



## Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

### **SÍNTESIS:**

El 9 de agosto de 2010, V1 ingresó al Área de Ortopedia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal para ser intervenida quirúrgicamente de artroplastia total de cadera el día 10 del mes y año citados, la cual no le fue practicada debido a que un médico internista que la revisó detectó que tenía las plaquetas bajas; sin embargo, el 11 de agosto de 2010, AR1, médico adscrito al Servicio de Ortopedia, le practicó la cirugía, en la cual también estuvo presente AR2, médico adscrito al Servicio de Anestesiología, sin que previamente haya sido valorada por el Área de Hematología y sin que AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 le hubieran realizado un adecuado protocolo de estudios.

Ese mismo día, cuando a V1 la regresaron a su cama después de haber sido sometida a cirugía, Q1 observó que presentaba moretones en el cuerpo, una pierna casi de color negro, dolor intenso y molestias, situación que informó a la enfermera en turno, a lo que ésta le respondió que no había médicos y que la víctima tenía que esperar.

Además, la atención médica que se otorgó a V1 durante el postoperatorio, por algunos de los servidores públicos señalados, así como por AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, médicos adscritos a los Servicios de Medicina Interna, Anestesiología y Ortopedia, fue inadecuada, ya que a pesar de la anemia y plaquetopenia severas que la víctima presentó no le transfundieron hemoderivados de manera urgente que permitieran estabilizarla, circunstancias que contribuyeron al deterioro de su estado de salud.

El 18 de agosto de 2010, el estado de salud de V1 empeoró, lo que se informó a las enfermeras en turno, las cuales indicaron que no había personal médico; sin embargo, a las 02:00 horas del 19 de agosto de 2010, le señalaron a Q1 que la víctima había fallecido y uno de los médicos residentes indicó que faltó poner mayor atención a la paciente; se señalaron como causas de muerte, en su certificado de defunción, choque séptico y neumonía intrahospitalaria.

En razón de lo anterior, el 11 de octubre de 2010, Q1 presentó una queja en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por lo que se solicitó el informe respectivo, así como la copia del expediente clínico de V1, al Director General del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, dependiente de la Secretaría de Salud Federal.

Del análisis lógico-jurídico realizado a las evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2010/5577/Q, este Organismo Nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General “Dr. Manuel

Gea González” de la Secretaría de Salud Federal, en atención a las siguientes consideraciones:

Q1 presentó un escrito de queja en el que refirió que el 9 de agosto de 2010, V1 ingresó al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, por estar programada para una artroplastia de cadera con prótesis, la cual no le fue realizada debido a que tenía las plaquetas bajas; sin embargo, a las 09:00 horas del 11 de agosto de 2010, AR1 informó que la víctima sería sometida a intervención quirúrgica; asimismo, Q1 precisó que en los días posteriores a la cirugía el estado de salud de V1 se deterioró, sin que recibiera una adecuada atención médica, lo que tuvo como consecuencia que el 19 de agosto de 2010 la víctima falleciera.

Al respecto, en el oficio DO/EJHP/068/10, del 29 de noviembre de 2010, el Jefe de la División de Ortopedia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” anexó un informe en el que se señaló que en abril de 2010 V1 fue diagnosticada con coxartrosis izquierda primaria de larga evolución, indicándole como plan de manejo una artroplastia de cadera.

En la hoja de evaluación cardiovascular preoperatoria de riesgo quirúrgico del Departamento de Medicina Interna-Cardiología, del 5 de agosto de 2010, se indicó que V1 era candidata a intervención quirúrgica, y se reportó con riesgo tromboembólico bajo, por lo que se recomendó corroborar el nivel de plaquetas; asimismo, en la nota de ingreso al Servicio de Ortopedia, del 9 de agosto de 2010, AR1, AR3, AR4 y AR5 señalaron que V1 era candidata a artroplastia; además, se le realizó una valoración preanestésica, en la que se indicó que tenía riesgo cardiovascular y tromboembólico moderados; al siguiente día, AR1 y AR6, así como AR4, señalaron las posibles complicaciones posquirúrgicas.

El perito médico de esta Comisión Nacional señaló que AR1, AR3, AR4, AR5 y AR6 omitieron realizar una exploración física intencionada y un interrogatorio completo a V1, para descartar hematomas, equimosis, petequias, sangrado fácil y hemorragias, ni la ingresaron a protocolo de estudio y valoración al Servicio de Hematología, por la plaquetopenia que presentaba y que contraindicaba que fuera intervenida quirúrgicamente, por el riesgo de sangrados incoercibles de difícil resolución.

De la lectura de la valoración preanestésica realizada a V1 el día 9 del mes y año citados, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que AR13 también omitió ingresar a la víctima a protocolo de estudio, desestimando con ello los criterios de riesgo, limitándose a indicar que podía ser sometida a cirugía y tener disponibles dos paquetes globulares.

En consecuencia, AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR13 no realizaron un adecuado protocolo de estudio a V1 y tampoco se cercioraron de la disponibilidad suficiente de hemoderivados, lo que provocó que no se integrara un diagnóstico correcto y que no se le brindara el tratamiento médico certero.

El 11 de agosto de 2010, AR1, AR2, AR4 y AR7, aún sin contar con un adecuado protocolo de estudio de V1, ni su valoración por el Servicio de Hematología que indicara una estabilización en las plaquetas, le practicaron una artroplastia total de cadera izquierda, misma que se reportó sin incidentes, indicando como plan de manejo la aplicación de enoxaparina vía subcutánea, situación que fue inadecuada porque dicho medicamento se encuentra contraindicado para pacientes que cursan con plaquetopenia por favorecer los sangrados.

De acuerdo con el registro clínico, tratamientos y observaciones de Enfermería, se advirtió que V1 fue transfundida por primera vez entre las 08:35 del 11 de agosto de 2010 y las 02:35 horas del día siguiente, con 418 y 437 ml de plaquetas, 250 y 199 ml de sangre, 198 ml de plasma y 197 ml de paquete globular; asimismo, a las 12:41, un residente de tercer año advirtió que la víctima presentó plaquetopenia y una equimosis de fácil formación, por lo que señaló la necesidad de realizarle un protocolo de estudio y suspender la enoxaparina.

El 12 de agosto de 2010, V1 fue valorada por otro médico del Servicio de Medicina Interna, quien indicó transfundirle doce concentrados plaquetarios y dos paquetes globulares, así como su valoración por parte de Cardiología, sin embargo, no se advirtió que dicho manejo se haya llevado a cabo oportuna y completamente, ya que fue hasta las 17:30 horas cuando se le transfundió solamente un paquete globular.

El 13 de agosto de 2010, AR1, AR3, AR4, AR6 y AR7 encontraron a V1 con hemoglobina de 7 gr/dl, y no hicieron pronunciamiento alguno en el sentido de que aún no se le había practicado la gammagrafía hepatoesplénica; además, omitieron solicitar una valoración por el Servicio de Hematología y la transfusión completa de la terapia sanguínea.

El 14 de agosto de 2010, AR6, AR8, AR9 y AR10 reportaron a V1 con aumento de la temperatura corporal; asimismo, al día siguiente, los análisis de laboratorio la reportaron con síntomas indicativos de sepsis y anemia severa, pero el personal médico no omitió cubrirla con antimicrobianos de amplio espectro, transfundirle hemoderivados urgentemente y solicitar su valoración por Hematología; la inadecuada atención médica continuó el 16 de agosto de 2010, por parte de AR1, AR2, AR7, AR11 y AR12; posteriormente, AR13 solicitó diferir el egreso de V1, toda vez que la encontró con plaquetopenia persistente, pero tampoco ordenó una valoración urgente por parte del Servicio de Hematología.

El 17 de agosto de 2010, V1 presentó fiebre, dolor precordial e insuficiencia respiratoria, sin embargo, no fue sino hasta el día siguiente que fue valorada por una residente, quien la encontró con un cuadro clínico de anemia severa, 5.5 grs. y cor anémico, por lo que indicó transfundir a V1 con paquetes globulares hasta mantener la hemoglobina en 10 mg/dl, realizar electrolitos séricos, electrocardiograma, curva de enzimas cardiacas, descartar hematoma en sitio quirúrgico y oxígeno por mascarilla; sin embargo, omitió solicitar de inmediato su

valoración por los Servicios de Terapia Intensiva, Hematología y Cardiología, así como una cobertura con antimicrobianos de amplio espectro.

El 18 de agosto de 2010, V1 fue valorada por AR14, quien indicó como plan de manejo continuar con transfusión de paquetes globulares, valoración por cirugía general, terapia intensiva y reportar resultados, pero omitió solicitar de manera urgente dichas valoraciones y verificar que se realizara de inmediato la terapia sanguínea; por otra parte, AR10 precisó que a V1 se le practicó una intubación orotraqueal, debido a un derrame pleural bilateral, sin que se le brindara toda la atención médica que requería con motivo de dicho cuadro clínico, por lo que el estado de salud de la víctima se deterioró.

De la lectura de la hoja de registro clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería, del 18 de agosto de 2010, se advirtió que a V1 sólo se le transfundió en dos ocasiones, siendo que lo adecuado es al menos cinco paquetes globulares, lo que tuvo como consecuencia la irreversibilidad de la descompensación hemodinámica y la evolución al infarto miocárdico; igualmente, fue hasta ese día que a la víctima se le suministró meropenem para manejar la neumonía nosocomial, cuando lo indicado era haberlo hecho desde el 14 de agosto de 2010, cuando AR6, AR8 y AR9 notaron que presentó temperatura corporal, y cuando se tuvieron los resultados de los exámenes del día 15 del mes y año citados que la reportaron con leucocitosis.

La tomografía abdominal que se le realizó a V1 el 18 de agosto de 2010 también mostró un hematoma hepático, otra complicación grave favorecida por la plaquetopenia que no fue protocolizada ni manejada adecuada y oportunamente por todos los médicos tratantes que intervinieron en el manejo de la paciente, situación que desde su ingreso contraindicaba practicarle cualquier procedimiento quirúrgico; finalmente, el 19 de agosto de 2010, V1 presentó un paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de reanimación, señalándose como causas de muerte choque séptico y neumonía intrahospitalaria.

Además, para este Organismo Nacional no pasó inadvertido que existió falta de supervisión a los médicos residentes, por lo que se dejó de observar el contenido de la NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

En este contexto, para esta Comisión Nacional la causa de muerte descrita en el certificado de defunción de V1, adicionada a las complicaciones que presentó durante su permanencia en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", consistentes en plaquetopenia, derrame pleural bilateral, hematoma hepático, cardiopatía isquémica, sangrado activo de tubo digestivo y de herida quirúrgica y la anemia severa, que no fueron valoradas ni tratadas adecuadamente por el personal que la atendió, aunado al abandono de la víctima por parte de los médicos que delegaron sus funciones a residentes e internos que no contaban con la experiencia necesaria para identificar el cuadro clínico de V1, y con ello brindarle un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, implicaron que se

negara a la paciente la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de V1.

Por lo anterior, AR1, AR2, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, médicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de la Secretaría de Salud Federal, vulneraron en agravio de V1 los derechos a la protección de la salud y a la vida.

Por lo anterior, el 24 de agosto de 2011, esta Comisión Nacional dirigió la Recomendación 47/2011 al Secretario de Salud Federal para que se reparare el daño, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”; que se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, y envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado; que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas; que gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados; que gire sus instrucciones para que el personal médico adscrito al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” supervise la atención que los internos y residentes proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas; que se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal, y que se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República.

**RECOMENDACIÓN No. 47/2011**

**SOBRE EL CASO DE INADECUADA  
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL  
GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”  
DE LA SECRETARÍA DE SALUD  
FEDERAL, EN AGRAVIO DE V1.**

México, D.F., a 24 de agosto de 2011

**DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS  
SECRETARIO DE SALUD FEDERAL  
P R E S E N T E**

Distinguido señor secretario:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2010/5577/Q, relacionados con el caso de V1.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

**I. HECHOS**

El 9 de agosto de 2010, aproximadamente a las 13:00 horas, V1 de 62 años de edad, ingresó al área de Ortopedia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal para ser intervenida quirúrgicamente de artroplastia de cadera con prótesis el día 10 de ese mismo mes y año, la cual no le fue practicada debido a que un médico internista que la revisó detectó que la víctima tenía las plaquetas muy bajas, por lo que no era operable; sin embargo, a las 09:00 horas del 11 de agosto de 2010, según el dicho de Q1, en forma repentina un grupo de médicos residentes, junto con AR1, médico adscrito al servicio de Ortopedia, le informaron que realizarían la operación, a pesar de que el

quejoso les reiteró que previamente le habían informado que la paciente tenía las plaquetas muy bajas.

Ese mismo día 11 de agosto, a las 19:00 horas, cuando regresaron a V1 a su cama después de haber sido sometida a cirugía, Q1 observó que la paciente presentaba moretones en todo el cuerpo, una pierna sumamente morada casi de color negro, dolor intenso y molestias; situación que se informó a la enfermera en turno, a lo que ésta le respondió que por el momento no había médicos y que la víctima tenía que esperar.

Al día siguiente, 12 de agosto de 2010, el estado de salud de V1 empeoró, manifestando mayor dolor, circunstancia que se hizo del conocimiento de las enfermeras en turno, las que señalaron que no había médicos y que AR1, adscrito al servicio de Ortopedia se encontraba de vacaciones, siendo éste la única persona quien la podía atender y dar las instrucciones necesarias para su tratamiento; empero, en el transcurso del día llegó un galeno del servicio de Anestesiología, de quien el quejoso no proporcionó sus datos, el cual le suministró un analgésico a la víctima.

Posteriormente, el 13 de agosto de 2010, V1 continuó sin mejoría y sin que los médicos que acudían a verla la valoraran adecuadamente; realizándole ese día, una transfusión de sangre; asimismo, el 14 y 15 de agosto de 2010, Q1 observó que su familiar se encontraba en muy malas condiciones de salud, toda vez que presentó fiebre y un color amarillento, lo que motivó que una enfermera acudiera por única ocasión a realizarle la curación de la herida postoperatoria.

El 16 de agosto de 2010, V1 se encontraba muy grave, lo que se informó a un médico residente, quien señaló que lo comentaría con los especialistas, pero que la paciente estaba programada para ser egresada ese mismo día; ante ello, Q1 solicitó al personal médico que la víctima se quedara internada y bajo observación el 17 y 18 de agosto, situación que se autorizó, siendo en la última de las fechas señaladas que acudieron los médicos temprano a la visita y ordenaron realizarle algunos estudios, ya que la víctima se encontraba muy hinchada del estómago y con dolor.

En el transcurso de la noche del 18 de agosto de 2010, el estado de salud de V1 empeoró, lo que se informó a las enfermeras en turno, las cuales indicaron de nueva cuenta que no había personal médico, por lo que Q1 fue a buscarlos; sin embargo, aproximadamente a las 02:00 horas del 19 de agosto de 2010, le señalaron que la víctima había fallecido; como respuesta uno de los médicos residentes, ante la pregunta de Q1 sobre qué había pasado, indicó que faltó poner mayor atención a la paciente; señalándose como causas de muerte, en su certificado de defunción, choque séptico y neumonía intrahospitalaria.

En razón de lo anterior, el 11 de octubre de 2010, Q1 presentó queja en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por lo que se inició el expediente CNDH/1/2010/5577/Q y se solicitó el informe respectivo, así como la copia del

expediente clínico de V1, al director general del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, dependiente de la Secretaría de Salud Federal.

## **II. EVIDENCIAS**

**A.** Queja presentada por Q1, el 11 de octubre de 2010, en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

**B.** Oficio No. SAJ/1717/2010, de 30 de noviembre de 2010, suscrito por la subdirectora de Asuntos Jurídicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en el que informó a este organismo nacional que Q1, presentó queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en donde se inició el expediente 2026/2010, y al que anexó diversa documentación, así como copia del expediente clínico de V1, de la que destacó:

**1.** Hoja de evaluación cardiovascular preoperatorio de riesgo quirúrgico de V1, elaborada el 5 de agosto de 2010 por el Departamento de Medicina Interna y Cardiología.

**2.** Nota de ingreso de V1 al servicio de Ortopedia, de 9 de agosto de 2010, en la que aparecen los nombres de AR1, AR3, AR4 y AR5, sin que se precisen sus cargos ni rúbricas.

**3.** Valoración pre-anestésica de V1, de 9 de agosto de 2010, en la que AR13, médico adscrito al servicio de Anestesiología, señaló que la víctima presentó riesgo trombo embólico moderado.

**4.** Nota médica de evolución e indicaciones de V1, de 10 de agosto de 2010, en la que aparecen los nombres de AR1 y AR6, médicos adscritos al servicio de Ortopedia, y de AR4 en la que no precisaron sus cargos ni firmaron.

**5.** Nota prequirúrgica del servicio de Ortopedia de 10 de agosto de 2010, en la que aparecen los nombres de los residentes AR3 y AR4.

**6.** Registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería de V1, de 11 de agosto de 2010.

**7.** Nota postquirúrgica en la que señaló que AR1, médico adscrito al servicio de Ortopedia, fue el responsable de la cirugía que el 11 de agosto de 2010 se le practicó a V1 y que también estuvieron presentes AR2, médico adscrito al servicio de Anestesiología, y como ayudantes AR4 y AR7.

**8.** Nota de valoración de V1, realizada el 11 de agosto de 2010 por un médico adscrito al servicio de Medicina Interna, en la que precisó la necesidad de un cambio en el plan de manejo de la víctima.



**9.** Nota de valoración de V1, realizada el 12 de agosto de 2010 por un médico adscrito al servicio de Medicina Interna, en la que ordenó suministrar a la víctima, 12 concentrados plaquetarios.

**10.** Registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería de 12 de agosto de 2010, en el que se asentó el suministro de un paquete globular de 200 ml a V1.

**11.** Nota médica de evolución e indicaciones de V1, de 13 de agosto de 2010, en la que aparecen los nombres de AR1, AR3, AR4, AR7 y AR6, en la que no precisaron sus cargos ni firmas, del que destacó que la paciente se reportó con hemoglobina de 7 gr/dl.

**12.** Nota médica de evolución e indicaciones de V1, de 14 de agosto de 2010, en la que aparecen los nombres de AR6, AR8, AR9 y AR10, médicos adscritos al servicio de Ortopedia, en la que se reportó aumento de temperatura corporal y herida quirúrgica con manchado de sangre.

**13.** Reportes de laboratorio de 15 de agosto de 2010, en los que se registró a V1 con leucocitos de 20.3, hemoglobina de 6.2 gramos y plaquetas de 71,000.

**14.** Nota de evolución e indicaciones de V1, elaborada el 16 de agosto de 2010, por AR1, AR7, AR11 y AR12, quienes omitieron suscribir y detallar sus cargos, en la que se indicó el egreso de la paciente del servicio de Ortopedia.

**15.** Nota de evolución e indicaciones de V1, elaborada el 16 de agosto de 2010, por AR13, médico adscrito al servicio de Anestesiología, en la que indicó que no se retirara el catéter a la paciente.

**16.** Registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería de 17 de agosto de 2010, en la que se detalló que el egreso de V1 se suspendió y que se le realizó una transfusión de paquete globular.

**17.** Nota médica en la que se detalló la interconsulta que hicieron dos residentes del servicio de Medicina Interna, entre ellos AR4 a V1, el 18 de agosto de 2010.

**18.** Registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería de 18 de agosto de 2010.

**19.** Nota de evolución e indicaciones de V1, en la que el 18 de agosto de 2010 AR14, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, ordenó continuar con el plan de manejo de la víctima y su valoración por otros servicios.

**20.** Nota de evolución e indicaciones en la que constó la interconsulta realizada a V1, por un médico adscrito al servicio de Medicina Interna el 18 de agosto de 2010, en la que se sugirió el suministro de Meropenem.

**21.** Nota de evolución e indicaciones de V1, realizada el 19 de agosto de 2010, con motivo de su fallecimiento.

**22.** Certificado de defunción de V1, elaborado el 19 de agosto de 2010, en el que se precisaron como causas de muerte: choque séptico y neumonía intrahospitalaria.

**23.** Oficio No. DO/EJHP/068/10, de 29 de noviembre de 2010, suscrito por el jefe de la División de Ortopedia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, a través del cual a su vez remitió un informe pormenorizado relativo a la atención médica que se proporcionó a V1, el cual no estaba firmado.

**24.** Comentario de AR1, médico adscrito al servicio de Ortopedia del mencionado hospital, sin fecha, en relación a la atención proporcionada a V1.

**C.** Opinión médica emitida el 15 de julio de 2011, por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal.

**D.** Acta circunstanciada de 18 de julio de 2011, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, hizo constar la información proporcionada por personal de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, respecto al estado en que se encontraba el expediente 2026/2010.

**E.** Acta circunstanciada de 20 de julio de 2011, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, hizo constar la llamada telefónica sostenida con Q1, en la que informó que no continuó con el trámite de la queja formulada ante la CONAMED.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

El 9 de agosto de 2010, V1 acudió al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal, por estar programada para la práctica de una artroplastia total de cadera izquierda, la que AR1, médico adscrito al servicio de Ortopedia, llevó a cabo el 11 de ese mismo mes y año, y en la que también se encontró presente AR2, médico adscrito al servicio de Anestesiología, sin ser valorada por el área de Hematología y sin que se le hubiera realizado un adecuado protocolo de estudio por AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, a pesar de que el 5 de agosto de 2010 fue reportada por personal del multicitado hospital con un descenso en el número de plaquetas (plaquetopenia), discrasia sanguínea que contraindicaba la operación debido al riesgo de sangrados de difícil resolución.

Además, la atención médica que se otorgó a V1 durante el postoperatorio, por algunos de los servidores públicos señalados en el párrafo anterior, así como por

AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, médicos adscritos a los servicios de Medicina Interna, Anestesiología y Ortopedia, respectivamente, fue inadecuada, ya que a pesar de la anemia y plaquetopenia severas que la víctima presentó, no le transfundieron hemoderivados de manera urgente que permitieran estabilizarla; circunstancias que contribuyeron al deterioro de su estado de salud y a que falleciera el 19 de agosto de 2010.

El 30 de noviembre de 2010, la subdirectora de Asuntos Jurídicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, informó a este organismo nacional que Q1 presentó queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en la que se inició el expediente 2026/2010; sin embargo, el 18 y 20 de julio de 2011, el personal de la mencionada comisión, así como Q1 precisaron que la queja se sobreseyó porque el quejoso no continuó con el trámite.

#### **IV. OBSERVACIONES**

Antes de entrar al análisis de las violaciones a derechos humanos cometidas por personal médico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en agravio de V1, es importante precisar que el hecho de que en las notas médicas que integraron el expediente clínico de la víctima no se hayan detallado los cargos del personal médico que le brindó atención, tuvo como consecuencia que este organismo nacional contemplara como servidores públicos responsables a todos aquellos cuyos nombres aparecieron en las constancias.

Con lo anterior, el personal médico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” dejó de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico, situación que ha sido una constante preocupación de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos y que ha manifestado en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011 y 39/2011, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, así como el 30 de junio del presente año, respectivamente, señalando la omisión en que incurre el personal médico cuando las notas médicas, se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, presentan exceso de abreviaturas, el nombre de los médicos tratantes es ilegible, no se precisan ni sus firmas, cargos, rangos, matrículas y especialidades, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes.

De la misma forma, en la sentencia del caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó, en el numeral 68, 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.

Ahora bien, del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2010/5577/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal, en atención a las siguientes consideraciones:

El 11 de octubre de 2010, Q1 presentó escrito de queja, en el que refirió que el 9 de agosto de 2010 su esposa, V1, ingresó al área de Ortopedia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, por estar programada para una operación de artroplastia de cadera con prótesis, la cual no le fue realizada en la fecha establecida debido a que tenía las plaquetas muy bajas; sin embargo, a las 09:00 horas del 11 de agosto de 2010, AR1, médico adscrito al servicio de Ortopedia, informó que la víctima sería sometida a intervención quirúrgica.

Asimismo, Q1 precisó que en los días posteriores a la cirugía el estado de salud de V1 se deterioró, sin que recibiera una adecuada atención médica, ya que en diversas ocasiones, el personal de Enfermería le señaló que los médicos de base no se encontraban, por lo que era atendida por residentes e internos, situaciones que según su dicho, tuvieron como consecuencia que el 19 de agosto de 2010 la víctima falleciera.

Al respecto, mediante oficio SAJ/1717/2010, de 30 de noviembre de 2010, la subdirectora de Asuntos Jurídicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, envió el oficio DO/EJHP/068/10, de 29 de noviembre de 2010, suscrito por el jefe de la División de Ortopedia del mencionado Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, al que anexó un informe pormenorizado sobre la atención médica otorgada a V1, sin estar debidamente suscrito, en el que se señaló que en abril de 2010 la víctima fue diagnosticada con un cuadro clínico de coxartrosis izquierda primaria de larga evolución por personal médico adscrito al mencionado servicio de Ortopedia, indicándole como plan de manejo una artroplastia de cadera, misma que fue programada para el 10 de agosto de 2010.

En este sentido, de acuerdo a la opinión emitida por el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del caso, la coxartrosis es un proceso degenerativo crónico y progresivo de la articulación de la cadera con desgaste del cartílago, tejidos blandos y huesos; el tratamiento es conservador con restricción mecánica, ejercicios, medicación analgésico-antiinflamatoria y prótesis de cadera, siendo la artroplastia total de cadera el procedimiento quirúrgico más efectivo y frecuente para mejorar la funcionalidad de la articulación.

Ahora bien, es importante destacar que en la hoja de evaluación cardiovascular preoperatoria de riesgo quirúrgico del Departamento de Medicina Interna-

Cardiología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de 5 de agosto de 2010, integrada al expediente clínico de V1, se indicó que la víctima era candidata a intervención quirúrgica, y se reportó con trombocitopenia de  $57 \times 10^9$ , y riesgo tromboembólico bajo, por lo que se recomendó corroborar el nivel de plaquetas.

Asimismo, en la nota de ingreso al servicio de Ortopedia de 9 de agosto de 2010, AR1, AR3, AR4 y AR5 señalaron que V1 era portadora de hipertensión arterial de larga evolución, y que inició su padecimiento dos años atrás, con dolor en cadera izquierda y lumbalgia crónica, manejada inicialmente con analgésicos, pero dada su mala evolución y la pérdida de la función por el dolor, era candidata a manejo quirúrgico por artroplastia, con la finalidad de mejorar la función articular y disminuir el dolor.

Además, en la misma fecha, a V1 se le realizó una valoración pre-anestésica, en la que se indicó como diagnóstico preoperatorio coxartrosis, cirugía programada “ATCI”, con antecedentes de presión sanguínea alta, controlada con suministro enalapril y nifedipino; asimismo, se reportó que la paciente tenía riesgos cardiovascular y tromboembólico moderados.

El 10 de agosto de 2010, AR1 y AR6, médicos adscritos al servicio de Ortopedia, así como el residente AR4, reportaron que a la exploración física encontraron a V1 asintomática, con signos vitales estables, programada para cirugía electiva de artroplastia total de cadera izquierda con prótesis no cementada, vía de abordaje posterior; agregando a su plan de manejo, cambio de antiulceroso, profilaxis antibiótica y anticoagulante, y señalando como posibles complicaciones posquirúrgicas: hemorragia transquirúrgica, infección periprotésica o de la herida, fracturas y/o lesiones neurovasculares.

En este sentido, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, señaló que la atención médica que AR1, AR5 y AR6, médicos adscritos al servicio de Ortopedia, así como los residentes AR3 y AR4, brindaron a V1 fue inadecuada, toda vez que omitieron realizar una exploración física intencionada y un interrogatorio completo a V1, con la finalidad de descartar hematomas, equimosis, petequias, sangrado fácil, hemorragia nasal, digestiva o genitourinaria.

De igual forma, los servidores públicos señalados en el párrafo anterior, omitieron ingresar a V1 a protocolo de estudio y valoración al servicio de Hematología desde el 9 de agosto de 2010, fecha en que ingresó al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, lo cual era obligatorio en atención a la edad y específicamente por la plaquetopenia que presentaba la paciente, es decir una discrasia sanguínea que evidenciaba la contraindicación de que fuera intervenida quirúrgicamente, por el riesgo de complicaciones graves como sangrados incoercibles de difícil resolución; circunstancias que debieron valorarse, ya que si bien es cierto que la artroplastia total de cadera es la indicada para mejorar la función articular y disminuir el dolor, también lo es que la coxartrosis, por ser un padecimiento crónico, degenerativo y progresivo propio de la edad, no era una urgencia de atención quirúrgica inmediata.

Al respecto, el perito médico forense de este organismo nacional indicó, en su opinión médica, que las plaquetas son las células de la sangre encargadas de la hemostasia, es decir, de cerrar los vasos sanguíneos cuando se produce una herida, formando parte del coágulo, siendo su valor normal entre 130.000 y 450.000 por microlitro; por ello, cuando se presenta el descenso patológico del número de plaquetas circulantes, conocido como plaquetopenia, esto es cuando los niveles se encuentran en 70.000 por microlitro, como en este caso, los pacientes deben ser sometidos a estudios, e incluso cuando la cifra es menor a 50.000, no se deben realizar procedimientos quirúrgicos.

Entre los estudios obligados para los casos en que un paciente presente disminución de plaquetas se encuentran la biometría hemática con recuento sanguíneo completo; cantidad de hemoglobina, glóbulos rojos, hematocrito, frotis de sangre periférica, análisis citogenético, aspiración y biopsia de médula ósea, gamagrama, policultivos y estudios histoquímicos; además, para identificar el origen de la plaquetopenia es necesario suspender los medicamentos no esenciales y realizar profilaxis antibiótica de amplio espectro, así como una transfusión de glóbulos rojos y si el hematocrito es menor de 21% o se presenta anemia, transfundir plaquetas esteroides para limitar la autodestrucción; situaciones que no se realizaron en el presente caso.

Aunado a lo anterior, de la lectura de la hoja de evaluación cardiovascular preoperatorio de riesgo quirúrgico elaborada el 5 de agosto de 2010, así como de la valoración pre anestésica realizada a V1 el 9 del mismo mes y año, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que tanto AR13, médico adscrito al servicio de Anestesiología, como el demás personal médico que elaboró las mencionadas constancias, a pesar de tener el conocimiento de la plaquetopenia con la que cursó la víctima, omitieron ingresarla a protocolo de estudio, desestimando con ello los criterios de riesgo ya señalados, y limitándose a indicar que podía ser sometida a cirugía, solicitando cruzar, tipar, así como operarse y tener disponibles dos paquetes globulares para la cirugía.

Es decir, el mencionado personal médico debió solicitar o verificar si había en existencia la cantidad necesaria de hemoderivados plaquetarios indicados para transfundir a V1, siendo en general la dosis necesaria para un paciente con las características de la víctima, de seis a diez unidades, ya que con cada una aumenta el recuento plaquetario en 7.000 ml.

En consecuencia, el hecho de que AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR13, no hayan realizado un adecuado protocolo de estudio a V1, practicándole una biometría hemática, recuento sanguíneo completo, frotis de sangre periférica, análisis citogenético, aspirado y biopsia de médula ósea, gamagrama, cultivos, así como estudios histoquímicos, tal y como lo señala la literatura médica universal, aunado a que tampoco se cercioraron de la disponibilidad suficiente de hemoderivados, provocó que no se integrara un diagnóstico correcto y con ello que no se le brindara el tratamiento médico certero, negándole la posibilidad de sobrevivir a la cual tenía derecho.

Así las cosas, el 11 de agosto de 2010, AR1, AR2, AR4 y AR7, médicos adscritos a los servicios de Ortopedia y Anestesiología, respectivamente, aún sin contar con un adecuado protocolo de estudio de V1, ni su valoración por el servicio de Hematología que indicara una estabilización en las plaquetas de la víctima, le practicaron una artroplastia total de cadera izquierda con prótesis bipolar, misma que se reportó sin incidentes, accidentes o complicaciones y con sangrado aproximado de 500 cc, indicando como plan de manejo la aplicación de enoxaparina, vía subcutánea en la nota postquirúrgica elaborada en esa misma fecha, situación que en opinión del perito médico de esta Comisión Nacional fue inadecuada toda vez que el mencionado medicamento se encuentra contraindicado para pacientes que cursan con plaquetopenia, en razón de que favorece los sangrados.

Posteriormente, de la lectura realizada por personal de esta Comisión Nacional al registro clínico, tratamientos y observaciones de Enfermería, se advirtió que V1 fue transfundida por primera vez entre las 08:35 del 11 de agosto de 2010 y las 02:35 horas del día siguiente, con 418 y 437 ml. de plaquetas, 250 y 199 ml. de sangre, 198 ml. de plasma, y 197 ml. de paquete globular.

Asimismo, fue hasta las 12:41 horas del 11 de agosto de 2010, cuando un residente de tercer año de Medicina Interna, que valoró a V1, después ser intervenida quirúrgicamente, advirtió que la víctima presentó plaquetopenia, así como una equimosis de fácil formación, por lo que señaló la necesidad de realizarle un protocolo de estudio para descartar las probables causas, y suspender el plan de manejo a base enoxaparina, medicamento que se encuentra contraindicado para pacientes que cursan con plaquetopenia.

El 12 de agosto de 2010, V1 fue valorada por otro médico adscrito al servicio de Medicina Interna, reportándola a las 10:00 horas con un cuadro clínico de trombocitopenia, postoperada de artroplastia de cadera, con hemorragia de tubo digestivo, cuatro vómitos en pozos de café y sangrado activo por el drenaje de la cadera operada, indicando como plan de manejo: ayuno, endoscopia, bolos de metilprednisolona, y transfundir doce concentrados plaquetarios y dos paquetes globulares, así como su valoración por parte del servicio de Cardiología e interconsulta al tener los resultados; sin embargo, de las evidencias allegadas a este organismo nacional, no se advirtió que dicho manejo se haya llevado a cabo oportuna y completamente, ya que fue hasta las 17:30 horas, de ese mismo día, cuando se le transfundió solamente un paquete globular, según constó en la hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería.

El 13 de agosto de 2010, AR1, AR6 y AR7, médicos adscritos al servicio de Ortopedia y los residentes AR3, AR4, valoraron a V1 con hemoglobina de 7 gr/dl., cuando lo normal es de 12 a 14 grs., sin que hicieran pronunciamiento alguno en el sentido de que aún no se le había practicado a la paciente la gammagrafía hepatoesplénica, que se le había ordenado el día anterior, además de que omitieron ordenar que el mismo fuese realizado inmediatamente, así como solicitar

una valoración por el servicio de Hematología y la transfusión completa de la terapia sanguínea.

El 14 de agosto de 2010, los médicos tratantes del servicio de Ortopedia AR6, AR8, AR9 y AR10 reportaron a V1 con aumento de la temperatura corporal, herida quirúrgica con manchado abundante de sangre; asimismo, el 15 de ese mismo mes y año, los análisis de laboratorio practicados a V1, la reportaron con leucocitosis de 20.3, cuando lo normal es de 10.0, hemoglobina de 6.2 gr. y plaquetas de 71,000, todos ellos síntomas indicativos de sepsis y anemia severa, así como con persistencia de la plaquetopenia, circunstancias que ponían en peligro inminente la vida de la víctima, sin que el mencionado personal médico, indicara como plan de manejo cubrirla con antimicrobianos de amplio espectro contra gérmenes nosocomiales, transfundirle hemoderivados de manera urgente y solicitar su valoración por el servicio de Hematología.

La inadecuada atención médica detallada en el párrafo anterior, continuó el 16 de agosto de 2010, toda vez que AR1, AR2, AR7, AR11 y AR12, médicos adscritos al servicio de Ortopedia, indicaron el egreso de V1, sin contar con un apropiado protocolo de estudio, una valoración por el servicio de Hematología y sin haberle restituido la terapia sanguínea, así como una cobertura antimicrobiana, situaciones que constaron en la nota de evaluación de indicaciones elaborada en esa misma fecha.

No obstante lo anterior, el 16 de agosto de 2010, AR13, médico adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", solicitó diferir el egreso de V1, toda vez que la encontró con plaquetopenia persistente de 71,000, limitándose a solicitar tiempos de coagulación, pero al igual que los servidores públicos señalados en el párrafo anterior, no ordenó una valoración urgente por parte del servicio de Hematología. El 17 de agosto de 2010, V1 continuó con el plan de manejo consistente en dieta para hipertenso, soluciones intravenosas, antiulceroso, analgesia en infusión, antihipertensivo, monoterapia antimicrobiana, esteroides, reguladores de la motilidad intestinal, además de que se le transfundieron dos paquetes globulares.

Además, el personal de Enfermería precisó en el registro clínico, tratamiento y observación, de 17 de agosto de 2010, que la víctima presentó fiebre, dolor precordial e insuficiencia respiratoria, urgencia grave que requería de atención médica inmediata; sin embargo, no fue sino hasta el día siguiente, que fue valorada por una residente de tercer año de Medicina Interna, quien la encontró con un cuadro clínico de anemia severa, 5.5 grs. de hemoglobina, siendo lo normal de 12 a 14 gr y cor anémico, es decir una falla cardíaca por anemia aguda y con síntomas de cardiopatía isquémica.

En este contexto, la mencionada residente de tercer año de Medicina Interna, en la nota de interconsulta de 18 de agosto de 2010, solicitó que V1 fuera transfundida con paquetes globulares hasta mantener la hemoglobina en 10 mg/dl., realizar electrolitos séricos, electrocardiograma cada doce horas, curva de



enzimas cardiacas, reposo absoluto, descartar hematoma en sitio quirúrgico, oxígeno por mascarilla en reservorio a 5 lpm; sin embargo, omitió solicitar de inmediato su valoración por los servicios de Terapia Intensiva, Hematología y Cardiología, así como una cobertura con antimicrobianos de amplio espectro contra gérmenes nosocomiales.

Posteriormente, a las 12:30 horas del 18 de agosto de 2010, V1 fue valorada por AR14, médico adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital General "Dr. Manuel González Gea", quien a su exploración física la encontró hipotensa, taquicárdica, con palidez generalizada, febril, con datos de abdomen agudo, hematoma en área quirúrgica, con alto riesgo de cardiopatía isquémica aguda por la anemia, por elevación de enzima CPK, marcador bioquímico de sufrimiento cardiaco, e indicó como plan de manejo continuar con transfusión de paquetes globulares, colocar nitroparche de liberación de 5 mg en 24 horas, valoración por cirugía general, terapia intensiva y reportar resultados de nuevas enzimas cardiacas, pero omitió solicitar de manera urgente dichas valoraciones y verificar que se realizara de inmediato la terapia sanguínea con la finalidad de estabilizarla.

No pasó desapercibido para este organismo nacional, que en la nota médica de 18 de agosto de 2010, realizada por AR10, se precisó que a V1 se le practicó una intubación orotraqueal, debido a un derrame pleural bilateral confirmado por tomografía, sin que se le brindara toda la atención médica que requería con motivo de dicho cuadro clínico, lo que para el perito médico de este organismo nacional implicó que el estado de salud de la víctima se deteriorara.

No obstante que V1 continuó con anemia severa que condicionaba y favorecía la isquemia cardiaca (hemoglobina de 5.5 grs), de la lectura del la hoja de registro clínicos, tratamientos y observaciones de Enfermería de 18 de agosto de 2010 se advirtió que sólo se le transfundió en dos ocasiones, siendo que lo adecuado era transfundir cuando menos cinco paquetes globulares con la finalidad de corregir la anemia, mejorar la oxigenación y perfusión del tejido cardiaco y mantener la hemoglobina en niveles aceptables de 10 gr/dl., ya que un paquete globular eleva un gramo la hemoglobina en la sangre, lo que tuvo como consecuencia la irreversibilidad de la descompensación hemodinámica y evolución al infarto miocárdico con el cual la víctima cursó horas después.

Igualmente, el perito médico forense advirtió que fue hasta el 18 de agosto de 2010, cuando a V1 se le suministró meropenem, para manejar el cuadro de neumonía nosocomial que presentó, cuando lo indicado era haberlo hecho desde el 14 de agosto de 2010, cuando AR6, AR8 y AR9, notaron que presentó temperatura corporal, y con mayor razón cuando se tuvieron los resultados de los exámenes de laboratorio del 15 del mismo mes y año que reportaron a la víctima con leucocitosis.

Aunado a lo anterior, la tomografía abdominal que se le realizó a V1 el 18 de agosto de 2010, también mostró un hematoma hepático, otra complicación grave favorecida por la plaquetopenia que no fue protocolizada ni manejada adecuada y

oportunamente por todos los médicos tratantes que intervinieron en el manejo de la paciente, situación que desde su ingreso contraindicaba practicarle cualquier procedimiento quirúrgico.

Finalmente, el 19 de agosto de 2010, a las 02:12 horas, V1 presentó un paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras avanzadas de reanimación, señalándose como causas de muerte en su certificado de defunción, choque séptico y neumonía intrahospitalaria; complicaciones graves que no fueron diagnosticadas ni manejadas adecuada y oportunamente por todos los médicos que valoraron a V1.

Además, no pasó desapercibido para este organismo nacional el hecho de que en el presente caso, de la lectura de las constancias que integraron el expediente clínico de V1, se advirtió que existió falta de supervisión a los médicos residentes, toda vez que varias de las notas médicas no se encuentran suscritas por el personal médico tratante, aunado a que no precisaron sus cargos, situación que implicó que se dejara de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, que en términos generales establece que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico los médicos residentes deben participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes, toda vez que se encuentran en adiestramiento.

Al respecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, emitida el 23 de abril de 2009, manifestó su preocupación en el sentido de que en muchos casos el personal médico titular delega su responsabilidad en internos de pregrado para atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, lo que aumenta de manera significativa el riesgo de que se cause un daño irreparable a la salud de los pacientes, debido a que carecen de los conocimientos y la práctica necesarios para hacer frente a determinadas circunstancias.

En este contexto, para esta Comisión Nacional la causa de muerte descrita en el certificado de defunción de V1; esto es, el choque séptico y la neumonía intrahospitalaria, adicionadas a las otras complicaciones que presentó durante su permanencia en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la Secretaría de Salud Federal, consistentes en plaquetopenia, derrame pleural bilateral, hematoma hepático, cardiopatía isquémica, sangrado activo de tubo digestivo y de herida quirúrgica y la anemia severa, que no fueron valoradas ni tratadas adecuadamente por el personal que la atendió, aunado al abandono de la víctima por parte de los médicos tratantes, de base o adscritos, que delegaron sus funciones a residentes e internos que no contaban con la experiencia necesaria para identificar el cuadro clínico de V1, y con ello brindarle un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, implicaron que se negara a la paciente la oportunidad

que tenía de vivir, convalidándose así, la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de V1.

Por lo anterior, AR1, AR2, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, médicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de la Secretaría de Salud Federal, vulneraron en agravio de V1 los derechos a la protección de la salud y a la vida contenidos en los artículos 4, párrafo tercero, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II, V y VII; 23, 27, fracción III; 32, 33 fracciones I y II, 51, y 84, de la Ley General de Salud; 4, 8, fracción II, 9, 21 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como las normas oficiales mexicanas NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas y NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Igualmente, los servidores públicos señalados en el párrafo anterior, no observaron las disposiciones relacionadas con el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En este sentido, los numerales 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1, 10.2, inciso a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

De la misma manera, AR1, AR2, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, incurrieron en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos 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, atendiendo a los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios.

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

Al respecto, esta Comisión Nacional emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirmó que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente asunto, AR1, AR2, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, médicos adscritos al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal, que atendieron a V1, debieron realizar una adecuada vigilancia clínica y práctica de estudios, que les hubiera permitido emitir un diagnóstico certero y con ello proporcionarle la atención médica y adecuada que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo, lo cual provocó su deceso.

Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública 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 deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

De igual forma, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de los médicos tratantes que intervinieron en los hechos que se consignan en el presente caso.

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.** Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a los familiares de V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos tratantes adscritos a los servicios de Ortopedia, Anestesiología y Medicina Interna del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Gire sus instrucciones para que en los hospitales de esa Secretaría a su cargo, especialmente en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, esto con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**CUARTA.** Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal, adopten

medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Gire sus instrucciones para que el personal médico adscrito al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de la Secretaría de Salud Federal, supervise la atención que los internos y residentes que se encuentran en adiestramiento, proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, y se envíen a este organismo nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal, en contra del personal médico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud Federal involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

**SÉPTIMA.** Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

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, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, 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 le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a

esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

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

**EL PRESIDENTE**  
**DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA**