



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

Síntesis: El 11 de septiembre de 2006, la señora Selene Aguilar Olivares presentó una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual, por razón de competencia, fue remitida a esta Comisión Nacional, en la que denunció que su esposo, el señor José Antonio Sierra Rayo, quien padecía cáncer de colon, desde mayo de 2006 estuvo recibiendo una pésima atención en el Hospital General de México, donde se negaron a internarlo manifestando que no había camas, y que como su estado era terminal debían dar prioridad a los pacientes que tienen posibilidad de sobrevivir; asimismo, el 5 de octubre de 2006, la quejosa informó a esta Comisión Nacional que su esposo falleció el 14 de septiembre del año citado.

Del análisis realizado al expediente se acreditaron violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio del señor José Antonio Sierra Rayo, por parte de los médicos que lo atendieron en el Hospital General de México, con base en las siguientes consideraciones:

En abril de 2005, el agraviado fue diagnosticado en el Hospital General de México como portador de adenocarcinoma de recto con extensión a sigmoides, por lo que fue ingresado para extirpación de la tumoración, siendo corroborado el diagnóstico de cáncer.

El 16 de junio de 2005, al agraviado se le indicó como terapia adyuvante cinco dosis de quimioterapia que se administraron conjuntamente con 25 sesiones de radioterapia durante agosto y septiembre, pero toda vez que de acuerdo con los hallazgos quirúrgicos se evidenciaba persistencia y avance de la actividad tumoral, la radio y quimioterapia debió ser aplicada por seis meses, siendo probable que de haberse administrado un tratamiento adyuvante después de la cirugía de abril de 2005, con radioterapia y quimioterapia por seis meses, se le habría brindado un mejor pronóstico y calidad de vida.

Asimismo, la atención y manejo médico brindados al señor José Antonio Sierra Rayo por los médicos tratantes del Servicio de Consulta Externa de Tumores Mixtos del Hospital General de México fue inadecuado, en virtud de que cuando acudió el 9 de enero por presentar sangrado uretral, hematuria y flictenas en región perianal por actividad tumoral, solamente se le recetaron sintomáticos. De igual manera, los servidores públicos, al continuar el paciente con sangrado uretral y dolor intenso en región perianal y lumbar los días 28 de febrero y 28 de marzo de 2006, omitieron su ingreso para manejo del dolor intenso secundario a la actividad tumoral, limitándose a prescribir manejo ambulatorio, lo cual se repitió el 31 de julio de 2006, fecha en que el agraviado tuvo su última consulta externa.

Finalmente, los días 17 de abril de 2005 y 15 de marzo de 2006 fue atendido en el Servicio de Oncología del Hospital General de México, únicamente por médicos residentes, incumpliendo con ello con las disposiciones contenidas en la Norma

Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, y del análisis del expediente clínico se desprende que la atención que le brindaron se apartó de los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 168 SSA-1-1998 Del Expediente Clínico.

En consecuencia, esta Comisión Nacional considera que los servidores públicos responsables de su atención médica no cumplieron con lo señalado en los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 32; 33, fracciones I y II, y 51, de la Ley General de Salud, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8o., fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Igualmente, los médicos tratantes no atendieron las disposiciones previstas en los artículos 12.1, y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como 10.1, y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos.

En virtud de lo expuesto, el 28 de agosto de 2007 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación 31/2007 al Director General del Hospital General de México, en la que se le solicita ordene y realice el pago que proceda por concepto de reparación del daño a los familiares del agraviado, como consecuencia de la responsabilidad institucional derivada de la inadecuada atención médica que se le proporcionó y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento; por otra parte, dar vista al Órgano Interno de Control en el Hospital General de México, con objeto de que se inicie y determine, conforme a Derecho, un procedimiento administrativo de investigación en contra del personal médico adscrito al Servicio de Oncología que participó en los hechos; de igual manera, gire instrucciones para garantizar que se realicen los protocolos de estudios que se requieran para integrar diagnósticos precisos que permitan establecer tratamientos adecuados y así proporcionar atención médica oportuna y de calidad a los pacientes, para que se eviten actos y omisiones como los que dieron origen a la Recomendación; asimismo, instruya a quien corresponda para que se impartan cursos de capacitación sobre el contenido de las Normas Oficiales NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, y NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, al personal médico del Hospital General de México, para evitar que en lo futuro ocurran omisiones como las referidas en el capítulo de observaciones de la Recomendación.

RECOMENDACIÓN No. 31/2007

SOBRE EL CASO DEL SEÑOR JOSÉ ANTONIO SIERRA RAYO

México, D. F., a 22 de agosto de 2007

DOCTOR FRANCISCO HIGUERA RAMÍREZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO

Distinguido señor Director General:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., párrafo primero; 6o., fracciones II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente 2006/4384/1/Q, relacionados con la queja interpuesta por la señora Selene Aguilar Olivares y visto los siguientes:

I. HECHOS

El día 11 de septiembre de 2006, la señora Selene Aguilar Olivares presentó queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual por razón de competencia fue remitida a esta Comisión Nacional y recibida el mismo día, en la que denunció hechos presuntamente violatorios a derechos humanos cometidos por servidores públicos del Hospital General de México, derivados de una inadecuada prestación del servicio público de salud, consistentes en que su esposo, el señor José Antonio Sierra Rayo, quien padecía cáncer de colon, desde mayo de 2006 estuvo recibiendo una pésima atención en dicho nosocomio, donde se negaron a internarlo manifestando que no había camas y que como su estado era terminal, debían dar prioridad a los pacientes que tienen posibilidad de

sobrevivir; asimismo, el 5 de octubre de 2006, la quejosa informó a esta Comisión Nacional que su esposo falleció el 14 de septiembre del mismo año.

II. EVIDENCIAS

A. La queja presentada por la señora Selene Aguilar Olivares el 11 de septiembre de 2006 ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual por razón de competencia se remitió a esta Comisión Nacional en la misma fecha.

B. El oficio DGAM/2896/06, del 26 de septiembre de 2006, suscrito por el director general adjunto médico del Hospital General de México, recibido en esta Comisión Nacional el mismo día, y al que anexó el resumen clínico original de José Antonio Sierra Rayo, emitido por el jefe de la Unidad de Tumores Mixtos, del Servicio de Oncología de ese centro de salud, y copia simple del expediente No. 116566-4 (05-1255) a nombre del citado paciente, del que destacan por su relevancia las siguientes notas médicas:

1. Ingreso del paciente al Servicio de Oncología el 17 de abril de 2005, en que los doctores residentes anotaron su historia clínica y su ingreso para protocolo de estudio.

2. Postquirúrgica del 21 de abril de 2005, en la cual aparece el cirujano y en que se refiere respecto al paciente como: dx. Preop. Ca de recto superior, cirugía programada LAPE + RAB, cirugía realizada LAPE, colostomía. Fístula mucosa, tumor de recto superior con extensión a sigmoides adherido a sacro que involucró mesosigmoides e indurado, no complicaciones, tiempo quirúrgico 2:50 horas, drenajes penrose, no transfusiones, estudio sí compatible con pólipo de retención el cual protuía a través de fístula mucosa, cirugía paliativa.

3. Alta del 28 de abril de 2005, por la cual el jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, y los residentes de apellidos Jalomo y Sandoval, deciden el alta del paciente y su manejo por la CE para decidir manejo posterior con QT y RT.

4. Nota de fecha 16 de junio de 2005, suscrita por el doctor del Servicio de Oncología Médica, en la que anota que encuentra al paciente con ECOG 2, iniciará tratamiento a base de 5 Fu y LV, recibirá 5FU 700 mg/d5d y leucovorín 35ms/d/5d.

5. Nota de fecha 24 de octubre de 2005, suscrita por el doctor del Servicio de Oncología Médica, en la que establece que el paciente ha recibido cuatro ciclos de QT y 45 GY de Rt, se refiere en buenas condiciones, se tomó TAC el 20/10/05, la cual reporta negativo para malignidad, se refiere a valoración por tumores mixtos.

6. Nota de fecha 28 de octubre de 2005, en la cual el médico de base de la Unidad de Tumores Mixtos, reporta al paciente con excelente respuesta al tratamiento y que se programará para tratamiento quirúrgico.

7. Nota de la Unidad de Tumores Mixtos, de fecha 23 de noviembre de 2005, en la cual el jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, y dos residentes, establecen paciente con cáncer de recto aparentemente T4N2M0 manejado fuera del servicio con colostomía y fístula mucosa posteriormente QT y RT y persistencia tumoral que se ingresa por cuadro doloroso en cuadrante izq. y fosa renal, en Urología no piensan que se trate de litiasis, se solicita TAC helicoidal, por nuestra parte FTO, por lo cual se envía a clínica del dolor para continuar con manejo.

8. Nota de la Unidad de Tumores Mixtos, de fecha 30 de noviembre de 2005, suscrita por el jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, en la que establece que el paciente ha desarrollado cuadro subclusivo por lo que se considera que es buen momento para laparatomizarlo.

9. Nota del 6 de diciembre de 2005, por la que el jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, y un cirujano, establecen al paciente cirugía programada LAPE+pbe resección abdominoperineal, cirugía realizada LAPE hemicolectomía izquierda +RAP+resección de ileon distal+anastomosis ileoascendente, tipo de tumor maligno, tipo de cirugía limpia contaminada, hallazgos: tumor residual en tercio superior de recto aprox. 10x6cm, adherido a región sacra parcialmente móvil, con infiltración a la cara posterior con cambios

secundarios a RT, íleo distal con enteritis por RT que condicionan oclusión intestinal con dilatación de asa en forma importante, hígado sin evidencia de actividad metastásica, enfermedad residual en cara posterior de la vejiga.

10. Nota postquirúrgica del 6 de diciembre de 2005, por la que el cirujano del Servicio de Oncología, establece respecto del paciente dx ingreso Ca de recto T4NxMO localmente avanzado +QT+RT. Dx de egreso el mismo +AT 1/3 superior de recto, LAPE pb RAB, cirugía realizada LAPE hemicolectomía izq. RAP Resección intestinal, ileoascendente término terminal, hallazgos: tumor residual en recto tercio superior y medio que infiltra a pared vesical, múltiples adherencias firmes y laxas con obstrucción distal a nivel de ileon terminal y válvula íleo cecal pbe secundaria a enteritis postqx, no evidencia de AT a otros niveles.

11. Nota de la Unidad de Tumores mixtos, del 9 de enero de 2006, suscrita por el médico de base de cirugía oncológica, en la que se establece que el paciente reportó salida de sangre a través del recto y hematuria con coágulos, no hay datos de actividad tumoral en región perianal y flictenas, dio tratamiento sintomático y cita en 2 meses.

12. Nota de la Unidad de Tumores Mixtos, del 28 de febrero de 2006, en la que dos doctores, establecen que el paciente presenta 3 días de hematuria, acude por expulsión de un fragmento de tejido que podía corresponder a neoplasia, refiere dolor localizado en área renal izquierda con irradiación a FII y MPI, clínicamente tiene progresión tumoral, se indica analgésico y bactrim, se cita en un mes.

13. Nota de la Unidad de Tumores Mixtos, del 15 de marzo de 2006, suscrita por el doctor residente de cirugía oncológica, en la que establece respecto del paciente cáncer rectolocalmente avanzado, acude por dolor intenso en región perianal con irradiación hacia el pene, así como hematuria, con expulsión de gases por uretra, se encuentra con datos de actividad tumoral por lo que es conveniente realizar TAC abdominopélvia y cistocopia, se indica tratamiento con zaldiar, cita con resultados.

14. Nota de la Unidad de Tumores Mixtos, del 28 de marzo de 2006, en la que el doctor médico de base, establece que el paciente se encuentra fuera de

tratamiento oncológico curativo, continúa con hematuria, no existe franca expulsión de contenido intestinal a través de la uretra, persiste dolor por AT, están pendientes estudios por falta de dinero, continúa manejo en clínica del dolor, por nuestra parte tradol c/8 hs. con cita abierta con resultados.

15. Nota de la Unidad de Tumores Mixtos, del 31 de julio de 2006, en la que dos doctores, establecen que el paciente se encuentra con progresión de su actividad tumoral, la tumoración se necrosa y causa poco sangrado, gran fetidez, persiste dificultad para micción, continúa con tto sintomático, pronóstico fatal a corto plazo.

C. La opinión médica emitida el 18 de abril de 2007, por la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la que se establecen las consideraciones técnicas sobre la atención médica otorgada al señor José Antonio Sierra Rayo, la cual será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente recomendación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

En abril de 2005, al señor José Antonio Sierra Rayo le fue detectado cáncer de colon por médicos del Hospital General de México, por lo que se estuvo atendiendo en el Servicio de Oncología de ese centro de salud; sin embargo, los médicos tratantes no estadificaron la etapa clínica del cáncer que padecía ni le proporcionaron un adecuado tratamiento adyuvante ni paliativo, y a partir de enero de 2006 se negaron a internarlo, y únicamente lo manejaron de manera ambulatoria al considerarlo fuera de tratamiento oncológico curativo y el 31 de julio de 2006 lo recibieron en consulta externa por última vez, advirtiendo un pronóstico fatal a corto plazo; falleció el 14 de septiembre del mismo año.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente, esta Comisión Nacional cuenta con elementos que permiten acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio del señor José Antonio Sierra Rayo, por parte de servidores públicos adscritos al Hospital General de México, con base en las siguientes consideraciones:

Mediante el oficio DGAM/2896/06, del 26 de septiembre de 2006, el director general adjunto médico del Hospital General de México, remitió a esta Comisión Nacional copia simple del expediente clínico del agraviado y el resumen clínico emitido por el doctor Rogelio Martínez Macías, jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, de los cuales se desprende que el paciente recibió atención desde el mes de abril de 2005 cuando se estableció el diagnóstico de “adenocarcinoma a nivel del sigmoides a 15 cm de la margen anal”, sin datos de metástasis, elevación del ACE y con datos de suboclusión intestinal, lo cual motivó que el 21 de abril de 2005, se le efectuara una laparotomía exploradora con hallazgo de “tumor en recto superior y sigmoides adherido al sacro con gran involucro del mesosigmoides”, por lo que sólo se realizó colostomía con fístula mucosa, evolucionó satisfactoriamente, se valoró por el servicio de Clínica del Dolor y egresó el 28 del mismo mes, reingresando el 26 de mayo de 2005 por datos de suboclusión intestinal, la cual se manejó conservadoramente hasta que egresó el 10 de junio del mismo año por mejoría de la sintomatología.

El 16 de junio de 2005, fue atendido por primera vez en el servicio de Oncología Médica con diagnóstico de “cáncer de recto EC III”, recibió cuatro ciclos de quimioterapia, radioterapia; reingresó el 15 de noviembre de 2005 por íleo metabólico y cólico renal, siendo manejado médicamente y por la Clínica del Dolor. Fue valorado por Urología por historia de nefroitis y manejado con litotripsia, la TAC reportó ausencia de AT, por lo que consideraron conveniente someterlo a una laparotomía exploradora el 6 de diciembre de 2005, hallando tumor residual en tercio superior de recto y medio, con infiltración parcial a la pared vesical con múltiples adherencias, además de obstrucción a nivel del íleon distal pb. secundaria a enteritis postradiación.

Se efectuó hemicolectomía izquierda y resección abdominoperineal, más resección intestinal de íleon distal e íleoascendente anastomosis, egresando el 14 de diciembre de 2005. Se le vio en consulta externa de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología el 9 de enero de 2006, con hematuria, se le dio tratamiento sintomático, continuó con citas en clínica del dolor porque presentó progresión tumoral a nivel vejiga, siendo manejado únicamente con medidas paliativas ya que se consideró fuera de tratamiento oncológico curativo. La última

consulta la tuvo el 31 de julio de 2006, en que se continuó con manejo paliativo y se consideró con pronóstico fatal a corto plazo.

En virtud de lo expuesto, se solicitó la opinión médica de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la cual se advirtió que en abril de 2005, el agraviado fue diagnosticado en consulta de Oncología del Hospital General de México por los doctores residentes Arizmendi, Jalomo, Aragón y Morales, como portador de adenocarcinoma de recto con extensión a sigmoides, corroborado por cifras elevadas de 20ng/ml de antígeno carcinoembrionario, colonoscopia con tumor de recto que involucró sigmoides con borde proximal a 30 centímetros y borde distal a 15 centímetros del ano, biopsia positiva para adenocarcinoma poco diferenciado de recto, y por tomografía que reveló engrosamiento neoplásico del sigmoides, lo que motivó que fuera ingresado al Servicio de Oncología para extirpación quirúrgica paliativa de la tumoración, sin definir los criterios para realizar esa cirugía paliativa, aunque sí está indicada como parte del manejo médico para evitar la obstrucción intestinal por el cáncer y tiene como objetivo brindar una mejor calidad de vida, porque al extirpar el tumor se evita el dolor, la infección, el sangrado crónico y la anemia producidas por el cáncer; no obstante ello, los médicos tratantes omitieron estadificar la etapa clínica del cáncer que cursaba el paciente.

La citada cirugía, la realizó el doctor De la Garza, cirujano adscrito al Servicio de Oncología, el 21 de abril de 2005 y consistió en laparotomía exploradora con resección abdominoperineal; sus hallazgos corroboraron el diagnóstico de cáncer; sin embargo, el citado médico no estadificó la etapa clínica en que se encontraba el cáncer de recto a pesar de que tenía elementos para ello, lo cual es fundamental para establecer el tipo y duración del tratamiento posquirúrgico, y también omitió extirpar ganglios perirectales y enviar las piezas quirúrgicas resecaadas para su estudio histopatológico, lo que habría ayudado a descartar o confirmar infiltraciones o metástasis a distancia, corroborar el estado clínico y así poder brindar al paciente el tratamiento adyuvante adecuado.

Asimismo, el 28 del mismo mes, el doctor Martínez, jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, lo egresó sin antes estadificar el cáncer que

padecía el paciente, siendo obligatorio y necesario para indicar el tipo y duración del tratamiento adyuvante de radio y quimioterapia después de la cirugía.

Del citado dictamen también se desprendió que el 16 de junio de 2005, el agraviado fue visto por primera vez en consulta externa por el doctor Escobar, de Oncología médica, con diagnóstico de cáncer de recto irresecable estadio clínico III, por lo que se indicó como terapia adyuvante 5 dosis de quimioterapia que se administraron conjuntamente con 25 sesiones de radioterapia durante los meses de agosto y septiembre, lo cual se considera inadecuado porque de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos presentaba infiltraciones en sacro, mesosigmoides dos tercios del recto y sigmoides, lo que evidenciaba persistencia y avance de la actividad tumoral, por lo que la radio y quimioterapia debió ser por seis meses, de acuerdo a lo que establece la literatura en el estadio clínico III, para destruir el mayor número posible de células cancerosas que hayan quedado, limitando así la enfermedad y evitar metástasis a estructuras cercanas o a distancia. Además, se omitió solicitar la determinación del antígeno carcinoembrionario, que según establece la Asociación Americana de Oncología, debe realizarse dentro de los 2 o 3 meses de la cirugía como parte del protocolo de seguimiento del cáncer, para evaluar la respuesta del organismo y poder determinar la evolución de la enfermedad.

Al respecto, cabe señalar que es probable que de haberse administrado un tratamiento adyuvante después de la cirugía del 21 de abril de 2005, con radioterapia y quimioterapia por seis meses, como es lo indicado en el estadio clínico III del cáncer rectal con el que cursaba el paciente en ese momento, se le habría brindado un mejor pronóstico y calidad de vida.

Por otra parte, el 24 de octubre de 2005, el citado doctor Escobar, de Oncología médica, reportó al agraviado en buenas condiciones, con tomografía del 20 del mismo mes negativa para malignidad, refiriéndolo al Servicio de Tumores Mixtos; sin embargo, omitió realizar una exploración física completa y solicitar determinación de antígeno carcinoembrionario para evaluar la respuesta del organismo y la evolución de la enfermedad.

El 28 del mismo mes, el doctor Díaz, médico de base de la Unidad de Tumores Mixtos, señaló que el señor José Antonio Sierra Rayo presentaba una excelente respuesta al tratamiento, sin datos de actividad tumoral y que se programaría para tratamiento quirúrgico, pero no estadificó la etapa en que se encontraba el cáncer ni describió bajo qué criterios y con qué fin se realizaría la cirugía, omitiendo además solicitar determinación de antígeno carcinoembrionario, radiografías de tórax y colonoscopia como parte del protocolo de seguimiento del paciente con cáncer.

El 23 de noviembre de 2005, fue revisado por el doctor Rogelio Martínez Macías, jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología y por los residentes Díaz y Barra, quienes determinaron que el paciente se encontraba fuera de tratamiento oncológico curativo, sin que describieran los criterios en que se basaron para hacerlo, no le realizaron una exploración física completa, como tampoco indicaron la actualización de estudios de laboratorio y gabinete, como parte del protocolo del paciente con cáncer, ni lo ingresaron a tratamiento paliativo de quimioterapia y/o radioterapia, indicados en el cáncer con estado clínico III, para aliviar el dolor y reducir el sufrimiento causado por el cáncer, lo que le hubiera brindado una mejor calidad de vida.

El 30 de noviembre de 2005, el doctor Rogelio Martínez Macías, jefe de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, indicó nueva laparotomía para extirpación del cáncer de recto localmente avanzado, sin realizar una exploración física completa ni solicitar estudios de laboratorio y gabinete, misma que llevó a cabo el 6 de diciembre del mismo año, realizándose hemicolectomía izquierda y resección de íleon distal y anastomosis de íleon ascendente, omitiendo una vez más la toma y envío de ganglios adyacentes a estudio histopatológico, aclarando que esta cirugía no era necesaria ya que no brindó beneficio o mejoría en la salud del paciente.

Asimismo, la atención y manejo médico brindados al señor José Antonio Sierra Rayo por los médicos tratantes del servicio de consulta externa de Tumores Mixtos del Hospital General de México, a partir de enero de 2006, fue inadecuado en virtud de que cuando acudió el 9 de enero, por presentar sangrado uretral, hamaturia y flictenas en región perianal por actividad tumoral, el doctor Martín del

Campo, médico de base de cirugía oncológica, no indicó su ingreso para manejo médico, valoración por urología y control de rectorragia, limitándose a recetarle sintomáticos no especificados y citándolo en dos meses, a pesar de que los sangrados son considerados como urgencia médica.

De igual manera, los médicos tratantes Díaz Rodríguez (médico de base), y su adjunto el doctor Barra, al continuar el paciente con sangrado uretral y dolor intenso en región perianal y lumbar los días 28 de febrero y 28 de marzo de 2006, omitieron su ingreso para manejo del dolor intenso secundario a la actividad tumoral, limitándose a prescribir manejo ambulatorio con analgésicos y antibióticos, solicitando la realización de una tomografía y una cistoscopia de manera externa, y lo citaron con resultados, estudios que según consta en notas médicas no se realizaron por falta de recursos; establecieron además que se encontraba fuera de tratamiento oncológico, y refirieron al paciente a la clínica del dolor, valoración que sin embargo no se llevó a cabo puesto que no existe constancia escrita en el expediente clínico de que así haya sido.

El 31 de julio de 2006, fecha en que el agraviado tuvo su última consulta externa, los médicos tratantes José Mario de la Garza, Díaz R. y Vega, de la Unidad de Tumores Mixtos del Servicio de Oncología, omitieron una vez más su ingreso para manejo por clínica del dolor, curación y apoyo psicológico.

En ese sentido, particularmente los doctores Martín del Campo, Díaz Rodríguez, Barra, José Mario de la Garza y Vega, médicos tratantes de la Unidad de Tumores Mixtos, descartaron el manejo paliativo de radio y quimioterapia indicados para el control del dolor, sangrado y necrosis de la región perianal producidos por el cáncer colorrectal avanzado, ya que si bien es cierto que se encontraba fuera de tratamiento oncológico curativo, derivado de un inadecuado manejo adyuvante posquirúrgico, también lo es que tenía derecho a un manejo y trato más considerado y digno.

Finalmente, es preciso señalar que no pasa desapercibido para esta Comisión Nacional que los días 17 de abril de 2005 y 15 de marzo de 2006, el señor José Antonio Sierra Rayo fue atendido en el Servicio de Oncología del Hospital General de México, únicamente por médicos residentes, quienes participaron en su

tratamiento sin estar sujetos a las indicaciones y supervisión de algún médico especialista adscrito a la unidad médica receptora de residentes, lo cual se sustenta con el contenido de la información remitida a esta Comisión Nacional por el director general adjunto médico del Hospital a su cargo, en la que no se advierte el nombre de los médicos adscritos que debían dirigir y supervisar la actuación de los médicos residentes, incumpliendo con ello con las disposiciones contenidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

Del análisis del expediente clínico se desprende que la atención brindada al señor José Antonio Sierra Rayo se apartó de los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 168 SSA-1-1998, del expediente clínico, al existir notas médicas sin signos vitales, sin nombre completo, sin firma, sin clave de médicos tratantes, no haber notas de egreso, notas médica y de enfermería, hojas de consentimiento informado, la nota posquirúrgica del 21 de abril de 2005 está incompleta, no hay reporte de patología de la pieza quirúrgica resecada en la misma fecha y las notas médicas de consulta externa del 2006 no tienen signos vitales.

Por lo anterior, quedó acreditado para esta Comisión Nacional que no se proporcionó una adecuada atención médica al agraviado, José Antonio Sierra Rayo, por parte de los médicos que lo atendieron en el Hospital General de México, con lo cual se violentó su derecho a la protección a la salud, al no proporcionarle un adecuado tratamiento adyuvante después de la cirugía del 21 de abril de 2005, ni prestarle un manejo paliativo con radio y/o quimioterapia desde que lo consideraron fuera de tratamiento oncológico curativo.

En consecuencia, esta Comisión Nacional considera que los servidores públicos responsables de la atención médica brindada al agraviado no cumplieron con lo señalado en los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 32, 33, fracciones I y II, así como 51 de la Ley General de Salud, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8o., fracciones I, y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Igualmente, los médicos tratantes no atendieron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de conformidad con los artículos 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, los que ratifican el contenido del artículo 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

Por otra parte, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1915, 1916, 1917 y 1918 del Código Civil Federal, así como 1o., 2o. y 9o., de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo cual resulta procedente se realice la indemnización conducente a los deudos del señor José Antonio Sierra Rayo, en los términos de ley.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se ordene y se realice el pago que proceda por concepto de reparación del daño a los familiares del agraviado, como consecuencia de la responsabilidad institucional derivada de la inadecuada atención médica que se le proporcionó, de acuerdo a las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de esta recomendación y de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable sobre la materia; asimismo, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se dé vista al Órgano Interno de Control en el Hospital General de México, con objeto de que se inicie y determine, conforme a derecho, procedimiento administrativo de investigación en contra del personal médico adscrito al Servicio de Oncología que participó en los hechos, en atención a las consideraciones expuestas en el capítulo de observaciones del presente documento.

TERCERA. Se giren las instrucciones administrativas necesarias para garantizar que se realicen los protocolos de estudios que se requieran para integrar diagnósticos precisos que permitan establecer tratamientos adecuados y así proporcionar atención médica oportuna y de calidad a los pacientes que acudan al Hospital General de México, para que se eviten actos y omisiones como los que dieron origen a la presente recomendación.

CUARTA. Se sirva instruir a quien corresponda para que se impartan cursos de capacitación sobre el contenido de las Normas Oficiales NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, y NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, al personal médico del Hospital General de México, para evitar que en lo futuro ocurran omisiones como las referidas en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una

declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

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

EL PRESIDENTE

DR. JOSÉ LUIS SOBERANES FERNÁNDEZ