



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS:

1. El 2 de diciembre de 2010, V1, mujer de 79 años de edad, sufrió una caída que le generó diversas fracturas, por ello fue trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital General "B", del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, donde el personal médico que la atendió determinó su internamiento. No obstante que el estado de salud de la víctima era delicado se limitaron a colocarle suero y omitieron practicarle intervención quirúrgica alguna, situación que se prolongó hasta el día 9 del mes y año citados, fecha en que la paciente falleció sin haber recibido la atención médica que requería.

Observaciones

2. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/ 1/2011/422/Q, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones a los derechos a la vida y a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General "B", del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en atención a lo siguiente:
3. El 2 de diciembre de 2010, V1 ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital General "B", del ISSSTE, lugar en el que fue valorada por AR1, quien la diagnosticó con fractura de los huesos de la nariz, muñeca y húmero, e indicó como plan de manejo practicar una proyección radiológica de Waters, mantener permeable la vena, monoterapia antimicrobiana, analgésicos, glicemias capilares, reportar signos vitales, cuidados generales de enfermería, vendaje de Jones y de Velepau para inmovilizar la muñeca y el hombro, así como interconsulta a los Servicios de Otorrinolaringología y Traumatología.
4. En opinión del perito médico-forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, AR1 omitió realizar un examen físico completo del estado de salud mental, revisar los signos vitales y valorar la permeabilidad de la vía aérea; aunado a ello, no inmovilizó la columna cervical ni solicitó que le fueran practicadas de manera urgente una tomografía de cráneo y las valoraciones por los Servicios de Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Maxilofacial; además, no se encontraron evidencias de que haya ordenado y verificado de manera inmediata que a V1 se le practicaran radiografías de Waters; también omitió solicitar análisis de laboratorio, para controlar los padecimientos de hipertensión y diabetes.
5. El 2 de diciembre de 2010, V1 fue valorada por AR2, quien indicó que V1 sufrió una caída y que había presentado náusea y vómito de contenido hemático e integró como diagnóstico fractura nasal, epistaxis secundaria (sangrado activo por la nariz) y hemotímpano bilateral (acumulación de

sangre en la cavidad timpánica); sin embargo, se advirtió que AR2 omitió solicitar de manera urgente una tomografía de cráneo, así como ordenar la valoración de la víctima por parte del Servicio de Neurocirugía, toda vez que el cuadro clínico evidenciaba fracturas de piso medio del cráneo.

6. Posteriormente, a las 22:30 horas del 2 de diciembre de 2010, AR3 indicó suministrar a V1 ketorolaco, una interconsulta con un especialista en maxilofacial (sin que precisara su urgencia), así como recabar su biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación y electrocardiograma, sin embargo, omitió practicar una exploración clínica completa, intencionada y dirigida. Además, en suma, AR1, AR2 y AR3 omitieron indicar qué tipo de manejos, curaciones y suturas realizaron en las heridas; por otro lado, no obstante que la víctima tenía criterios que la hacían candidata para ser trasladada al siguiente nivel de atención, no la refirieron.
7. Transcurrieron alrededor de 15 horas para que V1 fuera tratada por AR4, quien determinó que ameritaba tratamiento quirúrgico de las fracturas, sin embargo, omitió realizar una adecuada y completa exploración física a través de la toma de signos vitales; solicitar de manera urgente diversos estudios y laboratoriales de control; valoraciones por especialistas en Maxilofacial, Oftalmología y Neurocirugía; profilaxis antitrombótica, situación a la que se encontraba obligado debido a la edad de V1, y a que ésta permanecía en cama, inmovilizada y con fracturas de huesos largos, que la predisponían a sufrir un tromboembolismo, limitándose posteriormente, AR5, AR6 y AR7, a manejarla con dieta líquida, solución salina 1000 cc, para 12 horas, multivitamínicos, analgésicos, monoterapia antimicrobiana y cuidados generales de enfermería.
8. Por lo que hace a la atención médica que se proporcionó a V1, el 4 de diciembre de 2010 se encontraron dos notas respecto de las indicaciones de Urgencias, suscritas por AR7 y AR8, en las que se observó que se continuó con el mismo manejo médico, agregándose solamente un diurético hidroclorotiazida y un antiinflamatorio; ahora bien, AR9 reportó a V1 con los antecedentes citados, así como con fractura de arco cigomático derecho, dolor en la nariz y miembro torácico izquierdo; cefalea; excretas al corriente; intranquila; fascies álgica; dermoexcoriaciones en séptum nasal y hemicara derecha; cuello sin alteraciones; sin compromiso cardiopulmonar ni abdominal; miembro torácico izquierdo con férula en reposo; retorno venoso normal; asimismo, indicó que la tomografía de cráneo arrojó datos de edema cerebral sin que se visualizara circunvolución, precisando que se encontraba en espera de la resolución de sus fracturas con ingreso vigente a piso a cargo de los Servicios de Trauma y Ortopedia, Otorrinolaringología y Maxilofacial.

9. En este sentido, se observó que AR9 omitió solicitar de manera inmediata la valoración de V1 por los Servicios de Neurocirugía y Cuidados Intensivos, toda vez que el edema cerebral secundario a un traumatismo era un padecimiento urgente que ponía en peligro su vida; asimismo, no indicó el monitoreo electrocardiográfico y oximétrico continuo, ni manejo antiedema cerebral, como protectores neuronales, diuréticos, esteroides y anticonvulsivantes; aunado a ello, no proporcionó a V1 oxigenoterapia, para limitar el daño neuronal, ni indicó tomar laboratoriales de manera urgente, a fin de valorar su estado metabólico, o cuando menos considerar su traslado al siguiente nivel de atención.
10. El 6 de diciembre de 2010, V1 fue canalizada al Servicio de Medicina Interna, donde fue valorada por AR10, quien omitió realizar una exploración física completa e intencionada del estado neurológico, así como una clara y amplia descripción de las lesiones; además, no practicó una adecuada semiología para encontrar el origen de la disnea ni oxigenó inmediatamente a la víctima, así como practicar radiografías de tórax de manera urgente, y solicitar la valoración de V1, por parte de los Servicios de Ortopedia, Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología y Cuidados Intensivos.
11. Por otra parte, el 7 de diciembre de 2010, V1 fue valorada por AR4, quien determinó que ameritaba manejo quirúrgico de las fracturas, tratamiento que en opinión del perito médico-forense de este Organismo Nacional no era el adecuado en ese momento, debido al cuadro clínico de deterioro respiratorio, así como por las alarmantes bajas de hemoglobina y hematocritos, situación que debió ser sometida por AR4 a consideración del Servicio de Medicina Interna; asimismo, se observó que el citado servidor público omitió tomar los signos vitales y solicitar su valoración por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos, en atención a que las fracturas, edema cerebral, arritmia cardíaca, disnea y anemia aguda, con los cuales estaba cursando la paciente, eran criterios absolutos de ingreso al mencionado servicio.
12. Ese mismo día, V1 fue valorada por AR2, quien indicó como plan de manejo valorar el retiro del taponamiento nasal entre cinco a siete días, analizar su egreso, administrar antibiótico y antihistamínico por hemoseno, quedando pendiente interconsulta para retirar el tapón nasal, así como el inicio de lubricación nasal derecha, sin embargo, omitió realizar una adecuada valoración de la permeabilidad de la vía aérea para descartar un proceso obstructivo que condicionara la disnea, así como solicitar su valoración urgente por especialistas de Maxilofacial y Neurocirugía.
13. El 8 de diciembre de 2010, un médico residente del Área de Medicina Interna reportó a V1 con choque hipovolémico en remisión; insuficiencia renal aguda prerrenal, complicación secundaria al choque hipovolémico y acidemia metabólica compensada, es decir, una hiperacidez de la sangre arterial secundaria al déficit en la oxigenación; diabetes mellitus tipo dos

descontrolada, debido al ayuno prolongado; dolor; dificultad respiratoria; descontrol metabólico; hipertensión arterial; politraumatismos; sangrado de tubo digestivo alto por descartar; sin datos de irritación neuronal; ingurgitación yugular grado uno; rudeza a la expiración; sin síndrome pleuropulmonar; ruidos cardiacos arrítmicos, y hemodinámicamente estable con taquicardias sinusales.

14. Ese mismo día, personal de enfermería reportó a la víctima con apnea, edema de ambos miembros y policontundida; a las 12:00 horas diaforética, apneica y desaturando, y a las 21:35 horas con apoyo ventilatorio por puritán continuo, esto es, con oxigenoterapia no invasiva, saturación de oxígeno baja y taquicardia, lo que significaba que para ese momento V1 se encontraba cursando con un cuadro clínico de dificultad respiratoria severa, sin que exista evidencia alguna de que el personal médico tratante que la tenía a su cargo hubiera solicitado su valoración urgente por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos.
15. Así las cosas, el 9 de diciembre de 2010, el médico residente valoró a V1, indicando que se encontraba cursando con un choque hipovolémico en remisión, insuficiencia aguda prerrenal, acidemia metabólica, diabetes mellitus tipo dos, hipertensión arterial, politraumatismo, sangrado de tubo digestivo alto por descartar, taquicardica, con rudeza respiratoria, ruidos cardiacos arrítmicos, abdomen doloroso a la palpación, metabólico en descontrol, sin reporte de nueva gasometría y con falla renal por laboratorio, y radiológicamente con opacidad homogénea bilateral parahiliar, de origen pendiente de determinar con manejo mínimo conservador, desconociendo el tiempo con el que se cursó con hipovolemia, hipoperfusión tisular y sufrimiento renal.
16. Asimismo, indicó que V1 había estado usando antiinflamatorios no esteroideos, por lo que podría tener daño renal permanente debido a la necrosis tubular, sugiriendo tomar una nueva química sanguínea, electrolitos séricos, gasometría, solución fisiológica 1000 cc más 20 mEq de KCl para 24 horas, dieta líquida a tolerancia, agregando un frasco de albúmina cada 12 horas, furosemide, antibiótico de amplio espectro contra gérmenes nosocomiales, y analgésico; suspender ceftriaxona, quedando como interconsultante; también se omitió solicitar la valoración urgente de V1, por parte de un médico adscrito o de base del Servicio de Medicina Interna, de la Unidad de Cuidados Intensivos y de Cirugía General.
17. Finalmente, debido a las omisiones e irregularidades de los médicos tratantes, el estado de salud de V1 evolucionó hacia el deterioro, por lo que a las 18:00 horas del 9 de diciembre de 2010, personal de enfermería avisó a un médico residente que la víctima presentó una desaturación y un paro cardiorespiratorio, brindando éste las maniobras de reanimación cardiopulmonar debido a que el médico de base se encontraba en el quirófano, sin embargo, la víctima no respondió, declarándose su

fallecimiento e indicándose como causas directas de la misma en el certificado de defunción insuficiencia renal aguda prerrenal, acidemia metabólica y diabetes mellitus, y como otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte: politraumatismo e hipertensión arterial sistémica.

18. En este contexto, las omisiones en que incurrió el personal médico del Hospital General "B", del ISSSTE, implicaron que a V1 se le negara la posibilidad de sobrevivir a la que tenía derecho, teniendo como consecuencia que su estado de salud evolucionara hacia el deterioro, a grado tal que el 9 de diciembre de 2010 perdió la vida, debido a una insuficiencia renal aguda prerrenal; acidemia metabólica; complicaciones, grave la primera y mortal la segunda, derivadas de manera directa del inadecuado manejo médico de las fracturas con las que ingresó al citado nosocomio el día 2 del mes y año citados; descontrol metabólico; dificultad respiratoria, y anemia y choque hipovolémico, complicaciones que no fueron adecuadamente protocolizadas ni manejadas por los médicos tratantes que la valoraron y la tuvieron a su cargo durante los siete días de hospitalización.
19. Lo anterior permitió a esta Comisión Nacional convalidar la relación causa-efecto, entre la inadecuada atención médica y las causas directas de la muerte de V1, tales como la insuficiencia renal y la academia metabólica, toda vez que las mismas tuvieron una evolución de tan solo siete horas, según se desprende del certificado de defunción, y descartar así el hecho de que el fallecimiento estuviera vinculado con los padecimientos crónico-degenerativos de la paciente, esto es, con la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipos dos.
20. Igualmente, para este Organismo Nacional no pasó inadvertido el hecho de que la autorización de tratamiento del 4 de marzo de 2010 y varias de las notas médicas del expediente clínico de V1 presentaran irregularidades, evidenciando un incumplimiento a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico; por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 vulneraron los derechos a la vida y a la protección de la salud en agravio de V1.
21. Además de lo anterior, para esta Comisión Nacional es importante hacer un pronunciamiento en el sentido de que en el presente caso, vinculado con los agravios observados a los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se transgredieron otros de sus derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno y a la igualdad.

Recomendaciones

PRIMERA. Se repare el daño a Q1, o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General "B", del ISSSTE.

SEGUNDA. Se diseñen e impartan cursos 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, sobre todo por lo que hace a la atención de los adultos mayores, y se envíen los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

TERCERA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General "B", del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

CUARTA . Se adopten medidas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados.

QUINTA . Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

SEXTA . Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

RECOMENDACIÓN No. 15/2012

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y CONSECUENTE PRIVACIÓN DE LA VIDA, EN EL HOSPITAL GENERAL "B" DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN PACHUCA, HIDALGO, EN AGRAVIO DE V1.

México, D.F., a 26 de abril de 2012.

**LIC. SERGIO HIDALGO MONROY PORTILLO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido señor director general:

1. 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/1/2011/422/Q**, relacionados con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales 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 describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 2 de diciembre de 2010, V1 mujer de 79 años de edad, sufrió una caída que le generó diversas fracturas, por ello fue trasladada al servicio de Urgencias del Hospital General "B" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en Pachuca, Hidalgo, donde el personal médico que la atendió, según lo señaló Q1, determinó su internamiento. Ahora, no obstante que el estado de salud de la víctima era delicado se limitaron a colocarle suero y omitieron practicarle intervención quirúrgica alguna, situación que se prolongó hasta el 9 del citado mes y año, fecha en que la paciente falleció, sin haber recibido la atención médica que requería.

4. Por lo anterior, el 9 de diciembre de 2010, Q1 presentó queja ante la Comisión de Derechos Humanos del estado de Hidalgo, la cual fue turnada a este organismo nacional en razón de competencia, iniciándose para su investigación el expediente **CNDH/1/2011/422/Q**, y se solicitaron tanto los informes correspondientes, como la copia del expediente clínico de la víctima a la autoridad señalada como presuntamente responsable.

II. EVIDENCIAS

5. Queja presentada por Q1 el 9 de diciembre de 2010, ante la Comisión de Derechos Humanos del estado de Hidalgo, la cual por razón de competencia se remitió a este organismo nacional el 20 de ese mismo mes y año.

6. Constancias del expediente clínico de V1, así como diversos informes del personal médico de ese nosocomio, relacionados con la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General "B" del ISSSTE, enviadas a este organismo nacional mediante el oficio No.SG/SAD/2516/11, de 19 de abril de 2011, por el subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE de las que destacaron:

- a. Hoja de urgencias y notas de evolución de V1, elaboradas a las 17:27, 17:31, 19:30 y 22:30 horas del 2 de diciembre de 2010, por AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Hospital General "B" del ISSSTE.

- b.** Indicaciones de Urgencias a V1, realizadas a las 08:00, 15:12 y 22:00 horas del 3 de diciembre de 2010, por AR5, AR6 y AR7, médicos adscritos al Hospital General "B" del ISSSTE (de quienes solamente se precisan sus apellidos).
- c.** Nota de evolución de Traumatología y Ortopedia de V1, realizada a las 13:00 horas del 3 de diciembre de 2010, por AR4, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo.
- d.** Indicaciones de Urgencias a V1, elaboradas a las 08:00 horas del 4 y 5 de diciembre de 2010, por AR6 y AR8, médicos adscritos al Hospital General "B" del ISSSTE.
- e.** Nota de evolución de V1, realizada el 5 de diciembre de 2010, por AR9, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE.
- f.** Hoja frontal en la que se indicó como fecha de ingreso de V1 al servicio de Traumatología el 6 de diciembre de 2010, elaborada por AR4, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE.
- g.** Nota de evolución nocturna de V1, elaborada a las 23:55 horas del 6 de diciembre de 2010, por AR10, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, que no se pudo identificar porque su nombre se encuentra ilegible.
- h.** Nota médica elaborada a las 08:00 horas del 7 de diciembre de 2010, por AR11, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, que no se pudo identificar porque su nombre se encuentra ilegible.
- i.** Nota de evolución de V1, realizada a las 08:46 horas del 7 de diciembre de 2010, por AR4, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE.
- j.** Nota del servicio de Otorrinolaringología de V1, realizada por AR2, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, a las 16:30 horas del 7 de diciembre de 2010.
- k.** Nota médica de V1 elaborada a las 08:00 horas del 8 de diciembre de 2010, por AR4, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE.

- l.** Nota de evolución de V1 realizada el 8 de diciembre de 2010, por un médico residente del servicio de Medicina Interna del Hospital General “B” del ISSSTE.
- m.** Notas de evolución de V1, elaboradas el 9 de diciembre de 2010, por un médico residente del Hospital General “B” del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo.
- n.** Estudios de laboratorio practicados a V1, en el Hospital General “B” del ISSSTE, a las 02:05 horas del 9 de diciembre de 2010.
- o.** Certificado de defunción de V1, en el que se precisaron como fecha y hora de defunción las 19:10 horas del 9 de diciembre de 2010.

7. Opinión médica emitida el 6 de junio de 2011 por del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, en la que se concluyó que existió deficiencia médica en el servicio de Ortopedia del Hospital General “B” de ese Instituto, en el caso de V1, pero que la indemnización era improcedente, en razón de que no se acreditó la relación causa-efecto entre la atención médica y la muerte de la víctima, enviada a este organismo nacional a través del oficio No. SG/SAD/4987/11, de 13 de julio de 2011, suscrito por el subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE.

8. Oficio No. OICR-0845/2011 de 15 de septiembre de 2011, suscrito por la titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, mediante el cual informó a esta Comisión Nacional que con relación al caso de V1 se inició una investigación, la cual dio origen al expediente No. 1.

9. Opinión médica emitida el 12 de diciembre 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 “B” del ISSSTE.

10. Comunicación telefónica sostenida el 18 de enero de 2012 por personal de este organismo nacional con un servidor público del área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en la que precisó que el expediente No. 1 se encontraba en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

11. El 2 de diciembre de 2010, V1, mujer de 79 años de edad, ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General "B" del ISSSTE, toda vez que sufrió una caída desde su propia altura, que tuvo como consecuencia varias fracturas; posteriormente, el 9 del mismo mes y año, la víctima perdió la vida, señalándose en el certificado de defunción como causas directas de fallecimiento: insuficiencia renal aguda prerrenal, acidemia metabólica, diabetes mellitus; asimismo, se indicaron como otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte: politraumatismo e hipertensión arterial sistémica.

12. Al respecto, en la sesión ordinaria No. 11/11 celebrada el 6 de junio de 2011, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE emitió una opinión médica en la que se determinó que en el caso de V1 efectivamente existió deficiencia médica del servicio de Ortopedia del Hospital General "B" del ISSSTE; sin embargo, el pago de la indemnización fue declarada improcedente, bajo el argumento de que no se convalidó la relación causa-efecto entre la atención médica y la muerte de la víctima, toda vez que la multipatología que presentaba la llevó a su fallecimiento.

13. Aunado a lo anterior, la titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, informó a esta Comisión Nacional a través del oficio No. OICR-0845/2011 de 15 de septiembre de 2011, que con relación al caso de V1 se inició una investigación, la cual dio origen al expediente No. 1, del cual no se tiene constancia alguna sobre su determinación.

IV. OBSERVACIONES

14. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente **CNDH/1/2011/422/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones a los derechos a la vida y a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo, en atención a lo siguiente:

15. El 2 de diciembre de 2010, V1, adulta mayor de 79 años de edad, ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General "B" del ISSSTE, lugar en el que fue

valorada por AR1, quien señaló en la hoja de Urgencias como antecedentes de la víctima, diabetes e hipertensión, así como una caída desde su propia altura, sin que se especificara la hora en que ésta sucedió; asimismo, indicó que V1, tuvo una contusión directa en la cara y en la mano izquierda.

16. Además, AR1 indicó que a la exploración física de V1 la encontró con la siguiente sintomatología: consciente, orientada; pupilas isocóricas y normoflétricas; ojo derecho con colección hemática en esclerótica, es decir, con derrame sanguíneo subconjuntival; sin protrusión de globo ocular; deformidad nasal; crepitación; taponamiento de narina derecha; dermoabrasión en tabique nasal; labio superior con herida contusa sangrante; adoncia parcial y piezas dentales restantes sin datos de fractura; hombro derecho doloroso; muñeca izquierda con hematoma y deformidad; sin compromiso neurovascular aparente; miembros pélvicos eutróficos y eutérmicos; fractura de los huesos de la nariz; orbita derecha; muñeca con fractura de radio y cubito impactada y desplazada; además, fractura de cabeza de húmero desplazada, estableciendo un pronóstico reservado.

17. Por lo anterior, AR1, médico adscrita al Hospital General "B" del ISSSTE, integró como diagnóstico de V1, fractura de los huesos de la nariz, muñeca y húmero e indicó como plan de manejo, practicar una proyección radiológica de Waters, con la finalidad de descartar una fractura malar, dieta líquida, solución 500 cc para mantener permeable la vena, monoterapia antimicrobiana, analgésicos, glicemias capilares, reportar signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, vendaje de Jones y de Velepau para inmovilizar la muñeca y el hombro, respectivamente, así como interconsulta a los servicios de Otorrinolaringología y Traumatología.

18. Ahora bien, en opinión del perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, la atención médica que AR1, médico adscrita al Hospital General "B" del ISSSTE, proporcionó a V1 fue inadecuada, toda vez que omitió realizar un examen físico completo de su estado de salud mental; además, de que tampoco existió constancia alguna de que la citada servidora pública revisara los signos vitales de la paciente y valorara la permeabilidad de la vía aérea; aunado a ello, no inmovilizó la columna cervical de la víctima ni solicitó que le fueran practicadas de manera urgente una tomografía de cráneo y las valoraciones

necesarias por los servicios de Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Maxilofacial.

19. Además, no se encontraron evidencias de que AR1 haya ordenado y verificado de manera inmediata que a V1 se le practicaran radiografías de Waters, en razón del traumatismo facial que presentó, y así estar en posibilidad de evaluar los senos maxilares, los senos frontales, la etmoidal, la órbita, la sutura frontocigomática y la cavidad nasal; también omitió solicitar análisis de laboratorio, para controlar los padecimientos de hipertensión y diabetes de la víctima.

20. Ahora bien, a las 19:30 horas del 2 de diciembre de 2010, V1 fue valorada por AR2, médico adscrito al Hospital General “B” del ISSSTE, quien indicó en la nota médica respectiva que V1 sufrió una caída a las 13:00 horas de ese mismo día y que había presentado náusea y vómito de contenido hemático; agregó que a la exploración física de la víctima la encontró con: asimetría facial por equimosis; párpados y nasion con edema y laceración dérmica; pirámide no valorable por el edema; sangrado en fosa nasal derecha; y, articulación temporomandibular normal.

21. Por lo anterior, AR2, médico adscrito al Hospital General “B” del ISSSTE, integró como diagnóstico de V1, fractura nasal, epistaxis secundaria (sangrado activo por la nariz) controlado con taponamiento nasal anterior derecho y hemotimpano bilateral (acumulación de sangre en la cavidad timpánica); además, el citado servidor público indicó como plan de manejo practicar a la víctima una tomografía de macizo facial, así como estudios radiográficos para descartar hemoseno derecho (colección hemática anormal dentro de los huesos maxilar y etmoidal), una valoración por los servicios de Traumatología, Ortopedia y Maxilofacial, antibioticoterapia y analgésicos; asimismo, señaló que en caso de que se determinara el egreso de V1, ésta debería ser revalorada con tomografía y laboratoriales, acudir a consulta al servicio de Otorrinolaringología en 7 días con cuidados de taponamiento, antibiótico y antihistamínico.

22. En este sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del caso, advirtió que AR2, médico adscrito al Hospital General “B” del ISSSTE, omitió solicitar de manera urgente una tomografía de cráneo, así como ordenar la valoración de la víctima por parte del servicio de Neurocirugía, toda vez

que el cuadro clínico consistente en hemotimpano bilateral y probable hemoeseno derecho, eran signos que evidenciaba fracturas de piso medio del cráneo; además, a pesar de que V1 presentó equimosis bipalpebrales, es decir, los ojos morados, no se ordenó su valoración en el servicio de Oftalmología, limitándose a colocarle un taponamiento e indicar manejo con antibioticoterapia y analgésico.

23. Posteriormente, hasta las 22:30 horas del 2 de diciembre de 2010, es decir, cinco horas después, AR3, médico adscrito al Hospital General “B” del ISSSTE, indicó suministrar a V1, 30 miligramos de ketorolaco IV cada ocho horas, una interconsulta con un especialista en maxilofacial (sin que precisara su urgencia); así como, recabar su biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación y electrocardiograma; sin embargo, AR3, en opinión del perito médico forense de esta Comisión Nacional, omitió practicar una exploración clínica completa, intencionada y dirigida.

24. Aunado a lo anterior, AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Hospital General “B” del ISSSTE, omitieron indicar en sus notas médicas qué tipo de manejos, curaciones y suturas, realizaron en las heridas de V1; además, no obstante que la víctima tenía criterios que la hacían candidata para ser trasladada al siguiente nivel de atención, tales como colección hemática en esclerótica, herida contusa sangrante en labio superior, fractura de cabeza de húmero desplazada, fractura de los huesos de la nariz y orbita derecha, fractura impactada de radio y cubito desplazada, asimetría facial, equimosis bipalpebral, hemotímpano bilateral y hemoeseno derecho, no la refirieron, situación que propició que V1 no recibiera la atención médica de urgencia que requería y se le negara un mejor pronóstico de sobrevida al cual tenía derecho.

25. La observación realizada en el párrafo anterior, adquirió mayor relevancia en el caso de V1, toda vez que por su condición de vulnerabilidad, es decir, al ser una adulta mayor requería de atención y cuidados especiales, debido a que una persona en dicha condición presenta una reserva fisiológica disminuida, una capacidad de recuperación comprometida y frecuentemente padecen enfermedades asociadas; situación que implica que cuando una persona adulta mayor sufre fracturas, se eleve la morbilidad; además de que, son necesarios periodos prolongados de internación hospitalaria, su tratamiento debe ser inmediato y adecuado para disminuir el riesgo de complicación multisistémica.

26. En este contexto, es importante precisar que desde que V1 fue valorada a las 22:30 horas del 2 de diciembre de 2010, transcurrieron alrededor de quince horas, para que fuera tratada por personal del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General “B” del ISSSTE; específicamente por AR4, quien la encontró a las 13:00 horas del día siguiente con un cuadro clínico de: fractura subcapital de húmero derecho; fractura metafisiaria distal de radio y cúbito izquierdos; fractura de huesos nasales; diabetes tipo dos; hipertensión arterial; con dolor en ambas extremidades inferiores y en la nariz; equimosis periocular bilateral; taponamiento nasal; vendaje Velpau en hombro derecho; férula braquialpalmar izquierda tolerada y funcional; y, sin datos de compromiso neurovascular distal.

27. Al respecto, AR4 determinó que V1 ameritaba tratamiento quirúrgico de las fracturas que presentaba, previa valoración metabólica y cardiopulmonar por parte del servicio de Medicina Interna; además, en la nota de evolución, señaló que informó a los familiares de la víctima sobre el riesgo de necrosis avascular de la cabeza humeral secundaria a fractura; sin embargo, el perito médico forense de esta Comisión Nacional, observó que el citado servidor público omitió realizar una adecuada y completa exploración física a través de la toma de signos vitales.

28. Además, el citado personal médico del Hospital General “B” del ISSSTE, omitió solicitar de manera urgente diversos estudios como una tomografía de cráneo; toma de laboratoriales de control; valoraciones por especialistas en Maxilofacial, Oftalmología y Neurocirugía; profilaxis antitrombótica, situación a la que se encontraba obligado debido a la edad de V1 y a que ésta permanecía en cama, inmovilizada y con fracturas de huesos largos, que la predisponían a sufrir un tromboembolismo; limitándose AR5, AR6 y AR7, a manejarla con dieta líquida, solución salina 1000 cc, para doce horas, multivitamínicos, analgésicos, monoterapia antimicrobiana y cuidados generales de enfermería.

29. Por lo que hace a la atención médica que se proporcionó a V1, el 4 de diciembre de 2010, el perito médico forense de esta Comisión Nacional, no contó con constancias que le permitieran analizar la condición clínica de la víctima, toda vez que se omitió anexar al expediente clínico la totalidad de las notas médicas que se generaron ese día, encontrándose dos notas respecto de las indicaciones de Urgencias, suscritas por AR7 y AR8, en las que se observó que se continuó

con el mismo manejo médico, agregándose solamente un diurético hidroclorotiazida y un antiinflamatorio.

30. Ahora bien, de la lectura de la nota de evolución de 5 de diciembre de 2010, emitida por AR9, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, se advirtió que V1 fue reportada, además de los antecedentes citados en los párrafos anteriores, con: fractura de arco cigomático derecho; con dolor en la nariz y miembro torácico izquierdo; cefalea; excretas al corriente; intranquila; fascies álgica; dermoexcoriaciones en séptum nasal y hemicara derecha; cuello sin alteraciones; sin compromiso cardiopulmonar ni abdominal; miembro torácico izquierdo con férula en reposo; retorno venoso normal; asimismo, se indicó que la tomografía de cráneo arrojó datos de edema cerebral sin que se visualizara circunvolución, precisando que se encontraba en espera de la resolución de sus fracturas con ingreso vigente a piso a cargo de los servicios de Trauma y Ortopedia, Otorrinolaringología y Maxilofacial, y que su estado de salud fue reportado como muy delicado a sus familiares.

31. En este sentido, el perito médico forense de esta Comisión Nacional, observó que AR9 omitió solicitar de manera inmediata la valoración de V1 por los servicios de Neurocirugía y Cuidados Intensivos, toda vez que el edema cerebral secundario a un traumatismo que presentaba era un padecimiento urgente que ponía en peligro su vida, por lo que requería atención inmediata; asimismo, el citado médico no indicó el monitoreo electrocardiográfico y oximétrico continuo, ni manejo antiedema cerebral, como protectores neuronales, diuréticos, esteroides, y anticonvulsivantes.

32. Aunado a lo anterior, AR9 no proporcionó a V1 oxigenoterapia, situación a la cual se encontraba obligado, ya que dicho procedimiento ayuda a limitar el daño neuronal que puede producirse por la hipoxia encefálica, causada por un edema cerebral, ni indicó tomar laboratoriales de manera urgente, a fin de valorar su estado metabólico, o cuando menos considerar su traslado al siguiente nivel de atención, causando con dichas irregularidades un deterioro irreversible en la condición clínica de la víctima.

33. Posteriormente, el 6 de diciembre de 2010, V1 ingresó al servicio de Traumatología, con el diagnóstico de policontundida para tratamiento médico y

quirúrgico, indicándose como médico tratante a AR4, según se desprendió de la hoja frontal; sin embargo, debido a que se omitió anexar al expediente clínico la nota de ingreso a dicho servicio, no se pudo establecer en qué condiciones se recibió a la víctima.

34. Así las cosas, a las 23:55 horas del 6 de diciembre de 2010, V1 fue canalizada al servicio de Medicina Interna del Hospital General "B" del ISSSTE, donde fue valorada por AR10, quien a la exploración física de la víctima la encontró con un cuadro clínico de: disnea o dificultad respiratoria; tos con expectoración que no lograba sacar; presión arterial de 120/80 mm/Hg; frecuencia cardiaca 94x'; frecuencia respiratoria 40x'; afebril con sibilancias audibles a distancia; broncoespasmo severo (+++) y subcrepitos diseminados; agregando al plan de manejo de la víctima, esteroides, broncodilatadores, micronebulizaciones, mucolíticos, monitoreo cardiorespiratorio continuo, ajuste en el plan de soluciones y tomar laboratoriales, en razón de que no se contaba con los mismos.

35. Sin embargo, a pesar de que AR10, médico adscrito al servicio de Medicina Interna, el cual no se pudo identificar, reportó como grave el estado de salud de V1, pero omitió realizar una exploración física completa e intencionada de su estado neurológico, así como una clara y amplia descripción de las lesiones que presentaba, toda vez que se encontraba cursando con un edema cerebral, el cual incluso ya había sido documentado mediante tomografía; además, el citado servidor público no practicó una adecuada semiología para encontrar el origen de la disnea ni oxigenó inmediatamente a la víctima.

36. Aunado a lo anterior, AR10 prescindió de practicar radiografías de tórax de manera urgente, así como solicitar la valoración de V1, por parte de los servicios de Ortopedia, Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología y Cuidados Intensivos; asimismo, no pasó desapercibido para este organismo nacional el hecho de que la víctima fue valorada por el servicio de Medicina Interna, debido a la petición realizada por un médico interno de pregrado.

37. Por otra parte, a las 08:46 horas del 7 de diciembre de 2010, V1 nuevamente fue valorada por AR4, médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, quien la reportó con: fractura metafisiaria distal de radio y cúbito izquierdo; fractura subcapital de húmero derecho; fractura facial; disnea y dolor en antebrazo

izquierdo; intranquila; palidez de piel y tegumentos; mucosas subhidratadas; equimosis y edema bipalpebral, así como en pirámide nasal; oxígeno por puntas nasales; hombro derecho con deformidad, equimosis y limitación funcional; miembro torácico izquierdo con férula braquial tolerada y funcional; campos pulmonares con disminución de los movimientos de amplexión y amplexación; polipneica; estertores subcrepitantes basales bilaterales, y sin síndrome pleuropulmonar.

38. En este sentido, AR4 determinó que V1 ameritaba manejo quirúrgico de las fracturas que presentaba, tratamiento que en opinión del perito médico forense de este organismo nacional que conoció del caso, no era el adecuado en ese momento, debido al cuadro clínico de deterioro respiratorio de la víctima, así como por las alarmantes bajas de hemoglobina de Hb 4.8, cuando lo normal es de 12-14 gr/dl, y de hematocritos, que se encontraban en 14.3; situación que debió ser sometida por AR4 a consideración del servicio de Medicina Interna, además de que el citado servidor público omitió requerir la valoración del servicio de Cirugía Maxilofacial.

39. Al respecto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional señaló, en su opinión emitida el 12 de diciembre de 2011, que AR4 debió haber informado a los familiares de V1 sobre el plan de manejo ortopédico cuando ésta se encontrara en condiciones óptimas, y en caso de que las mismas no llegaran a ser las adecuadas, indicar que se manejaría conservadoramente, solicitando tipar y cruzar dos concentrados eritrocitarios; asimismo, se observó que el citado servidor público omitió tomar los signos vitales de la víctima y solicitar su valoración por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos, en atención a que las fracturas, edema cerebral, arritmia cardíaca, disnea y anemia aguda de 4.8 gr/dl, con los cuales estaba cursando la paciente, eran criterios absolutos de ingreso al mencionado servicio; además, destacó el hecho de que AR4, no indicara que se tomaran estudios radiográficos de tórax a V1, a fin de descartar un proceso neumónico que pudiera condicionar la disnea.

40. Ese mismo día, 7 de diciembre de 2010, a las 16:30, V1 fue valorada por AR2, médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología, quien la encontró entre otros aspectos con: reporte de tomografía que mostraba pérdida de la continuidad ósea en huesos propios nasales; opacidad de la fosa nasal derecha; presencia de

isodensidad en maxilar derecho, así como en las dos celdas etmoidales; resto neumatizado sin datos; pérdida ósea maxilar en su porción nasal, rama ascendente y etmoidal; asimismo, AR2 ratificó su diagnóstico inicial, esto es, la fractura nasal, epistaxis nasal, hemotímpano bilateral a descartar hemoseno derecho.

41. AR2 indicó como plan de manejo de V1, valorar el retiro del taponamiento nasal entre cinco a siete días, así como analizar su egreso, administrar antibiótico y antihistamínico por hemoseno, durante diez a quince días, quedando pendiente interconsulta para retirar el tapón nasal, así como el inicio de lubricación nasal derecha; sin embargo, en opinión del perito médico forense de este organismo nacional, el citado servidor público omitió realizar una adecuada valoración de la permeabilidad de la vía aérea para descartar un proceso obstructivo que condicionara la disnea que presentaba la víctima, así como solicitar su valoración urgente por especialistas de Maxilofacial y Neurocirugía, ya que cursaba con hemoseno (colección hemática dentro de los huesos maxilar y etmoidal) y fracturas del macizo facial.

42. Posteriormente, el 8 de diciembre de 2010, un médico residente del área de Medicina Interna reportó a V1 con: choque hipovolémico en remisión, condición clínica esperada en esta paciente con anemia aguda grave; insuficiencia renal aguda prerrenal, complicación secundaria al choque hipovolémico; acidemia metabólica compensada, es decir, una hiperacidez de la sangre arterial secundaria al déficit en la oxigenación; diabetes mellitus tipo dos descontrolada, debido al ayuno prolongado; dolor; dificultad respiratoria; descontrol metabólico; hipertensión arterial; politraumatismos; sangrado de tubo digestivo alto por descartar; sin datos de irritación neuronal; ingurgitación yugular grado uno; rudeza a la expiración; sin síndrome pleuropulmonar; ruidos cardiacos arrítmicos; y hemodinámicamente estable con taquicardias sinusales.

43. Igualmente, el citado médico residente del servicio de Medicina Interna precisó que el día anterior le habían sido transfundidos a V1, dos concentrados eritrocitarios y que se encontraba pendiente de practicarsele una radiografía de tórax, así como una gasometría de control; sugiriendo como plan de manejo continuar con solución fisiológica con 20 mEq de cloruro de potasio para veinticuatro horas, realizar un monitoreo cardiaco, una química sanguínea,

administrar electrolitos séricos, así como estar al pendiente del control de líquidos, y transfundirle un paquete globular.

44. A las 08:00 horas de ese mismo día, es decir 8 de diciembre de 2010, personal de enfermería reportó a la víctima con apnea, edema de ambos miembros y policontundida; a las 12:00 horas diaforética, apneica y desaturando, y a las 21:35 horas con apoyo ventilatorio por puritán continuo, esto es con oxigenoterapia no invasiva, saturación de oxígeno baja y taquicardia, lo que significaba que para ese momento V1 se encontraba cursando con un cuadro clínico de dificultad respiratoria severa, sin que exista evidencia alguna de que el personal médico tratante que la tenía a su cargo hubiera solicitado su valoración urgente por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos.

45. Así las cosas, el 9 de diciembre de 2010, el citado médico residente del Hospital General "B" del ISSSTE, valoró a V1, indicando que se encontraba cursando con un choque hipovolémico en remisión, insuficiencia aguda prerrenal, acidemia metabólica, diabetes mellitus tipo dos, hipertensión arterial, politraumatismo, sangrado de tubo digestivo alto por descartar, taquicardica, con rudeza respiratoria, ruidos cardiacos arrítmicos, abdomen doloroso a la palpación, metabólico en descontrol, sin reporte de nueva gasometría y con falla renal por laboratorio, toda vez que tenía creatinina de 4.9 g/dl, siendo lo normal 1.2 g/dl, Hb 10.5 mg/dl y HTO 30.5, y radiológicamente con opacidad homogénea bilateral parahiliar, de origen pendiente de determinar con manejo mínimo conservador, desconociendo el tiempo con el que se cursó con hipovolemia, hipoperfusión tisular y sufrimiento renal.

46. Asimismo, el médico residente indicó que V1 había estado usando antiinflamatorios no esteroideos, por lo que podría tener daño renal permanente debido a la necrosis tubular, sugiriendo tomar una nueva química sanguínea, electrolitos séricos, gasometría, solución fisiológica 1000 cc más 20 mEq de KCl para veinticuatro horas, dieta líquida a tolerancia, agregando un frasco de albúmina cada doce horas, furosemide, antibiótico de amplio espectro contra gérmenes nosocomiales, y analgésico, suspender ceftriaxona, quedando como interconsultante.

47. Al respecto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional observó que el citado médico residente, omitió en sus valoraciones de 8 y 9 de diciembre de 2010, solicitar la valoración urgente de V1, por parte de un médico adscrito o de base del servicio de Medicina Interna, de la Unidad de Cuidados Intensivos y de Cirugía General, en virtud de que cursaba con insuficiencia renal aguda, la cual se encontraba documentada ampliamente, así como un sangrado de tubo digestivo alto, proceso séptico agregado que se confirmó por exámenes de laboratorio practicados el 9 del mencionado mes y año, que reportaron una leucocitosis de 19,800 (siendo lo normal hasta 10,000), acidemia metabólica, múltiples fracturas no tratadas y dificultad respiratoria severa.

48. Finalmente, debido a las omisiones e irregularidades de los médicos tratantes, el estado de salud de V1 evolucionó hacia el deterioro, por lo que, a las 18:00 horas del 9 de diciembre de 2010, personal de enfermería avisó a un médico residente que la víctima presentó una desaturación y un paro cardiorrespiratorio, brindando éste las maniobras de reanimación cardiopulmonar debido a que el médico de base se encontraba en el quirófano; sin embargo, la víctima no respondió a las mismas, declarándose su fallecimiento a las 19:00 horas e indicándose como causas directas de la misma en el certificado de defunción: insuficiencia renal aguda prerrenal, acidemia metabólica y diabetes mellitus, y como otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte: politraumatismo e hipertensión arterial sistémica.

49. Sin embargo, no pasó desapercibido para este organismo nacional el hecho de que en el presente caso, en diversas ocasiones, existió abandono de la paciente por parte de los médicos tratantes de base o adscritos, que delegaron sus funciones a médicos 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.

50. Al respecto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, señaló en la recomendación 47/2011, emitida el 24 de agosto del año pasado, el hecho de que la falta de supervisión a los médicos residentes implica un incumplimiento a 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.

51. Igualmente, en la recomendación 53/2011, emitida el 30 de septiembre de 2011, este organismo nacional destacó la importancia del contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, en la que se establece que en la enseñanza tutorial proporcionada a los alumnos (internos) no se les debe exponer a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal.

52. Además, 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.

53. En este contexto, las omisiones en que incurrió el personal médico del Hospital General "B" del ISSSTE, implicaron que a V1 se le negara la posibilidad de sobrevivir a la que tenía derecho, teniendo como consecuencia que su estado de salud evolucionara hacia el deterioro, a grado tal que el 9 de diciembre de 2010, perdió la vida, debido a una insuficiencia renal aguda prerrenal, acidemia metabólica, complicaciones, grave la primera y mortal la segunda, derivadas de manera directa del inadecuado manejo médico de las fracturas con las que ingresó al citado nosocomio el 2 de ese mes y año, al descontrol metabólico, a la dificultad respiratoria, anemia y choque hipovolémico, complicaciones que no fueron adecuadamente protocolizadas, ni manejadas por los médicos tratantes que la valoraron y la tuvieron a su cargo durante los siete días de hospitalización.

54. Lo anterior, permitió a esta Comisión Nacional convalidar la relación causa-efecto, entre la inadecuada atención médica y las causas directas de la muerte de

V1, tales como la insuficiencia renal y la acidemia metabólica, toda vez que las mismas tuvieron una evolución de tan solo 7 horas según se desprende del certificado de defunción, y descartar así el hecho de que el fallecimiento estuviera vinculado con los padecimientos crónico degenerativos de la paciente, esto es con la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipos dos.

55. No es obstáculo para llegar a la anterior conclusión, el hecho de que en la sesión ordinaria No. 11/11 del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, celebrada el 6 de junio de 2011, se determinara que en el caso de V1 efectivamente existió deficiencia médica del servicio de Ortopedia del Hospital General “B” del ISSSTE, y a la vez que el pago de la indemnización fuera declarado improcedente, bajo el argumento de que no se convalidó la relación causa-efecto entre la atención médica y la muerte de la víctima, toda vez que la multipatología que presentaba la llevaría a su fallecimiento.

56. Además, el perito médico forense de este organismo nacional que conoció del asunto, observó que el personal médico del Hospital General “B” del ISSSTE, que valoró y trató a V1, entre el 2 y 9 de diciembre de 2010, omitió cumplir con la indicación y objetivo de la hospitalización, esto es con realizar un diagnóstico y otorgar un tratamiento adecuados, oportunos y especializados; aunado a que dejaron de observar el contenido del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, en el sentido de que no refirieron a la víctima a un hospital de tercer nivel, donde le otorgaran la atención multidisciplinaria que requería, en razón de que el estado de salud de V1 era grave, tenía diversos tipos de fracturas, padecimientos crónicos degenerativos y edad avanzada.

57. En este contexto, cobró vigencia lo señalado por esta Comisión Nacional en la recomendación 85/2011, emitida el 16 de diciembre de 2011, en el sentido de que los médicos tratantes fueron omisos en el cumplimiento del objetivo de la referencia-contrarreferencia, que es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

58. Igualmente, no pasó desapercibido para este organismo nacional el hecho de que la autorización de tratamiento de 4 de marzo de 2010, presentara las siguientes irregularidades: 1) No se apreciara la firma respectiva del personal médico tratante, 2) Se omitieran detalles de la hospitalización y tratamientos, y 3) No se indicaran los nombres de los testigos ni sus firmas; asimismo, llamó la atención el hecho de que varias de las notas médicas del expediente clínico generado en el Hospital General “B” del ISSSTE, con motivo de la atención médica proporcionada a V1, presentaran irregularidades como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de membrete de la unidad médica para su identificación y de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes, evidenciando un incumplimiento a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

59. Las irregularidades mencionadas son una constante preocupación de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

60. Situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 53/2011, 58/2011, 76/2011, y 85/2011, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, 30 de junio, 30 de septiembre, 27 de octubre, 9 y 16 de diciembre de 2011, respectivamente, en las que se señalaron precisamente las omisiones en las que incurren el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

61. La sentencia del caso “*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del

enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. Pronunciamiento que además, resulta obligatorio para el Estado mexicano de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

62. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, 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.

63. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, médicos adscritos al Hospital General "B" del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo, vulneraron los derechos a la vida y a la protección de la salud en agravio de V1, contenidos en los artículos 4, párrafo cuarto y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III, X y XI; 32, 33, 51, y 77, Bis 9, fracción V, de la Ley General de Salud; 48, 71 y 72, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1, 44 y 45, del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de las Normas Oficiales Mexicanas, NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, y NOM-234-SSA1-2003, sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.

64. Igualmente, los servidores públicos señalados en el párrafo anterior no observaron las disposiciones relacionadas con los derechos a la protección de la salud y a la vida, 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.

65. En este sentido, los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, XI y XVI, 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; 10.1, 10.2, incisos a) y f) y 17, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; ratifican el contenido del artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el sentido de que para asegurar que las personas disfruten del más alto nivel de salud el Estado tiene la obligación de otorgar un servicio médico de calidad y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

66. De la misma manera, el personal médico del Hospital General “B” del ISSSTE, incurrió 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.

67. 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.

68. En este sentido, 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 afirma 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.

69. 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, el personal médico del Hospital General "B" del ISSSTE, debió realizar una adecuada valoración y diagnóstico oportuno que le hubiera permitido proporcionar a V1 la atención médica 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.

70. Además de lo anterior, para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos es importante hacer un pronunciamiento en el sentido, de que en el presente caso, vinculado con los agravios observados a los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se transgredieron otros de sus derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno y a la igualdad.

71. En este sentido es importante precisar que por derecho a la protección de la salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se entiende un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia; es decir, que una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

72. En relación a lo anterior, los artículos 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2.1 y 26, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 2.2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 11.1, 24, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 1, 2 y 7, 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; y II, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en términos generales, prohíben toda discriminación, específicamente

aquella motivada por la edad y condiciones de salud, que atenten contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular y menoscabar los derechos y libertades de las personas; es decir, que contemplan por una parte el derecho a la no discriminación (igualdad) y por otra a un trato digno.

73. Específicamente el artículo 17 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad, por lo que los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica.

74. En este sentido, en el presente caso se evidenció una falta de sensibilización en el trato que se proporcionó a V1, adulta mayor, en dos momentos: 1) en el abandono de paciente, del cual fue objeto V1, por parte del personal médico del Hospital General "B" del ISSSTE que la atendió; y, 2) en la opinión médica emitida el 6 de junio de 2011, por el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, donde se señaló que a pesar de haber existido una deficiencia médica en el servicio de Ortopedia del citado nosocomio el pago de la indemnización no era procedente en razón de que la multipatología que V1 presentó la llevaría a la muerte.

75. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud, señala que el personal de enfermería y otros trabajadores relacionados con la atención médica en hospitales, clínicas, asilos de personas mayores y otros establecimientos deben estar familiarizados con los derechos de las personas mayores, practicarlos y asegurarse de que esos derechos se respeten y se protejan en cada caso de contacto con personas mayores. Los trabajadores relacionados con la atención médica deben tener en cuenta que pueden ser la última línea de defensa para proteger la integridad física, psicológica y moral de las personas mayores que no pueden cuidar de sí mismas. Si estos trabajadores son testigos de alguna violación, deben actuar para detenerla y reportarla ante los funcionarios responsables.

76. Además, resulta oportuno mencionar la tesis aislada P. XVI/2011, del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, novena época, tomo XXXIV, agosto de 2011, página

29, con el rubro: **DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR LAS MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN**, en la que se establece que:

“Del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de

que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud”.

77. 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.

78. Al respecto, el artículo 3, fracción XXII, del Reglamento de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado indica que, el Instituto será corresponsable, objetivamente, con el personal médico en las acciones y omisiones en la prestación de los servicios de salud a los pacientes.

79. De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen 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 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, además de formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal del Hospital General “B” de ese Instituto.

80. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a Q1, o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General "B" del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo, involucrado en los hechos, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones para que en los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General "B" del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo, 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, sobre todo por lo que hace a la atención de los adultos mayores, 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 "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, 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 "B" del ISSSTE 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. 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.

SEXTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, en contra del personal involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

81. 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.

82. 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.

83. 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.

84. 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.

85. No omito manifestarle, que en términos de lo dispuesto en el artículo 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todo servidor público está obligado a responder las recomendaciones que le presente esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos; previniéndolo, de que este organismo nacional, ante una respuesta negativa de su parte, podrá solicitar a la Cámara de Senadores o en sus recesos a la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, que tanto usted como los servidores públicos responsables, comparezcan ante dicho órgano legislativo a efecto de que expliquen los motivos de esa determinación.

EL PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA