

Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

RECOMENDACIÓN No. 22/2014

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

México, D.F., a 13 de junio de 2014.

**DR. CÉSAR ATHIÉ GUTIÉRREZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”**

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/1/2013/5404/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 23 de mayo de 2013, V1, varón de 55 años de edad, presentó dolor en el glúteo izquierdo, por lo que acudió al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, ubicado en el Distrito Federal, donde un médico lo diagnosticó con un cuadro clínico de hemorroides externas, sin datos de estrangulamiento con absceso perianal.

4. Ahora bien, de acuerdo a lo señalado por Q1 (hija de V1), al día siguiente, a la víctima se le reventó “*el absceso que tenía*”, presentando sangrado, por lo que acudió al servicio de Urgencias del mencionado nosocomio, donde un médico lo diagnosticó con un cuadro clínico de absceso en glúteo izquierdo.

5. Posteriormente, el 27 de mayo de 2013, V1 se presentó a consulta externa al área de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, donde fue valorado por un médico, quien le informó que debían intervenirle de manera urgente ya que su diagnóstico había cambiado y presentaba un cuadro clínico de gangrena de *Fournier* perineal (forma específica de fascitis necrotizante sinérgica, rápida, progresiva y de origen multibacteriano que afecta principalmente las regiones perineal, genital o perianal y la pared abdominal; con punto de partida genitourinario, colorectal o idiopático. Todo ello, acompañado de gangrena de piel de dichas áreas debida a trombosis de vasos sanguíneos subcutáneos, que afecta desde recién nacidos hasta adultos mayores).

6. V1 ingresó al servicio de Cirugía Urgencias con los antecedentes de diabetes mellitus tipo II y *Fournier* perineal, lugar en el que se llevó a cabo la intervención quirúrgica, reportando como hallazgo: “*fascitis necrotizante extensa que involucra base de escroto y base de pene*”.

7. El 29 de mayo de 2013, V1 fue sometido a un nuevo procedimiento quirúrgico; sin embargo, el médico especialista del servicio de Anestesiología reportó que al momento de pasarlo de posición *decúbito supino* a *dorso* de la camilla presentó un paro cardiorrespiratorio (post anestésico), razón por la cual el médico tratante le brindó maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, durante aproximadamente 10 minutos.

8. El 30 de mayo de 2013, la víctima fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronario, y al día siguiente fue reportada por los médicos tratantes “*en estado vegetativo*” (*sic*) y encefalopatía hipóxica isquémica, postoperado de drenaje de fascitis necrotizante perianal, periné y base del pene, con ventilación mecánica asistida, por lo que continuó hospitalizado, a fin de realizarle diversos estudios y valoración por especialistas en Neurología e Infectología, entre otros.

9. Al respecto, Q1 señaló que fue hasta el 13 de junio de 2013, que les fue informado que su familiar tenía muerte cerebral; además, al día siguiente les confirmaron que V1 necesitaba ser sometido a otro procedimiento quirúrgico a fin de colocarle una sonda por la cual se le suministraría alimento; los médicos

agregaron que el daño en el estado de salud de la víctima era irreversible por lo que sería dada de alta.

10. Toda vez que Q1 consideró que su familiar no estaba recibiendo la atención médica que requería, el 24 de junio de 2013, presentó queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por lo que se inició el expediente CNDH/1/2013/5404/Q y se solicitaron los informes correspondientes a la Unidad Jurídica y a la Dirección General del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud.

11. V1 permaneció hospitalizado en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, pero siendo las 18:35 horas del 2 de octubre de 2013, perdió la vida, señalándose como causa de su muerte en el certificado de defunción: choque séptico debido a infección de tejidos blandos.

II. EVIDENCIAS

12. Notas de envío a consulta externa de V1, elaboradas los días 23 y 24 de mayo de 2013, por un médico residente y personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, respectivamente, enviadas a este organismo nacional por Q1, mediante correo electrónico de 9 de diciembre de 2013.

13. Queja presentada el 24 de junio de 2013 por Q1, ante esta Comisión Nacional.

14. Entrevistas realizadas el 25 de junio de 2013 a personal adscrito al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud, así como a Q1, y consulta del expediente clínico de V1, por una visitadora adjunta y dos peritos médicos de este organismo nacional.

15. Entrevistas efectuadas el 10 de julio de 2013, a servidores públicos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud, así como a Q1, por personal de este organismo nacional.

16. Comunicación telefónica sostenida el 9 de septiembre de 2013, entre personal de este organismo nacional y Q1.

17. Entrevistas realizadas el 10 de septiembre de 2013 por personal de este organismo nacional con un familiar de V1 y servidores públicos en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud.

18. Constancias del expediente clínico de V1 generado con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, e informes rendidos por personal de ese nosocomio, enviados a este organismo nacional a través del oficio No. SJ/PEN/883/13 de 17 de septiembre de 2013, suscrito por la subdirectora de la Coordinación Penal, de los que destacaron:

18.1. Nota de ingreso de Cirugía Urgencias de V1, elaborada a las 14:00 horas del 27 de mayo de 2013, por AR2, médico cirujano general adscrito a esa unidad del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

18.2 Nota de ingreso a Coloproctología de V1, emitida el 27 de mayo de 2013, por médicos residentes del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

18.3. Dictado de operación de V1, realizado el 27 de mayo de 2013, por un médico cirujano adscrito al Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

18.4. Informe sin número de 10 de septiembre de 2013, suscrito por el jefe de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

19. Comunicación telefónica sostenida el 7 de octubre de 2013, entre personal de esta Comisión Nacional y Q1, quien informó que V1 había fallecido el 2 de octubre de ese año, en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

20. Entrevistas realizadas los días 12 y 13 de noviembre de 2013, por personal de este organismo nacional con un servidor público del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" perteneciente a la Secretaría de Salud, a quien se le solicitó copia completa del expediente clínico de V1.

21. Comunicación telefónica sostenida el 26 de noviembre de 2013, entre Q1 y personal de esta Comisión Nacional.

22. Comunicación telefónica sostenida el 28 de noviembre de 2013, entre personal de este organismo nacional y un servidor público del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

23. Constancias del expediente clínico de V1 generado con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", perteneciente a la Secretaría de Salud, enviado a este organismo nacional a través del oficio No. SJ/PEN/1146/13 de 3 de diciembre 2013, suscrito por la subdirectora de la Coordinación Penal del mencionado nosocomio, del que destacaron:

23.1. Hoja de valoración inicial adultos de V1, realizada a las 14:35 horas del 24 de mayo de 2013, por AR1, médico adscrito al servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

23.2. Carta de consentimiento bajo información para cirugía, de 27 de mayo de 2013, suscrita por V1, un familiar y un médico adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

23.3. Hojas de indicaciones de Coloproctología respecto de V1, elaboradas los días 27 y 28 de mayo de 2013, por AR2 y otros médicos adscritos al mencionado servicio del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.4. Hoja de evolución de V1, de 28 de mayo de 2013, suscrita por médicos adscritos al servicio de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.5. Nota post-operatoria de V1, emitida el 29 de mayo de 2013, por un médico cirujano supervisor y dos residentes adscritos al servicio de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.6. Nota postanestésica de V1, realizada el 29 de mayo de 2013, por AR3, médico especialista del servicio de Anestesiología, así como por un residente, ambos adscritos al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.7. Nota de paro cardiorrespiratorio de V1, elaborada a las 20:35 horas del 29 de mayo de 2013, por un médico del servicio de Coloproctología, así como por un residente, ambos adscritos al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.8. Nota postanestésica de V1, elaborada el 29 de mayo de 2013, por médicos adscritos al Servicio de Anestesiología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.9. Nota de evolución del servicio de Coloproctología de V1, emitida el 30 de mayo de 2013, por personal médico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.10. Nota de ingreso e historia clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios respecto de V1, elaborada el 30 de mayo de 2013 por un médico cardiólogo y dos residentes del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.11. Nota de evolución de V1, realizada el 31 de mayo de 2013, por personal médico adscrito al servicio de Coloproctología y un residente del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.12. Nota de evolución y entrega de guardia de V1, elaborada el 31 de mayo de 2013 por médicos residentes adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.13. Nota de Coloproctología respecto de V1, emitida el 1 de junio de 2013 por personal médico adscrito al mencionado servicio, del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.14. Dictado de operación de V1, realizada el 2 de junio de 2013 por personal médico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.15. Notas médicas de V1, elaboradas los días 3 y 4 de junio de 2013 por personal médico adscrito a los servicios de Coloproctología y Cardiología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.16. Notas médicas de entrega de guardia de V1, realizadas los días 5 y 10 de junio de 2013 por personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.17. Notas médicas de evolución y de coloproctología de V1, elaboradas los días 6, 7, 9 y 10 de junio de 2013 por personal médico adscrito a ese servicio, así como al de Cardiología e Infectología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.18. Notas médicas de Coloproctología de V1, elaboradas los días 14, 17, 18, 19, 26 y 29 de junio, así como el 1 de julio de 2013, emitidas por personal médico adscrito al mencionado servicio del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.19. Notas médicas de evolución V1, elaboradas los días 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 23, 24, 26 y 30 de julio de 2013 por personal adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.20. Notas médicas de evolución de V1, realizadas los días 3, 8, 9, 12, 16, 19, 21, 22, 23, 24 y 30 de agosto de 2013, por personal adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.21. Notas médicas de evolución de V1, emitidas los días 1, 2, 3, 4, 7, 9, 11, 13, 15 y 17 de septiembre de 2013 por personal adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.22. Nota médica de V1, elaborada el 20 de septiembre de 2013 por personal médico adscrito al servicio de Infectología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.23. Notas médicas de evolución de V1, realizadas los días 24, 25, 29 y 30 de septiembre, así como el 1 de octubre de 2013, por personal adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

23.24. Certificado de defunción de V1, en el que se señalaron las 18:35 horas del 2 de octubre de 2013 como hora y fecha del fallecimiento, y se precisó como causa de muerte: choque séptico debido a infección de tejidos blandos.

24. Informe No. SJ/PEN/0034/13 de 14 de enero de 2014, enviado a este organismo nacional por la subdirectora de la Coordinación Penal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el cual adjuntó:

24.1. Informe No. DGAM/62A93/13 de 9 de diciembre de 2013, suscrito por AR3, médico del servicio de Anestesiología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

24.2. Informe No. DGAM/0190/14 de 14 de enero de 2014, suscrito por el director general adjunto Médico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el cual precisó no contar con nota de atención médica proporcionada a V1 el 23 de mayo de 2013.

25. Entrevistas realizadas el 12 de diciembre de 2013 por personal de este organismo nacional con servidores públicos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud.

26. Comunicaciones telefónicas sostenidas los días 9 y 14 de enero de 2014, entre personal de este organismo nacional y servidores públicos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

27. Comunicación telefónica sostenida el 14 de enero de 2014, entre Q1 y personal de esta Comisión Nacional.

28. Opinión médica emitida el 20 de enero de 2014 por peritos médicos adscritos a la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1, en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud.

29. Comunicación telefónica sostenida el 6 de febrero de 2014, entre personal de esta Comisión Nacional y Q1, quien señaló estar acudiendo a pláticas de Tanatología y que no ha presentada queja y/o denuncia con motivo de los hechos cometidos en agravio de V1 ante autoridad alguna.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

30. El 23 de mayo de 2013, V1 acudió al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud, por presentar dolor en el glúteo izquierdo; el médico lo encontró con un cuadro clínico de absceso en la región perianal y hemorroides externas. Al día siguiente, la víctima ingresó al servicio de Urgencias del mencionado nosocomio, donde fue diagnosticada con un cuadro clínico de absceso en glúteo izquierdo y dada de alta.

31. El 27 de mayo de 2013, personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” diagnosticó a V1 con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y *Fournier* perineal, indicando como plan de manejo realizarle una intervención quirúrgica, misma que se practicó en esa fecha, en la cual se observó que la víctima presentaba *fascitis* necrotizante extensa que involucraba al periné, así como a las bases del escroto y del pene. Con ello, se confirmó que estaba cursando con un proceso infeccioso severo, manifestado de manera temprana con un absceso

perianal y del perineo que no fue adecuadamente diagnosticado ni manejado desde el primer día que asistió al mencionado nosocomio.

32. Así las cosas, el 29 de mayo de 2013, V1 fue sometido a nuevo procedimiento quirúrgico; sin embargo, al momento de pasarlo de posición *decúbito supino* a *dorso* de la camilla presentó un paro cardiorrespiratorio, por lo que se le proporcionaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante diez minutos, provocando daño neuronal severo e irreversible. El estado de salud de la víctima continuó deteriorándose a grado tal que el 2 de octubre de ese mismo año, perdió la vida, señalándose como causa de su muerte en el certificado de defunción: choque séptico debido a infección de tejidos blandos.

33. Es importante precisar que a la fecha de elaboración de la presente recomendación no se tuvieron constancias de que se hubiera iniciado procedimiento administrativo o averiguación previa alguna relacionados con los hechos.

IV. OBSERVACIONES

34. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2013/5404/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 transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud, en atención a lo siguiente:

35. De acuerdo al dicho de Q1, el 23 de mayo de 2013, V1 acudió al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” perteneciente a la Secretaría de Salud, donde un médico residente adscrito al servicio de Medicina Interna, lo diagnosticó con un cuadro clínico de hemorroides externas, sin datos de estrangulamiento, con absceso perianal y le proporcionó como plan de manejo diversos medicamentos.

36. Al respecto, mediante los oficios No. SJ/PEN/0034/13 y No. DGAM/0190/14 de 14 de enero de 2014, la subdirectora de la Coordinación Penal, así como el director general adjunto Médico, ambos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, indicaron a este organismo nacional que no existía registro de que se hubiera proporcionado atención médica a V1 el 23 de mayo de 2013.

37. Sin embargo, Q1 entregó a esta Comisión Nacional una copia de la nota de envío a consulta externa del servicio de Coloproctología de V1, elaborada el 23 de mayo de 2013, por un médico residente del servicio de Medicina Interna del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en la cual se advirtió que dicho médico lo diagnosticó con: *“hemorroides externas sin datos de estrangulamiento con absceso perianal”*; al respecto, los peritos de esta Comisión Nacional que conocieron del caso, observaron que el citado personal diagnosticó

de manera inadecuada a la víctima, ya que confundió un absceso de pus en el ano, con una hemorroide.

38. Aunado a ello, se advirtió que el citado médico residente omitió solicitar el ingreso de manera inmediata de V1, quien requería ser internado en ese momento, a fin de que se le practicara una cobertura antimicrobiana de amplio espectro, así como para determinación y control glicémico derivado de sus antecedentes de diabetes y el proceso infeccioso por el cual estaba cursando. Dicha situación, posiblemente ocurrió así, debido a que se trataba de un residente que por encontrarse en formación, no contaba con la experiencia necesaria para tratar a este tipo de pacientes complicados.

39. Ante ello, los peritos médicos de esta Comisión Nacional en el presente caso, advirtieron la práctica reiterada e indebida de delegar la atención médica en galenos residentes, sin la suficiente supervisión de los médicos responsables, situación que puede acarrear graves consecuencias a la salud de los pacientes; con lo cual se omitió observar el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado y NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, que en términos generales señalan que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor, titular, el jefe de servicios y los médicos adscritos en las actividades asistenciales, académicas y de investigación que lleven a cabo los mismos durante su residencia.

40. El 24 de ese mes y año, V1 fue valorado por AR1, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (a quien no se pudo identificar debido a que únicamente suscribió la nota respectiva, sin precisar mayores datos), quien a la exploración física lo encontró con: glucemia capilar de 241 mg/dl, sintomatología relacionada: genitales, piel y faneras; procedencia espontánea; además, precisó que la víctima acudió debido a un absceso y por presentar hiperglucemia. AR1 integró como diagnóstico: absceso en la región perianal y en perineo e indicó como plan de manejo su egreso y acudir a consulta externa.

41. En ese sentido, los peritos médicos de esta Comisión Nacional que conocieron del caso, observaron que AR1 omitió ingresar a V1 de manera inmediata a hospitalización, a fin de realizarle un protocolo de estudio y suministrarle antimicrobianos de amplio espectro, no obstante que contaba con criterios para ello, tales como la hiperglicemia de 241 mg/dl, cuando lo normal es hasta 110 mg/dl; además de que la víctima presentó inmunopatía propia de la diabetes mellitus, así como un proceso infeccioso manifestado por absceso en la región perianal y en perineo, que ya se había incluso extendido a la región testicular.

42. Igualmente, los peritos de este organismo nacional señalaron que AR1 determinó egresar a la víctima de manera prematura, en virtud de que desestimó

los antecedentes de diabetes y las posibles complicaciones con las que podría cursar, derivado de la falta de suministro de antibióticos *contra gram positivos y gram negativos*, lo cual habría limitado en lo posible el proceso séptico que ya se desarrollaba y evitado las complicaciones con las cuales V1 cursó posteriormente y que finalmente lo llevaron su fallecimiento.

43. Dicha situación, permitió que el proceso séptico por el cual V1 estaba atravesando evolucionara y que, presentara otras complicaciones, por lo cual se observó que AR1, omitió observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, que entre otras cosas establece que en el caso de pacientes con diabetes: *“la referencia al especialista debe ser en caso de complicaciones graves, como lesiones isquémicas o neuropáticas de miembros inferiores, neuropatías diabéticas de difícil control o infecciones frecuentes”*.

44. El 27 de mayo de 2013, V1 ingresó al servicio de Cirugía en Urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, donde AR2, médico especialista en Cirugía General lo encontró con un cuadro clínico de dolor y edema en la región perineal de 20 días de evolución, el cual fue manejado con tratamiento antibiótico no especificado, sin que le brindara mejoría de la sintomatología; además, la víctima refirió haber presentado fiebre desde una semana atrás, exudado hematopurulento fétido por el ano y tener antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica de dos años de evolución en tratamiento, que fue suspendido desde hacía un año.

45. Asimismo, AR2 indicó que a la exploración física de V1 lo encontró con un cuadro clínico de abdomen sin datos de irritación peritoneal, región perianal con edema y eritema local que abarcaba hasta el testículo, dolor localizado a la palpación, al tacto rectal con dolor, no palpándose crepitación interna, con disminución del tono de esfínter, guante explorador con salida de exudado hematopurulento escaso fétido, extremidades simétricas eutróficas, fuerza muscular conservada y estableció como diagnóstico: diabetes mellitus tipo 2 y *Fournier* perineal e indicó como plan de manejo: ayuno, hidratación con líquidos parenterales, practicarle estudios de laboratorio, interconsulta al servicio de Coloproctología y tratamiento quirúrgico; reportándolo delicado con pronóstico reservado a evolución.

46. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional, observaron que AR2, omitió cubrir a V1 con antimicrobianos de amplio espectro y contra gérmenes nosocomiales; asimismo, señalaron que la *fascitis necrotizante* extensa que involucró al periné así como a las bases del escroto y del pene, fueron una complicación grave que pudo ser prevenida si se hubiera determinado el ingreso de la víctima desde la primera vez que se le valoró en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (23 de mayo de 2013), para realizarle un protocolo de estudios e indicarle un tratamiento oportuno (esquema de antimicrobianos y desbridamiento quirúrgico precoz).

47. En tal sentido, al omitir AR2 cubrir a V1 con antimicrobianos de amplio espectro y contra gérmenes nosocomiales, dejó de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, la cual, entre otras cosas establece que el tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esa enfermedad o por sus complicaciones; asimismo, indica que el paciente diabético debe ser referido con un especialista cuando presente complicaciones graves, tales como infecciones de difícil control.

48. Ahora bien, el mismo 27 de mayo de 2013, V1 ingresó al servicio de Coloproctología donde se recibió con los antecedentes ya señalados y el médico tratante indicó que a su exploración física lo encontró con salida de material purulento por orificio localizado en la región perianal lateral izquierda con área de induración y con presencia de gas en tejidos blandos a nivel del escroto, grado I; además, al tacto rectal sin abombamiento en el canal anal, precisando que suspendió el examen rectal en virtud de que la víctima presentó dolor intenso, observando el mencionado servidor público, presencia de necrosis en la región anal, glútea bilateral con extensión a escroto y a la base del pene, crepitando (con ruidos) en toda la extensión del periné.

49. Asimismo, el médico tratante señaló que los estudios de laboratorio de V1, arrojaron: leucocitosis de 16,400, (dato indicativo de proceso infeccioso agregado ya que lo normal es 5-10), saturación de oxígeno 88% (siendo el mínimo de 95%), hemoglobina de 16.5 (normal 14-18), creatinina de 1.4 (normal 0.7-1.2), albumina de 3.9 (normal 3.5-4.8), sodio de 134 (normal 136-144) y potasio de 5.2 (normal 3.6-5.1), integrando como diagnóstico: fascitis necrotizante extensa que involucra periné, así como a las bases del escroto y del pene, complicación grave que pudo ser prevenida de haberse internado, protocolizado y cubierto a la víctima con esquema de antimicrobianos, desde el 23 de mayo de 2013.

50. A las 19:48 horas del 27 de mayo de 2013, a V1 se le practicó un procedimiento quirúrgico denominado drenaje, así como una debridación de Gangrena de *Fournier*, bajo bloqueo peridural, teniendo como hallazgos: *“tejido necrótico de piel perianal, extensión de proceso infeccioso isquiorectal derecho, postanal superficial y profundo, extensión a base de escroto abundante material purulento”*, tomando el médico de base adscrito al servicio de Coloproctología una muestra del tejido necrótico, a fin de enviarlo a estudio de histopatología.

51. Dichos hallazgos quirúrgicos de V1, confirmaron el proceso infeccioso severo que desarrolló y que se manifestaron de manera temprana con un absceso perianal y del perineo que no fue adecuadamente manejado como ya se señaló.

52. V1 continuó hospitalizado en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, los días 27 y 28 de mayo de 2013, permaneció con manejo médico del servicio de Coloproctología, y el 29 de ese mismo mes y año, se le practicó una nueva debridación quirúrgica, aseo y colocación de sistema de succión negativa

continua (VAC), bajo bloqueo peridural y subaracnoideo; además, se verificó la hemostasia del lecho quirúrgico.

53. Por otra parte, AR3, médico adscrito al servicio de Anestesiología reportó que el procedimiento quirúrgico de V1 se terminó sin complicaciones, pero al momento de pasar al paciente de la posición decúbito supino a dorso en la camilla, sufrió un paro cardiorrespiratorio, por lo que se le proporcionaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas, intubándolo al primer intento, aplicando tres ciclos de masaje cardiaco y administrando adrenalina, obteniendo fibrilación ventricular como respuesta, realizándole desfibrilación con descargas de 200 J que permitieron la salida a ritmo sinusal, y que el paro tardó en revertirse aproximadamente 10 minutos.

54. En relación a lo anterior, los peritos de este organismo nacional señalaron que las maniobras de reanimación que se brindaron a V1 no fueron inmediatas, debido a que la encefalopatía hipóxica isquémica severa que desarrolló la víctima es indicativa de un daño encefálico irreversible, producido por la falta de oxigenación y perfusión cerebral cuando el paro cardiorrespiratorio se mantiene por más de cinco minutos, provocando daño neuronal en las estructuras cerebrales más sensibles, lo cual ocurrió en el caso, debido a que la gasometría arterial realizada el mismo día, esto es el 29 de mayo de 2013, reportó acidosis metabólica, por lo que fue necesario suministrar al paciente bicarbonato, difenilhidantoína y dexametasona como neuroprotección; así como midazolam y vecuronio; aunado a ello, se solicitó su interconsulta por el servicio de Terapia Intensiva y se le diagnosticó con un cuadro clínico de estado postparo cardiorrespiratorio y encefalopatía hipóxica isquémica.

55. Igualmente, los peritos de esta Comisión Nacional observaron que los padecimientos descritos en el párrafo anterior fueron complicaciones graves, derivadas de manera directa del inadecuado manejo y falta de vigilancia estrecha de V1 por parte de AR3, quien tuvo a su cargo a la víctima durante el postanestésico; dicha situación evidenció la falta de adiestramiento del mencionado servidor público en el tratamiento de este tipo de pacientes con complicaciones graves.

56. Al respecto, si bien es cierto que la literatura médica señala que entre las causas de paro cardiorrespiratorio se encuentran los cambios de posición al terminar un procedimiento, también lo es que por ello, el médico durante el postanestésico, debe permanecer todo el tiempo al lado del paciente, a fin de prevenir que no exista retraso en la atención de la complicación, circunstancia que en el presente caso no sucedió y provocó que la víctima tuviera como secuela un daño neurológico severo e irreversible, que lo mantuvo postrado, hospitalizado e inmovilizado hasta su muerte. Dicho daño, además se vio favorecido aún más por el proceso séptico y descontrol hiperglicémico que la víctima presentaba.

57. En consecuencia, AR3 omitió observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la Práctica de la Anestesiología, que en

términos generales señala la obligación del médico anestesiólogo de indicar y vigilar los cuidados inmediatos y el monitoreo que amerite el paciente, siendo imprescindible que en el área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, un médico anestesiólogo supervise que el paciente se encuentre bajo vigilancia continua del personal técnico capacitado para dar tratamiento a las complicaciones que se lleguen a presentar y practicar reanimación cardiopulmonar; aunado a ello, el mencionado servidor público omitió describir la causa del paro cardiorrespiratorio incumpliendo así el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

58. Por otra parte, en opinión de los peritos médicos de esta Comisión Nacional, de las constancias del expediente clínico de V1 se desprendió que la atención médica brindada a la víctima desde el 30 de mayo hasta el 2 de octubre de 2013, fue adecuada en virtud de que durante ese lapso recibió atención multidisciplinaria por parte del personal adscrito a los servicios de Cuidados Intensivos, Coloproctología, Infectología, Otorrinolaringología, Cirugía General, Cardiología, Neurología, Cirugía Plástica, Clínica de Heridas entre otros, que le proporcionaron el manejo que requirió en todas y cada una de las complicaciones que fue presentando.

59. Sin embargo, el estado de salud de V1 continuó deteriorándose, a tal grado que la encefalopatía hipóxico isquémica lo llevó a una postración crónica que favoreció la persistencia y multirresistencia del proceso séptico a nivel sacro y no obstante que se instauró un manejo adecuado, la respuesta de la víctima al tratamiento fue deficiente, presentando el 2 de octubre de 2013 en forma súbita disnea, asistolia y desaturación de oxígeno llegando hasta la apnea; es decir, a un paro cardiorrespiratorio, que no fue posible revertir a pesar de brindarle maniobras de reanimación cardiovascular avanzadas, por lo que a las 18:35 horas perdió la vida, estableciéndose en el certificado de defunción como causa de su muerte: choque séptico debido a infección de tejidos blandos.

60. Ahora bien, es importante señalar que de acuerdo a la literatura médica, la Gangrena de Fournier (la cual no fue diagnosticada ni tratada adecuadamente en V1 desde el 23 de mayo de 2013), es una forma específica de fascitis necrotizante sinérgica, rápida, progresiva y de origen multibacteriano, que afecta principalmente la fascia muscular de la región perineal, genital o perianal e incluso a la pared abdominal, con punto de partida genitourinario, colorectal o idiopático. Todo ello, acompañado de gangrena de la piel en dichas áreas debido a la trombosis de vasos sanguíneos subcutáneos.

61. Dicho padecimiento afecta desde recién nacidos hasta adultos mayores y tiene una alta probabilidad de presentarse en pacientes inmunosuprimidos, quienes en la mayoría de los casos tienen alguna enfermedad sistémica subyacente como la diabetes mellitus.

62. El origen de la Gangrena de Fournier es difícil de identificar y cuando ello ocurre, se localiza en las áreas genital, anorectal o cutánea, comienza con una

infección local, que progresa y ocasiona inflamación extensa hasta comprometer fascias profundas, la mayoría de ellas ocurre como resultado de factores predisponentes como: a) trauma en área específica, que facilita la entrada de microorganismos a tejidos subcutáneos; b) diseminación de infección de vías urinarias o glándulas periuretrales, con disección a través de fascias, que afectan al pene y el escroto; y c) diseminación de una infección desde el área perianal o del espacio retroperitoneal, a fascias peneana y escrotal.

63. La presentación de la enfermedad es variable y se debe sospechar en aquellos pacientes que tienen un cuadro clínico de infección en áreas perineales y anorectales; generalmente comienza con dolor o prurito en el pene o en el escroto, precedido o acompañado de fiebre y escalofríos. Cuando hay edema genital, la inflamación o el enfisema subcutáneo, rápidamente se extiende hasta la pared abdominal muslos y tejidos perianales; asimismo, los efectos sistémicos de la infección, con frecuencia originan: postración, náuseas, vómitos, íleo intestinal y delirio en casos severos.

64. Hay que destacar que si la infección continúa su curso, y no es tratada inmediata y adecuadamente, se origina gangrena de la piel del pene y del escroto. En etapas tardías, el paciente con frecuencia presenta, síntomas sistémicos de sepsis, los cuales son desproporcionados en relación a la apariencia necrótica de la piel y puede ocurrir progresión a falla de uno o múltiples órganos, que originan la muerte. En la mayoría de los casos se presenta como emergencia quirúrgica, por lo que el tratamiento médico debe ser instaurado de inmediato a fin de mantener la estabilización hemodinámica del paciente, a través de la aplicación intravenosa de antibióticos de amplio espectro, manejo de enfermedades subyacentes y realizar la remoción extensa de los tejidos desvitalizados.

65. La morbilidad se refleja en la duración de la estancia hospitalaria, en cuanto a la mortalidad, existen factores que pueden incrementarla, como: vejez, tratamiento inadecuado, presencia de shock, sepsis o compromiso testicular, bajo hematocrito, retención azoada, hipoalbuminemia e inestabilidad hemodinámica. Las causas de muerte más frecuentes son: sepsis severa, coagulopatía, insuficiencia renal aguda, cetoacidosis diabética y falla multiorgánica.

66. Se trata de una entidad clínica grave, pero el pronóstico es bueno cuando el tratamiento se instaura en la fase inicial de la enfermedad, (situación que no ocurrió en el caso de V1, desde el 23 de mayo de 2013). El diagnóstico oportuno, el desbridamiento quirúrgico precoz y el suministro de antibióticos de amplio espectro son medidas fundamentales para detener la progresión rápida de la infección y así proporcionar un mejor pronóstico de sobrevivida al paciente.

67. En suma, AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" perteneciente a la Secretaría de Salud, incurrieron en diversas omisiones en relación con V1, tales como: no haberlo hospitalizado de manera inmediata, no ingresarlo a protocolo de estudio, no cubrirlo con antimicrobianos de amplio espectro ni controlar su glicemia, determinar su egreso

prematureo sin un diagnóstico certero, desestimando las posibles complicaciones e impidiendo que se limitara el proceso séptico, así como, que el 27 de ese mismo mes y año, a pesar de que la víctima había sido diagnosticada con Fournier Perineal, es decir con tejido necrótico de piel perianal, extensión de proceso infeccioso isquiorectal derecho, postanal superficial y profundo, con extensión a la base del escroto y del pene, lo cual confirmaba el proceso infeccioso, nuevamente se omitió cubrirlo con antimicrobianos de amplio espectro y contra gérmenes nosocomiales, además de que existió dilación en la atención del paro cardiorrespiratorio que presentó.

68. Lo anterior, tuvo como consecuencia que V1 no fuera bien diagnosticado y por tanto, no recibiera el tratamiento que requería, provocando que su estado de salud se deteriorara, a grado tal que la falta de atención de su padecimiento (Gangrena de Fournier) y del paro cardiorrespiratorio derivó en una encefalopatía hipóxico isquémica con daño neurológico severo e irreversible, que implicó que la víctima permaneciera postrada, inmovilizada, con hospitalización prolongada, fuera sometida a múltiples procedimientos invasivos y tratamientos que condicionaron la persistencia de focos infecciosos agregados, favorecidos aún más por el proceso séptico a nivel sacro y perineal, el cual a pesar de haber sido tratado adecuadamente con posterioridad, contribuyó al deterioro del estado de salud de la víctima, propiciando que el 2 de octubre de 2013, perdiera la vida, a consecuencia de un choque séptico debido a infección de tejidos blandos, convalidándose con ello la relación causa-efecto, entre la inadecuada atención médica proporcionada a V1, su fallecimiento y la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a la Secretaría de Salud.

69. Es decir, que el personal médico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud”, al omitir ordenar la hospitalización y manejo adecuada y oportuno de la víctima, le negaron el derecho que tenía a un mejor pronóstico de sobrevivencia, en virtud de que no controlaron la evolución de la Gangrena de Fournier.

70. Asimismo, no pasó desapercibido el hecho de que algunas de las notas médicas del expediente clínico generado en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud con motivo de la atención médica proporcionada a V1, presentaran irregularidades como la ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de un médico tratante para su identificación; aunado a que no se encontró agregada la nota médica de 23 de mayo de 2013, y la misma tuvo que ser proporcionada a este organismo nacional por Q1, evidenciando con ello un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

71. Dichas irregularidades son una constante preocupación para 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 y sus familiares de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

72. Lo descrito en el párrafo anterior, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 7/2013, 33/2013, 86/2013 y 2/2014, 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.

73. 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. Dicho pronunciamiento es de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, en sus numerales 1 y 2 de la Declaración para el reconocimiento de la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 24 de febrero de 1999.

74. 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.

75. En este contexto, AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, vulneraron en agravio de V1, los derechos a la protección de la salud y a la vida, 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 I, 23, 27, fracción III; 32, 33, fracciones I, II y IV, y 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria, NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, NOM-234-SSA1-2003 sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, y NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, vigentes en esa época.

76. Igualmente, el citado personal médico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud con sus omisiones, dejó

de observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la vida y 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 de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo, la protección más amplia a las personas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero y segundo, y 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

77. En este sentido, los numerales 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; 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; prevén el reconocimiento de las personas, por parte del Estado, a recibir un servicio médico de calidad, así como la obligación de las autoridades de adoptar las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

78. En este contexto, la Corte Interamericana ha señalado, en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

79. 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.

80. Resulta importante señalar 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.

81. A mayor abundamiento, esta Comisión Nacional en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de 23 de abril de 2009,

estableció 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, aunado a que 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.

82. Conviene también señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, consiste en 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, y en el presente caso quedó evidenciado que AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, que atendieron a V1, debieron considerar el interés superior del paciente, mediante la emisión de un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle 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 actualizó y generó que el 2 de octubre de 2013 la víctima perdiera la vida.

83. De la misma manera, el personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, 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; y que deberán observar los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios.

84. 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 incluya 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.

85. 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, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de su atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, para que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal médico adscrito al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud que intervino en los hechos.

86. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a los familiares de V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal médico adscrito Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, incluyendo la atención médica y psicológica necesaria para restablecer su estado de salud; remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se diseñen e impartan a los servidores públicos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, programas integrales de capacitación y formación, en materia de derechos humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que cuantifiquen el impacto del 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 de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, 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, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que los servidores públicos adscritos al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, 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 a quien corresponda, para que los médicos de base adscritos al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, adopten las medidas necesarias para que en todo momento estén supervisando a los médicos residentes, y envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore con este organismo nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SÉPTIMA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de la República, a fin de que se inicie la averiguación previa que en derecho corresponda, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

87. 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 formular 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, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

88. 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.

89. 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, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

90. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA