorios a consecuencia de lo cual falleció a las 08:17 horas.

15.31. Copia del acta de defunción de V1, de 2 de abril de 2015, en la que se estableció como hora de su fallecimiento las 08:17 horas y como causas de muerte: *“desequilibrio hidroelectrolítico 1 día, pancreatitis aguda 2 días, colecistitis crónica litiásica 7 meses”*.

15.32. Informe de atención médica de 14 de abril de 2016, en el cual AR4 describió la atención médica que brindó a V1.

15.33. Oficio HGM-DG-SAJ-426-2016 de 18 de abril de 2016, mediante el cual la Secretaría de Salud remitió el Informe de atención médica de 18 de abril de 2016, en el cual AR3 relató la atención médica que brindó a V1.

❖ **Expediente 1 iniciado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.**

16. Acta de queja de 4 de junio de 2015, presentado ante la CONAMED, en la que V2 denunció la negligencia médica en agravio de V1.

17. Citatorio para audiencia de conciliación de 11 de septiembre de 2015 emitido por la CONAMED.

18. “Acta de Audiencia” de 20 de octubre de 2015, en la que se acordó como no conciliada, dejándose a salvo los derechos de V2 para que los hiciera valer conforme a sus intereses conviniera.

19. Opinión Médica de 31 de enero de 2019, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V1, en el Hospital General de México, quienes determinaron que ésta fue inadecuada.

❖ **Evidencias de la Averiguación Previa 1.**

20. Oficio 2998/2019 de 25 de abril de 2019, mediante el cual la Fiscalía General de la República informó el estatus de la Averiguación Previa.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. El 20 de octubre de 2015, se llevó a cabo una audiencia de conciliación en la CONAMED, dejándose a salvo los derechos de V2 para que los hiciera valer conforme a sus intereses convinieran.

22. El 2 de marzo de 2016, V2 presentó queja ante este Organismo Nacional por negligencia en contra del personal médico del Hospital General de México y en agravio de su hija V1.

23. El 16 de marzo de 2016, el Agente del Ministerio Público de la Federación (AMPF en adelante) en la Ciudad de México inició la Averiguación Previa 1 en contra de AR3 y AR4, por la probable comisión del delito de homicidio por responsabilidad profesional.

24. El 13 de diciembre de 2017, el AMPF propuso la consulta de reserva de la Averiguación Previa 1, la cual se consideró procedente el 29 del mismo mes y año, hasta que se contara con la opinión médica solicitada al Procurador General de Justicia Militar.

25. El 23 de octubre de 2018, se dictó la consulta de reserva de la Averiguación Previa 1, el 21 de enero de 2019, el AMPF auxiliar del entonces Procurador General de la República dictaminó improcedente la propuesta de reserva, actualmente en trámite.

26. El 29 de abril de 2019, la Representación Social de la Federación dio vista al Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud con motivo de que los peritos de esa Fiscalía General de la República en su dictamen en medicina forense de 25 de noviembre de 2017, determinaron que existió inobservancia a la Norma Oficial del Expediente Clínico, toda vez que algunas notas médicas carecen de los nombres completos de los médicos tratantes.

IV. OBSERVACIONES.

27. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2016/2083/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico 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 criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH), se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4 personal médico del Hospital General de México en agravio de V1:

27.1. A la protección de la salud.

27.2. A la vida.

27.3. Al acceso a la información en materia de salud.

28. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

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

30. 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 (...).”*⁵

31. El punto 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas 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 (...).”*⁶

32. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General número 15 *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se reconoció 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*

⁵ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

⁶ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 11 de mayo de 2000.

*esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.*⁷

33. En los artículos 10.1 e 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 cual el Estado debe adoptar medidas para garantizar este derecho, como la atención primaria de la salud al alcance de todos y prevenir las enfermedades, o en su caso, dar tratamiento.

34. El párrafo 1 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”*.

35. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del área de consulta externa y cirugía general del Hospital General de México, omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada derivada de su calidad de garantes conferidas en el artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el artículo 9 del Reglamento de atención médica, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

⁷ CNDH. *“III. Observaciones”*, página siete.

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

36. El 23 de marzo de 2015, V1 acudió al Hospital General de México, por elevación de la bilirrubina y coloración amarilla en los ojos, donde fue valorada por AR1, quien la reportó con *“ictericia de 6 meses de evolución, acolia, coluria”*.

37. Además, AR1 asentó en la nota médica de la referida fecha, los antecedentes de V1, tales como: **a)** los estudios de laboratorio de 9 de febrero de ese año, que reportaron a V1 con bilirrubinas y funcionamiento hepático alterado; **b)** el ultrasonido de hígado y vías biliares de 25 de febrero de 2015 que determinó la presencia de: *“litiasis vesicular, hígado inflamado, vías biliares dilatadas y crecimiento del bazo, con persistencia de la ictericia”*.

38. Derivado de lo anterior, AR1 diagnosticó a V1 con: *“síndrome icterico obstructivo por probable coledocolitiasis”* (piedras dentro de la vía biliar) y solicitó estudio endoscópico *“CPRE”*, el cual se agendó para el 31 de marzo del mismo año.

39. En la opinión especializada de este Organismo Nacional, se señaló que si bien el procedimiento *“CPRE”* es el idóneo para estudiar a los pacientes con *“litiasis vesicular”*, en el caso particular, se desestimaron los factores de riesgo de V1, tales como: género, obesidad grado 1 y que presentaba *“dislipidemia”* (altos niveles de lípidos-colesterol o triglicéridos o ambos-), ya que se debió considerar realizar una *“colecistectomía abierta”* (extirpación de la vesícula por medio de la apertura de la cavidad abdominal) que les hubiera permitido explorar la vía biliar para que se evitaran las complicaciones que posteriormente presentó, por tanto, AR1 incumplió

la “*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis*” que establece lo siguiente:

39.1. El médico identificará los factores de riesgo en los pacientes con sospecha de “*colecistitis o colelitiasis*”, tales como: sexo femenino, obesidad, “*dislipidemia*”, enfermedades hepáticas y metabólicas, mismas que presentaba V1.

39.2. Las pruebas de utilidad para identificar la enfermedad son: biometría hemática en la que se puede encontrar leucocitosis, proteína “C” reactiva, la cual puede encontrarse elevada y confirmar el proceso inflamatorio.

39.3. El tratamiento quirúrgico en la “*colecistectomía*” puede ser realizada por laparoscopia (técnica quirúrgica a través de pequeñas incisiones dentro de la cavidad abdominal) o bien cirugía abierta para visualizar los órganos en su totalidad.

40. El 30 de marzo de 2015, AR2 valoró a V1 en la consulta externa de cirugía general del Hospital General de México, a quien reportó con diagnóstico de: “*síndrome icterico*” e indicó su ingreso a cirugía general, sin que se anexará al expediente clínico la nota médica de valoración, por lo que infringió el punto 5.14 de la Norma Oficial del Expediente Clínico, relativo a que “*(...) cuando en un mismo establecimiento para la atención médica (...) deberá integrarse un (...) expediente clínico (...) donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención*”.

41. En la misma fecha, V1 ingresó al servicio de cirugía general, donde le realizaron una evaluación inicial, se elaboró historia clínica completa, evaluación de enfermería, social, económica, nutricional y factores de riesgo en la enfermedad *“tromboembólica venosa”* (coagulo en las venas que pudiera obstruir la circulación) determinando que se encontraba con un riesgo bajo.

42. A las 11:00 horas de 30 de marzo de 2015, el Alumno Interno de Pregrado 1 reportó la historia clínica de V1 y a la exploración física, fue reportada con signos vitales estables, tegumentos con tinte icterico, por lo que estableció el diagnóstico de: *“colecistitis” crónica “litiásica”*, sin que precisara el motivo de ingreso, ni las indicaciones.

43. A las 14:00 de 30 de marzo de 2015, V1 ingresó al servicio de cirugía general, donde la Médico Residente 1 la encontró sin mejoría del cuadro vesicular (ictericia generalizada, coluria y acolia) con protocolo de estudio solicitando ultrasonido de hígado y vías biliares, el cual mostró la presencia de piedras vesiculares, motivo por el que se programó el CPRE el 31 del mismo mes y año.

44. A la exploración física se encontró a V1 con: obesidad grado 1, tinte icterico generalizado, abdomen globoso por tejido adiposo (grasa), sin datos de irritación peritoneal, las pruebas de funcionamiento hepático y bilirrubinas alterados, lo que confirmó que presentaba síndrome icterico obstructivo y se le diagnosticó: *“colecistitis crónica litiásica, coledocolitiasis, dislipidemia mixta, obesidad grado 1 (OMS)”*

45. A las 08:00 horas de 31 del mismo mes y año, la Médico Residente 1 también reportó a V1 con los diagnósticos precisados, le indicó ayuno, solución

intravenosa, protector gástrico y cuidados generales por enfermería; sin embargo, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se asentó que omitió realizar lo indicado en la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis”*, consistente en lo siguiente:

45.1. Identificar los factores de riesgo en la ficha de ingreso y durante el interrogatorio en los pacientes con sospecha de colecistitis y colelitiasis, tales como obesidad y enfermedades metabólicas, que en el caso particular presentaba V1.

45.2. Estudios de laboratorio preoperatorios, tales como biometría hemática en la cual si se encuentra elevada la proteína “C” reactiva indica la presencia de algún proceso infeccioso, como en el caso de V1.

45.3. Para identificar la gravedad de la colecistitis y colelitiasis debió realizar pruebas de funcionamiento hepático, renal, bilirrubinas y tiempos de coagulación, examen de amilasa y lipasa (enzimas pancreáticas) que eran de utilidad para que pudiera identificar complicaciones como la coledocolitiasis presentada por V1.

45.4. Valoración preoperatoria por el servicio de medicina interna al cursar con criterios de riesgo como *“dislipemia y obesidad grado I”*.

45.5. Valoración por el médico adscrito o de base del servicio de cirugía general, al presentar *“síndrome icterico obstructivo”* de 7 meses de evolución y sin mejoría.

45.6. Considerar en realizarle una “*colecistectomía*” al cursar con síndrome icterico obstructivo de 7 meses de evolución, que no mostró mejoría, así como la presencia de “*litiasis vesicular y de vías biliares*”, lo que hubiera evitado las complicaciones de pancreatitis y perforación duodenal que más tarde presentó V1.

46. Por tales omisiones, la referida médico adscrito o de base incumplió los puntos 10.5 y 11.4 de la Norma Oficial sobre Residencias Médicas que indican “*contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias*” y “*Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes*”.

47. A las 08:00 horas del 31 de marzo de 2015, el servicio de Gastroenterología, Unidad de Endoscopia recibió a V1, con las indicaciones a seguir, entre éstas: “*Después de la CPRE vigilar datos de hemorragia, perforación, sepsis o pancreatitis (si el dolor abdominal no disminuye en 4 hrs, solicitar amilasa y lipasa) favor de informar complicaciones*”.

48. El informe de servicio de gastroenterología de V1, efectuado por AR3 y las Médicas Residentes 2 y 3, en opinión de los médicos de este Organismo Nacional se advirtieron las irregularidades siguientes:

48.1. Omitieron asentar la hora en que fue efectuado el CPRE.

48.2. Asentaron que se realizó una valoración por el médico anesthesiólogo, sin referir qué tipo de anestesia se le aplicó a V1, -sin que se anexara dicha nota médica-.

48.3. Describieron *“durante su estancia en el área de recuperación post procedimiento en el servicio de endoscopía no se refirió dolor, ni otra sintomatología, por lo que es enviada a su servicio consciente, con signos vitales estables”*, sin embargo, no se asentó la hora en que terminó dicho procedimiento endoscópico, su evolución, exploración física, y si presentó alguna complicación, además de que no se agregó la nota postoperatoria al expediente clínico, la cual debió elaborar el cirujano que intervino a V1, por tanto, transgredió el punto 8.8 de la Norma Oficial del Expediente Clínico que puntualiza *“Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada (...)”*.

49. Posteriormente, V1 fue enviada nuevamente al servicio de cirugía, reportada termodinámicamente estable, agregando una imagen del estudio radiológico de la vía biliar a su nombre de 31 de marzo de 2015, sin que se hubiera realizado una descripción de la misma.

50. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se indicó que AR3 y las Médicas Residentes 2 y 3 al efectuar la CPRE, omitieron lo siguiente:

50.1. Indicar vigilancia estrecha de V1 en el trans y postoperatorio, toda vez que realizaron múltiples intentos ante la dificultad para canular la vía biliar.

50.2. Describir la presencia de hemorragia.

50.3. Desestimaron las complicaciones con las que podía cursar, mismas que fueron descritas en el consentimiento informado, que le proporcionaron a V1 para que estampara su firma, a pesar de haber indicado un analgésico para prevenir el dolor.

50.4. Durante el procedimiento de la CPRE, omitieron explorar la porción (duodeno) intestinal, a fin de que se verificara que no presentaba perforación, misma que pasó inadvertida, la cual era indicativa de una valoración urgente.

51. Derivado de lo anterior, incumplieron lo establecido en la *“Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda”* que indica *“debido a que la pancreatitis aguda leve en la fase temprana puede progresar rápidamente a pancreatitis grave, es necesario mantener una evolución continúa (...) una intervención quirúrgica de urgencia debe realizarse en colangitis aguda o ictericia obstructiva, cuando ésta es fallida o no se dispone de otros métodos de descompresión biliar”*.

52. Asimismo, se contravino la Guía de Práctica Clínica *“Laparotomía y/o Laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto”* que señala *“indicaciones del abordaje laparoscópico en la patología abdominal urgente: perforación gastroduodenal, **perforación de intestino delgado**”*.

53. El 31 de marzo de 2015, AR4 en su informe sobre la atención médica que brindó a V1, asentó que posterior a su ingreso a la unidad de cirugía general (sin registro de la hora), V1 presentó dolor abdominal generalizado.

54. En la misma fecha, a las 18:30 horas, la Médico Residente 4 reportó a V1, con “*dolor abdominal generalizado de predominio en epigastrio*”, sin embargo, a las 22:30 horas solicitó estudios de laboratorio de control y gabinete, prescribió una solución intravenosa y ayuno y solicitó una radiografía de tórax y abdomen.

55. Este Organismo Nacional en su Opinión Médica Especializada considera que la Médico Residente 4 omitió lo siguiente:

55.1. Realizar una exploración física acuciosa con toma de signos vitales.

55.2. Solicitar ultrasonido y tomografía urgentes, ya que ese día por la mañana a V1 le habían efectuado un CPRE.

55.3. Revisar los resultados de laboratorio que mostraron incremento de glucemia, bilirrubinas; asimismo, las pruebas de funcionamiento hepático reportaron la amilasa y lipasa (pruebas de funcionamiento del páncreas extremadamente elevadas hasta 10 veces su valor normal (1478 y 2546 U/L, respectivamente).

56. Lo anterior evidenció que V1 presentaba pancreatitis aguda y la radiografía del abdomen reportó perforación de víscera hueca (aire libre), lo que indicaba perforación intestinal.

57. Además, la Médico Residente 4 omitió lo siguiente:

57.1. Indicar la administración de soluciones parenterales, oximetría, analgésicos, antibióticos y vigilancia estrecha.

57.2. Solicitar valoración por el servicio de endoscopía al cursar con dolor abdominal generalizado, así como por el servicio de cirugía general.

58. Derivado de lo anterior, V1 presentaba pancreatitis aguda y perforación intestinal, por lo que era necesario una intervención quirúrgica inmediata.

59. En Opinión de los Médicos de este Organismo Nacional, la Médico Residente 4 durante la atención médica que brindó a V1, estuvo sin vigilancia ni supervisión de los médicos adscritos o de base de cirugía general, ya que solo la referida doctora firmó la nota médica, incumpliendo con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda”*, que puntualiza:

“Para establecer el diagnóstico de pancreatitis aguda se requieren al menos dos de los siguientes criterios: 1. Cuadro clínico sugerente (dolor abdominal localizado en epigastrio (...)) 2. Alteraciones bioquímicas (elevación de lipasa y/o amilasa al menos tres veces por encima del valor de referencia) y 3. Alteraciones estructurales tanto del páncreas como de estructuras adyacentes vistas en los estudios de imagen”.

“Debido a que la pancreatitis aguda leve en la fase temprana puede progresar rápidamente a pancreatitis grave, es necesario mantener una

evaluación continua (...) se debe vigilar y registrar los signos vitales desde el ingreso del paciente (...) el identificar un incremento en el nivel sérico de las enzimas pancreáticas (...) el mejor parámetro bioquímico para diagnóstico de pancreatitis aguda lo constituye la determinación del nivel sérico de lipasa (...) Los pacientes deben intervenir quirúrgicamente cuando existe la sospecha de perforación o de infarto intestinal (...).”

60. Asimismo, los médicos de este Organismo Nacional en la opinión médica precisaron que la Médico Residente 4 incumplió con las recomendaciones descritas en la Guía de Práctica Clínica, *“Laparotomía y/o laparoscópica Diagnóstica en Abdomen Agudo No Traumático en el Adulto”*, que señala

“(...) ante presencia de un paciente con dolor abdominal de instauración reciente, repercusión del estado general, acompañado de uno o más signos de peritonismo (...) se debe descartar abdomen agudo.

La atención del paciente con abdomen agudo inicia con una Historia clínica completa, seguida de estudios no invasivos que ante la duda diagnóstica se procede a métodos diagnósticos invasivos valorando la conveniencia de una laparotomía exploradora (cirugía abierta o endoscópica) para llegar a diagnóstico preciso y evitar el retraso del tratamiento óptimo con fines de disminuir la morbilidad y mortalidad. Indicaciones del abordaje laparoscópico en la patología abdominal urgente: perforación gastroduodenal, perforación de intestino delgado.

Las pruebas diagnósticas relevantes para el diagnóstico del paciente con dolor abdominal agudo son: ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, lavado peritoneal diagnóstico, laparoscopia, telerradiografía de tórax y placas simples del abdomen.

Los estudios de laboratorio y gabinete serán de acuerdo a la sospecha diagnóstica clínica y a las condiciones de los pacientes; sin embargo, son elementales: biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, electrolitos séricos, examen de orina. Para los cuadros del abdomen superior: amilasa, lipasa y pruebas de función hepática. La TAC abdominal es recomendable para el estudio del paciente con abdomen agudo”.

61. De lo anterior, se advirtió que los médicos de base incumplieron los lineamientos 10.5 y 11.4 de la Norma Oficial sobre Residencias Médicas que puntualiza *“contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias”* y *“participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes”.*

62. Catorce horas después de que V1 fue reportada con dolor abdominal, esto es a las 08:00 horas de 1° de abril de 2015, fue valorada por AR4 y por la Médico Residente 4, quienes la reportaron con diagnósticos de: *“colecistitis crónica litiásica, coledocolitiasis, obesidad grado 1”.*

63. La intervención mixta endoscópica y radiológica (CPRE) realizada a V1 no fue satisfactoria ya que refirió presentar dolor abdominal intenso generalizado acompañado de náusea y vómito, con hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea (aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria arriba de lo normal).

64. También la radiografía de tórax sin alteraciones, los estudios de laboratorio de control mostraron un leve incremento de la glucosa, bilirrubina total de 5.8, bilirrubina directa de 3.8 y las pruebas de funcionamiento hepático (amilasa y lipasa) alarmantemente elevadas.

65. Derivado de lo anterior, a las 09:00 horas solicitaron tomografía abdominal urgente y a las 10:30 horas realizaron valoración preoperatoria, con los antecedentes descritos; sin embargo, la paciente continuaba con mal estado general.

66. La tomografía de abdomen confirmó el diagnóstico de *“perforación de duodeno secundaria a CPRE”*, motivo por el que le realizaron una laparotomía exploradora de urgencia, reportándola grave con pronóstico reservado a hallazgos quirúrgicos y evolución.

67. AR4 y la Médico Residente 4, 24 horas después de efectuada la CPRE y hasta 14 horas después de que presentó dolor abdominal V1, solicitaron diversos estudios e indicaron la realización de una laparotomía exploradora urgente.

68. El 1° de abril de 2015 sin especificar la hora, AR3 y las Médicas Residentes 2 y 3 la reportaron con los antecedentes descritos, es decir, con perforación de duodeno y decidieron una intervención quirúrgica de urgencia.

69. El 1° de abril de 2015, a las 11:30 horas, AR4 y los Médicos Residentes 4, 5 y 6, previa firma de consentimiento bajo información, le practicaron a V1 laparotomía exploradora urgente, en la que cerraron la perforación duodenal y exploraron la vía biliar con un estudio de medio de contraste (colangiografía transoperatoria), extracción de una piedra, lavado de cavidad, colocación de sonda “T” para drenaje de la bilis y drenaje penrose, estableciendo como diagnósticos postoperatorios: *“perforación de cara posterior de 2ª porción de duodeno, coledocolitiasis gigante, pancreatitis aguda intersticial edematosa”*, egresando intubada para la Unidad de Cuidados Intensivos.

70. En opinión de personal de este Organismo Nacional señalaron que si a V1 se le hubiera realizado adecuado protocolo de estudio completo, sin desestimar los factores de riesgo que presentaba le habrían brindado un mejor pronóstico de sobrevida.

71. De las irregularidades descritas y analizadas se acreditó la inadecuada atención médica por personal médico del Hospital General de México, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V1, su derecho a la protección a la salud, toda vez que cursaba con perforación de intestino que no fue atendida oportunamente y que contribuyó al deterioro paulatino de la enfermedad hasta su deceso.

72. Conforme al artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud, se entiende por “urgencia”: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”*. En términos similares la define el punto 4.11 de la Norma Oficial del Expediente

Clínico, lo cual dejaron de considerar las personas servidoras públicas que la atendieron.

73. Lo anterior en concordancia con el punto 7.3 de la NOM-027-SSA3-2013, puntualiza: *“Los establecimientos de atención médica de los sectores público (...) que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requieran (...)”*.

74. Por tanto, AR1, AR2, AR3 y AR4 inobservaron el artículo 27, fracción III de la Ley General de Salud, que prevé *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...) La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas (...)”*, la cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley.

75. Esta Comisión Nacional advierte que el Alumno Interno de Pregrado 1 no estuvo asistido por personal médico adscrito a la consulta externa, puesto que estableció como diagnóstico de V1 *“colecistitis crónica litiásica”* sin referir el motivo de ingreso ni precisó las indicaciones, por lo que se contravino el punto 5 del Apéndice Normativo “A” de la NOM-234-SSA1-2003 *“Utilización de campos clínicos e internado de pregrado”* al no contar con un médico responsable de control, supervisión, asesoría y evaluación de los alumnos durante el desarrollo del curso, por cada área de rotación.

76. La inadecuada atención médica descrita condicionó y favoreció el deceso de V1, como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

77. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrada en el artículo 29 de la Constitución Mexicana 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.

78. 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 (...)**”*⁸

(Énfasis añadido)

79. 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

⁸ SCJN. *“DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”*. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, Pág. 24.

de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

80. 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 (...)”*⁹, asimismo *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”*.¹⁰

81. 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”*.¹¹

⁹ CrIDH. “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

¹⁰ CrIDH. “Caso Familia Barrios Vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

¹¹ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

82. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico del Hospital de México, 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.

83. A las 18:30 horas del 1° de abril de 2015, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos con choque séptico de partida abdominal, con Apache II (mortalidad de 60%) y se informó a los familiares la gravedad de V1, sin embargo, únicamente se advirtió la firma del Médico Residente 7, quien no estuvo supervisado por el médico de base, ya que en la nota de esa fecha se asentó *“sin médico de base”*.

84. Esa misma fecha a las 22:00 horas, el Médico Residente de Primer año de Terapia Intensiva intentó la colocación de un catéter para monitorear hemodinámicamente a V1, pero al presentar hipertensión arterial pulmonar, esperó que se estabilizara la paciente para su colocación, sin embargo, tampoco estuvo supervisado por el médico de base.

85. A las 05:00 horas del 2 de abril de 2015, V1 fue diagnosticada con *“choque séptico refractario y acidosis metabólica descompensada”* y presentó falla hemodinámica, por lo que se le brindó reanimación hídrica (soluciones intravenosas), sin respuesta satisfactoria.

86. En la misma fecha, V1 presentó evolución tórpida y choque séptico refractario a tratamiento; a las 07:40 horas, cayó en paro cardiorrespiratorio de 4 minutos y a

las 08:02 horas presentó otro, por lo que le brindaron maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas, sin respuesta, estableciéndose como hora de su defunción, las 08:17 horas y como causas de su muerte: *“desequilibrio hidroelectrolítico 1 día, pancreatitis aguda 2 días y colecistitis crónica litiásica 7 meses”*.

87. AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”*.

88. Los médicos tratantes incumplieron el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*¹², que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

¹² Emitido en octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.

89. Las irregularidades descritas y analizadas acreditaron la inadecuada atención médica por parte del personal médico del Hospital General de México, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección a la salud, que trajo como consecuencia que no le brindaran la atención de urgencia que requería, lo que derivó en su desafortunado fallecimiento.

90. 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 sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, los médicos involucrados debieron considerar el estado integral de V1, a quien no realizaron la intervención quirúrgica urgente que ameritaba por presentar el intestino perforado y pancreatitis aguda, lo que contribuyó a la evolución de la enfermedad y a su deceso.

91. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4, 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 y 77 bis 37 de la Ley General de Salud, 8, fracciones I y II, 9, 48, 71, 72 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud; y el contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-234-SSA1-2003 *“Utilización de campos clínicos e internado de pregrado”*, NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, 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”* y 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que en términos generales disponen que

toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y al no brindarle la atención médica de urgencia que requería por su padecimiento que le hubieran permitido un mejor pronóstico de vida.

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

92. 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.

93. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹³, 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.”*

94. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido 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 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”*¹⁴.

¹³ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

¹⁴ 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). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b, fracción IV.

95. La Norma Oficial del Expediente Clínico que 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 (...).”*¹⁵

96. 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 los usuarios 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 que se le brinda¹⁶.

97. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud 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,

¹⁵ Introducción, p. dos.

¹⁶ CNDH. *Párrafo 33 y Recomendación 33/2016 p.104.*

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.¹⁷

98. En este sentido, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que conforman el expediente clínico de V1, que fueron advertidas por este Organismo Nacional con motivo de la queja de V1.

C1. Inadecuada integración del expediente clínico.

99. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que en la nota médica de 23 de marzo de 2015 y en la solicitud del CPRE, AR1 y AR2 omitieron asentar su nombre completo, por lo que infringieron el lineamiento del punto 5.9 de la Norma Oficial del Expediente Clínico que establece *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa”*.

100. AR2 omitió anexar al expediente clínico la nota médica de valoración del 30 de marzo de 2015.

101. AR3 omitió asentar la hora de inicio y término del procedimiento de CPRE, su evolución, hallazgos transoperatorios y sangrado, así como tampoco anexó la nota postoperatoria.

¹⁷ CNDH. Recomendación General 29/2017 p. 34 y 33/2016 p. 105, entre otros.

102. AR5 omitió realizar valoración preoperatoria, así como seguimiento durante el procedimiento quirúrgico y en el postoperatorio, por lo que infringió los puntos 8.5 y 8.7 de la Norma Oficial del Expediente Clínico que establecen que *“la nota preoperatoria deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente”* y *“nota pre anestésica, vigilancia y registro anestésico”*.

103. Las irregularidades descritas en la integración de los expedientes clínicos, en este caso de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de 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 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.¹⁸

104. La inobservancia de la Norma Oficial 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 los usuarios de los servicios médicos.¹⁹

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p145, 71/2018 p 243 y 33/2016 p106, entre otros.

¹⁹ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p146 y 71/2018 p.244.

105. No obstante tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, 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.²⁰

106. En la sentencia del “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”²¹, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se sostuvo que: “*(...) es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.*”

107. De las evidencias con que se contó, este Organismo Nacional advirtió que en las notas médicas que obran en el expediente de queja en la atención de V1, intervinieron médicos residentes, como se acredita enseguida:

²⁰ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p.147 y 71/2018 p.2145.

²¹ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 68.

107.1. Nota médica de las 14:00 horas de 30 de marzo de 2015, en la que se hizo constar que la Médico Residente 1 valoró a V1.

107.2. Notas de evolución de las 08:00 y 18:30 horas del 31 de marzo de 2015, en las que la Médico Residente 1 reportó a V1 con tinte icterico generalizado y solicitó estudios de laboratorio.

107.3. Nota médica de las 18:30 horas de 1° de abril de 2015, un médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos ingresó a V1 para su cuidado postoperatorio.

107.4. Nota de procedimiento, terapia intensiva de las 22:00 horas del 1° de abril de 2015, en la que un médico residente del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos describió la colocación de un catéter a V1.

107.5. Nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de las 05:00 horas del 2 de abril de 2015, en la cual los médicos residentes establecieron que V1 presentaba un cuadro de choque séptico refractario de origen abdominal.

107.6. Nota de egreso de las 08:30 horas del 2 de abril de 2015, en la que un médico residente refirió que V1 presentó dos paros cardiorrespiratorios, por lo que le realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas, sin respuesta vital.

108. Sin embargo, no presentaron el nombre y firma del médico de base o adscrito al turno responsable de V1, lo que acreditó que los médicos residentes no

estuvieron supervisados por la persona profesional responsable del control, asesoría y evaluación, lo cual resulta preocupante debido a que pueden ocasionarse graves consecuencias para la salud de los pacientes, máxime que los médicos residentes aún se encuentran en fase de formación.

109. Por lo tanto, se infringieron los numerales 5.7, 9.3.1 y 10.5 de la Norma Oficial sobre Residencias Médicas, publicada el 4 de enero de 2013, que en términos generales prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular o adjunto en las actividades diarias, asistenciales y de guardia, académicas y de investigación que lleven a cabo los mismos durante su residencia.

110. Lo anterior debido a que los médicos residentes cursan estudios de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y capacitarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de una especialidad, podrán atender a los pacientes, pero siempre bajo la supervisión de un médico responsable, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.

111. La falta de personal médico que supervisara a los médicos residentes, inobservó los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la Norma Oficial sobre Residencias Médicas, que puntualizan que los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes que se les encomiende, siempre que estén sujetos a las indicaciones y asesoría de los médicos adscritos de base, lo que en el caso particular no aconteció por la ausencia del médico que debería haber supervisado a los médicos residentes.

D. RESPONSABILIDAD.

112. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones u omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud y a la vida por inadecuada atención médica en agravio de V1.

113. AR3 omitió indicar vigilancia estrecha a V1 en el transcurso y posterior al estudio del CPRE, ya que pasó inadvertido la perforación con hemorragia intestinal que presentaba V1.

114. Por su parte, AR4 en su valoración de 31 de marzo de 2015, no advirtió que V1 cursaba con un abdomen agudo secundario a la perforación intestinal realizada por AR3, lo que derivó en la evolución hacia el deterioro y lamentable deceso de V1 por pancreatitis aguda, desequilibrio electrolítico, en la paciente post-operada de piedras en la vía biliar.

115. AR1, AR2, AR3 y AR5 infringieron la Norma Oficial del Expediente Clínico como quedó reseñado en el apartado de inadecuada integración del expediente clínico.

116. Este Organismo Nacional considera que las acciones u omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto 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, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, por lo que si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

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

117.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

117.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR3 y AR4 para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente, con el objeto de que se determine su responsabilidad penal y, en su oportunidad, se le sancione, para que dichas violaciones no queden impunes.

118. Las autoridades encargadas de realizar dichas investigaciones, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determine la responsabilidad de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

119. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

120. 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, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 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 un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

121. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I 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 su vida se deberá inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, tenga 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.

122. 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 Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece 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, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

123. En el “Caso *Espinoza González vs. Perú*”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció 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*”.²²

124. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 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*

²²CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

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 (...).²³

125. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V1, que se tradujo en su inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

126. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que derivó en su fallecimiento.

127. Esta atención, no obstante el tiempo transcurrido a partir de que acontecieron los hechos, 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.

²³CrIDH. “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafo 175.

ii. Satisfacción.

128. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y la denuncia que se presenten ante las instancias referidas y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iii. Medidas de no repetición.

129. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, además es necesario que las autoridades de la Secretaría de Salud implementen en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, la debida observancia y el contenido de la Norma Oficial del Expediente Clínico, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29 *“sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, emitida el 31 de enero de 2017, a todo el personal médico del Hospital General de México, así como la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis”* y *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de Pancreatitis aguda”*, las cuales deberán ser efectivas para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado.

130. Los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

131. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una circular en la que se instruya al personal médico del Hospital General de México a fin de que 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.

132. Se deberá establecer un protocolo que garantice la supervisión permanente a los médicos residentes durante su capacitación clínico, quirúrgica y/o de campo del Hospital General de México.

133. Emitir una circular en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigida al personal médico involucrado del Hospital General de México, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente.

134. Lo anterior, de conformidad con 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*²⁴, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación.

135. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, la Secretaría de Salud Federal en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas se deberá otorgar una compensación a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda por las violaciones a los derechos humanos de V1, que trascendieron a su fallecimiento de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación 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 Federal las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades que son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, que incluya la compensación, con motivo de las violaciones a los derechos humanos de V1, que trascendieron a su

²⁴ Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

fallecimiento, en términos de la Ley General de Víctimas; se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue 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 esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR3 y AR4, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se anexe copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda a los pacientes, se encuentren debidamente integrados, conforme a la legislación nacional e internacional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación se emita una Circular al personal médico involucrado en el presente asunto en la que, en los casos que proceda, se 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.

SÉPTIMA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal médico del Hospital General de México, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y atención médica; de conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de manera 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.

OCTAVA. Se instruya a quien corresponda para que se establezca un protocolo que garantice la supervisión, por parte de médicos autorizados para ello, del personal en proceso de formación, ya sean residentes o de servicio social, durante su capacitación clínica, quirúrgica y/o de campo en el Hospital General de México, hecho lo cual se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel de decisión 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.

136. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 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.

137. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

138. 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.

139. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, 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