



## **Recomendación: 21/2009**

Expedientes de queja acumulados al expediente  
**CDHDF/122/07/BJ/D5045-II**

**CDHUO/122/07/BJ/D7024-II**  
**CDHDF/III/122/IZTP/08/D5261**  
**CDHDF/III/122/VC/08/D5921**  
**CDHDF/III/121/AO/09/D1355**  
**CDHDF/III/122/IZTP/09/D1437**

Peticionarias y Peticionarios: (ver cuadro)

- **Tía del agraviado A.**
- **Esposa del agraviado B.**
- **Hermana de la agraviada C.**
- **Tía del agraviado D.**
- **Hija del agraviado E.**
- **Agraviado F.**

Personas agraviadas: (ver cuadro)

- **Agraviado A y su tía.**
- **Agraviado B y su esposa**
- **Agraviada C y su hermana.**
- **Agraviado D y su tía.**
- **Agraviado E y su hija.**
- **Agraviado F.**

Autoridad responsable:

**Secretaría de Salud del Distrito Federal.**

Caso:

**Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención de diversas especialidades médicas.**

Derechos humanos violados:

- I. Derecho a la salud por negligencia médica.**
- II. Derecho a la salud por ausencia de recursos materiales y personal médico.**
- III. Derecho a la salud por inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.**

## Cuadro

Peticionarias y peticionarios	Agraviadas y agraviados	Número de Exped.	Fecha de registro queja	Violaciones
Agraviada A.	Agraviado A (hombre de 20 años) y su tía.	D5045-II	27/08/07	I. Negligencia médica. II. Ausencia de recursos materiales y personal médico. III. Inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.
Esposa del agraviado B.	Agraviado B (hombre de 32 años que fallece), y su esposa.	D7024-II	29/11/07	I. Negligencia médica II. Ausencia de recursos materiales y personal médico.
Hermana de la agraviada C.	Agraviada C (mujer de 29 años)	D5261-II	08/09/08	I. Negligencia médica.
Agraviado D	Agraviado D (menor de edad de 14 años que fallece) y su tía.	D5921-II	07/10/08	I. Ausencia de recursos materiales y personal médico.
Agraviada E.	Agraviado E (hombre de 62 años de edad que fallece) y su hija	D1355-II	27/02/09	I. Ausencia de recursos materiales y personal médico.
Agraviado F	Agraviado F (hombre de 39 años de edad).	D1437-II	03/03/09	I. Ausencia de recursos materiales y personal médico. II. Inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.

**Dr. Armando Ahued Ortega,  
Secretario de Salud del Distrito Federal y  
Director General de los Servicios de Salud  
Pública del Distrito Federal.**

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a 11 de septiembre de 2009, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron los expedientes de queja citados al rubro, la Segunda Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) formuló esta Recomendación, aprobada por el suscrito, en términos de lo establecido por los artículos 3, 6 y 17 fracciones I, II y IV; 22, fracción XVI, 24 fracción IV y VII ; 46; 47, 48, 51, y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como por los artículos 136 al 142.

Para la investigación de las denuncias recibidas en la CDHDF en torno a la atención médica brindada en algunos de los Hospitales de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y con fundamento en el artículo 111 bis del Reglamento Interno de esta

Comisión, se acumularon los expedientes **CDHUO/122/07/BJ/D7024-II**, **CDHDF/III/122/IZTP/08/D5261**, **CDHDF/III/122/VC/08/D5921**, **CDHDF/III/121/AO/09/D1355**, **CDHDF/III/122/IZTP/09/D1437**, que se tramitaron e identificaron por el número **CDHDF/122/07/BJ/D5045-II**.

La presente Recomendación se dirige al titular de la Secretaría de Salud en virtud de que a la Institución que representa le corresponde proporcionar los servicios de Atención Médica de la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Se fundamenta en lo establecido en los artículos 4 y 122, apartado C, base segunda, fracción II, inciso b) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8, fracción II; 12, fracción IV; 67, fracción II; y 87 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2, 5, 14, 15, fracción VII, 16, fracciones I y IV, y 29 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; 6°, 8°, fracciones I, II, III, y IX, XXIV, y 14 fracción III, VIII, IX, 16 Bis, incisos I, III y IV; 16 Bis-5, de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

De conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, y en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley de la CDHDF, se informó a las peticionarias y agraviadas relacionadas con los expedientes, que por ley sus nombres no se harían públicos, salvo su solicitud expresa en contrario.

En cumplimiento con lo establecido en el artículo 139 del Reglamento Interno de la CDHDF, se procede al desarrollo de los rubros que constituyen la presente Recomendación.

## **1. RELATORÍA DE HECHOS.**

### **1.1 Caso 1. Hombre que derivado de inadecuado diagnóstico médico y un retraso en la atención especializada que requería en el Hospital General Xoco, ocasionó la pérdida de su extremidad pélvica izquierda.**

**1.1.1** El 27 de agosto de 2007, se presentó en las instalaciones de este Organismo, una mujer, para iniciar una queja, ésta manifestó que su sobrino de 22 años de edad fue asaltado y le dispararon en la rodilla; debido a la atención médica negligente que le fue proporcionada en el Hospital General de Xoco, así como en el Hospital General de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, le amputaron la extremidad izquierda el 7 de septiembre del 2007.

**1.1.2** Personal médico de este Organismo emitió un dictamen donde detectó que la persona agraviada no fue canalizada oportunamente a un Hospital que contara con servicio de angiología<sup>1</sup> para brindarle la atención que ameritaba, de haberse realizado el diagnóstico oportuno y la canalización respectiva del paciente al hospital de tercer nivel, se pudo evitar la amputación parcial de su miembro pélvico izquierdo.

---

<sup>1</sup> Es la especialidad médica que se encarga del estudio de los vasos del sistema circulatorio y del sistema linfático; incluyendo la anatomía de los vasos sanguíneos (como arterias, venas, capilares) y la de los linfáticos, además de sus enfermedades.

**1.1.3** Aunado a lo anterior, debido a que no existió una revisión exhaustiva que permitiera descubrir que la pierna no estaba recibiendo la irrigación sanguínea que necesitaba. En forma similar, un médico especialista en angiología y cirugía vascular, emitió otro dictamen en el que señaló que el inadecuado manejo médico por parte de las diferentes especialidades que valoraron al agraviado en el Hospital General Xoco, provocó que le amputaran su extremidad izquierda.

**1.1.4** Debido a la deficiente atención médica proporcionada al paciente, el 26 de septiembre de 2008, la peticionaria denunció los hechos en la Fiscalía para Servidores Públicos, iniciándose la averiguación previa FSP/B/T2/2029/09-09, por la probable comisión de delitos relacionados con la responsabilidad médica y técnica. A la fecha existe un peritaje elaborado por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), donde se confirman las conclusiones del personal médico de este Organismo y del especialista en angiología y cirugía vascular.

**1.1.5** La peticionaria informó que desde el mes de noviembre de 2007, el agraviado fue atendido en el Instituto Nacional de Rehabilitación, donde le brindaron consulta médica, terapia y a partir del 21 de mayo del 2008, utiliza prótesis.

## **1.2 Caso 2. Hombre de 25 años de edad, que fallece al no ser debidamente atendido por un problema de apendicitis<sup>2</sup> en el Hospital General Xoco.**

**1.2.1** El 29 de noviembre de 2007, se presentó en las instalaciones de este Organismo, una mujer de 25 años de edad, para denunciar que el día 28 de noviembre, al acudir a visitar a su esposo que fue intervenido de una peritonitis en el Hospital General de Xoco, se percató que no le brindaban los cuidados adecuados por parte del personal de enfermería, lo cual le hacía temer que su estado de salud pudiera empeorar o estar en riesgo.

Posteriormente, el 30 de diciembre de 2007 al visitar nuevamente a su esposo, se percató que desprendía un olor fétido. Al levantar la sábana que lo cubría observó que se encontraba sucio de materia fecal con sangre, la cual salía de la herida. En el lugar, también había moscas, debido a la deficiente higiene con la que cuenta el hospital. Esos hechos derivaron que personal de enfermería realizara una limpieza profunda a la herida.

El 1 de enero de 2008, observó que su esposo presentaba 40 grados de temperatura, lo cual le desencadenó alucinaciones y la imposibilidad de hablar, aunado a que de nueva cuenta se encontraba muy sucio de materia fecal y sangre. Por la tarde de ese mismo día, se percató que su esposo tenía los *ojos en blanco* y cada dos o tres minutos presentaba *espasmos*. Durante ese tiempo ningún médico se responsabilizó de la atención de su familiar. Finalmente, a las 22:00 horas de ese día, personal del hospital se comunicó para informarle sobre su fallecimiento.

---

<sup>2</sup> Apendicitis. Inflamación generalmente aguda del apéndice vermiforme que si no se diagnostica a tiempo da lugar a perforación y peritonitis. El síntoma más frecuente es dolor constante en el cuadrante inferior derecho del abdomen alrededor del punto de McBurney; el paciente describe su comienzo como un dolor intermitente localizado en el mesogastrio. La apendicitis se caracteriza por vómitos, fiebre de bajo grado entre 37,2 °C y 38,8 °C, leucocitosis, dolor de rebote y disminución o ausencia de ruidos intestinales.

**1.2.2** De la investigación realizada por este Organismo, se detectó que la persona agraviada ya había ingresado al Hospital General Xoco con peritonitis debido a que anteriormente recibió un tratamiento inadecuado por parte de una médica particular; sin embargo, también se observó que por parte del personal médico de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, indebidamente le suspendieron el tratamiento con antibióticos, permitiendo con ello el progreso de una infección en su sistema digestivo, aunado a que no se le hizo el aseo correcto, provocando que el agraviado falleciera de un choque séptico.<sup>3</sup>

### **1.3 Caso 3. Mujer de 29 años de edad, que broncoaspira durante la inducción anestésica brindada al practicarle una intervención quirúrgica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.**

**1.3.1** El 8 de septiembre de 2008, se presentó en las instalaciones de este Organismo, una mujer para denunciar la vulneración a los derechos humanos de su hermana debido a que fue intervenida quirúrgicamente de la vesícula biliar en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez". El 13 de agosto de ese año, su familiar fue dada de alta; sin embargo, sólo dos días después tuvieron que internarla nuevamente en virtud de que presentaba un fuerte dolor en el estómago. Se enteró el 17 de agosto de 2008, que durante la operación a su familiar se le perforó el intestino.

**1.3.2** La CDHDF al investigar los hechos, detectó que la persona agraviada fue atendida inicialmente por causa de un problema en la vesícula biliar, y a los dos días, se le manifestó de manera independiente al problema de salud referido, una complicación por una malformación congénita denominada Divertículo de Meckel.<sup>4</sup>

**1.3.3** Esta contingencia también pudo ser resuelta sin mayor problema; sin embargo, conforme a un peritaje realizado por un médico especialista en anestesiología, el 18 de agosto de 2008, al realizar una cirugía posterior a la extracción del referido Divertículo, la cual tenía el propósito de limpiar la cavidad abdominal de la persona agraviada, existió un error técnico en la inducción anestésica de la paciente; el cual provocó una neumonitis<sup>5</sup> que la tuvo en terapia intensiva, afortunadamente este incidente no generó secuelas físicas en la agraviada, pero se podía haber prevenido y evitado.

### **1.4 Caso 4. Menor de edad que fallece en el Hospital General Balbuena, al existir deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico para atender su padecimiento.**

---

<sup>3</sup> Forma de shock que se produce en la septicemia cuando son liberadas a la circulación sanguínea las endotoxinas producidas por ciertas bacterias. Las endotoxinas provocan un descenso de la resistencia vascular, dando lugar a un brusco descenso de la presión arterial. También se puede producir fiebre, taquicardia, taquipnea y confusión o coma.

<sup>4</sup> Un divertículo de Meckel es un tejido remanente de estructuras en el tubo digestivo del feto que no se reabsorbió por completo antes del nacimiento. Aproximadamente el 2% de la población mundial tiene divertículo de Meckel, pero sólo unas pocas personas presentan síntomas. Los síntomas pueden ser sangrado en las heces, obstrucción de los intestinos, peritonitis y hasta perforación del intestino. La solución en estos casos es llevar a cabo una cirugía para extirpar el referido divertículo.

<sup>5</sup> La neumonía, pulmonía o neumonitis es la inflamación aguda del tejido pulmonar que afecta los alvéolos y los tejidos adyacentes, causada por una infección microbiana, por bacterias, virus u hongos, y también por la inhalación de cuerpos extraños, líquidos cáusticos o abrasivos o gases venenosos. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo, a los alvéolos próximos a los bronquios (bronconeumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). La neumonía vuelve al tejido que forma los pulmones, viéndose enrojecido, hinchado, haciéndose doloroso.

**1.4.1** El 7 de octubre de 2008, se presentó en las instalaciones de este Organismo, una mujer para denunciar que el 3 de octubre del 2008, un menor de edad fue lesionado de bala en la parte superior de cuello, fue ingresado de urgencia a un Hospital del IMSS, donde se le brindaron los primeros auxilios. Como no era derechohabiente de dicho Instituto, en la madrugada del 4 de octubre de 2008, alrededor de las 5:30 horas fue trasladado al Hospital General Balbuena, donde personal médico le informó que requería de manera urgente una transfusión de sangre y ser intervenido quirúrgicamente; sin embargo, le señalaron que ellos no contaban con banco de sangre, ni ambulancias para trasladarlo con el objeto de recibir la atención médica necesaria.

**1.4.2** Finalmente, a las 23:00 horas del mismo día 3 de octubre, intervinieron quirúrgicamente a su familiar y le realizaron la transfusión de sangre que requería, procedimiento realizado en ese mismo nosocomio.

**1.4.3** La peticionaria también afirmó que el 5 de octubre de 2008, su sobrino sufrió un derrame cerebral y el 6 de octubre falleció a causa de muerte cerebral, entre otros.

**1.4.4** Personal médico de esta Comisión emitió dictamen respecto la atención que recibió el agraviado y concluyó que existe responsabilidad institucional del Hospital General Balbuena, debido a la carencia de recursos y principalmente de personal para atenderlo oportuna y eficazmente. Lo anterior se debe a que personal del Servicio de Cirugía General señaló que dadas las condiciones del paciente, era necesario someterlo urgentemente a revisión quirúrgica de cuello, lo cual no fue posible realizar rápidamente puesto que no se contaba con banco de sangre y aunque se solicitó el apoyo de otros hospitales (Villa y Xoco), aceptando dichos nosocomios, no se pudo acudir por la sangre debido a que no contaban con ambulancia para recogerla, además en el hospital no se contaba con quirófano disponible, porque había otros pacientes graves quienes también requerían tratamiento quirúrgico.

## **1.5 Caso 5. Hombre que derivado de una inadecuada atención médica fallece en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”.**

**1.5.1** El 26 de febrero de 2009, una mujer denunció a esta Comisión que el 24 de enero de 2009, su padre fue internado en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, toda vez que presentaba un fuerte dolor abdominal. Se le diagnosticó perforación en el intestino, por lo que requería una cirugía de urgencia; sin embargo, fue operado el 25 de enero a las 14:00 horas.

**1.5.2** Posteriormente, su familiar fue nuevamente intervenido quirúrgicamente de emergencia. En dicha operación se le transfundió un tipo de sangre distinto al suyo, lo cual agravó su estado de salud. Para corregir esta situación (transfusión), los médicos le solicitaron una vacuna con un valor de \$2,000 pesos para contrarrestar los efectos de este procedimiento. Conforme al sentir de los peticionarios, la atención que recibió la persona agraviada fue deficiente y el día 10 de marzo del 2009 falleció su familiar.

**1.5.3** Esta Comisión cuenta con el dictamen de un perito en Cirugía General, el cual afirma que no existió mala práctica médica atribuible a personal de la salud que atendió al agraviado en función de los procedimientos que llevaron a cabo para preservar su estado de

salud; sin embargo, existe responsabilidad institucional debido a la ausencia de recursos e insumos necesarios para asegurar una adecuada atención médica.

## **1.6 Caso 6. Hombre que a causa de la carencia de recursos en el Hospital General de Iztapalapa, se complica su proceso de atención médica en el área de urgencias.**

**1.6.1** El 3 de marzo de 2009, se presentó en las instalaciones de este Organismo, un hombre para denunciar que el 22 de febrero del 2009, acudió al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, donde solicitó atención médica, toda vez que se sentía mal de salud. En dicho hospital permaneció sentado durante varias horas; únicamente le expidieron (médicos del hospital) una receta y le indicaron que al día siguiente se presentara al Centro de Salud que le correspondía; sin considerar que presentaba dolores intensos en la región de la vesícula biliar.

**1.6.2** Al día siguiente, acudió a un Centro de Salud ubicado en la Delegación Iztapalapa, donde lo atendieron y a causa de la gravedad de su caso, le proporcionaron un pase directo al Hospital General Iztapalapa, indicándole que requería de una intervención quirúrgica, en virtud de que la vesícula se le iba a *perforar*.

**1.6.3** Por lo anterior, se trasladó al Hospital General, donde nuevamente lo mantuvieron sentado en una silla por muchas horas, proporcionándole únicamente suero con el argumento de que su problema no era de gravedad, ya que supuestamente sólo tenía una infección en las vías urinarias, ordenándole regresara a su domicilio.

**1.6.4** El 24 de febrero del 2009, acudió al Hospital General de Chalco, donde le proporcionaron atención médica adecuada y al día siguiente lo intervinieron quirúrgicamente; en este nosocomio le indicaron que, de haber esperado un poco más la vesícula biliar le habría reventado y su salud hubiera estado en riesgo.

**1.6.5** Posteriormente, personal médico de este Organismo emitió dictamen en el que concluyó que no se encontraron datos que sugieran que hubo mala práctica médica, sin embargo, en el Hospital General de Iztapalapa, donde estuvo aparentemente más tiempo el agraviado y fue ingresado propiamente al área de urgencias, no contaban con el antibiótico (amikazina) prescrito y no se realizó la prescripción de otro medicamento; también existió falta de espacio para realizar puntualmente el seguimiento de su patología, pues el peticionario permaneció en una silla, en la cual le estaban administrando la solución intravenosa y los medicamentos.

**1.6.6** Asimismo, en los Hospitales del Distrito Federal donde fue valorado el peticionario, no cumplieron con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

## **2. COMPETENCIA DE LA CDHDF PARA REALIZAR Y CONCLUIR LA INVESTIGACIÓN.**

**2.1** La CDHDF es competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueran imputadas a cualquier autoridad

o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal.<sup>6</sup>

**2.2** Los “Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París)” establecen como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de los derechos humanos, la defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia.<sup>7</sup>

**2.3** De los hechos narrados por las y los peticionarios, así como del análisis a pruebas documentales entre las que destacan los expedientes clínicos sobre la atención médica proporcionada a los agraviados, generaron la convicción de violaciones al derecho a la vida y a la salud por negligencia médica e inaccesibilidad a los servicios de salud, por insuficiencia de recursos humanos y materiales.

**2.4** Esta presunción surtió la competencia de este Organismo público autónomo para realizar la investigación respectiva, con fundamento en el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por los artículos 2, 3 y 17 fracciones I y II inciso a) de la Ley y 11 del Reglamento Interno, ambos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

### **3. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.**

**3.1** Una vez analizados y calificados los hechos y establecida la competencia de este organismo público, personal de la Segunda Visitaduría General de la CDHDF realizó diversas acciones para la investigación de estos casos, tales como:

- Solicitudes de medidas precautorias y gestiones telefónicas para que se proporcionara atención médica efectiva e inmediata a las personas agraviadas.
- Entrevistas directas con las personas peticionarias y las agraviadas.
- Análisis y seguimiento de las averiguaciones previas iniciadas por la probable comisión del delito de homicidio por responsabilidad profesional, con motivo de los hechos aquí denunciados.
- Se obtuvo información médica, administrativa, de cuestionarios solicitados a médicos y directores de los hospitales respecto a los hechos denunciados, proporcionada por escrito por parte de los servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Solicitud y análisis de expedientes clínicos certificados, donde consta la atención médica que fue proporcionada a los pacientes( agraviados).
- Elaboración de informes del personal médico visitador de la CDHDF, sobre la atención proporcionada a los pacientes agraviados.

---

<sup>6</sup> Conforme a lo establecido por los artículos 102 Constitucional apartado B, 2 y 3 de la Ley de la CDHDF y 11 de su Reglamento Interno.

<sup>7</sup> ONU, *Principios de París*. Resolución A/RES/48/134 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 20 de diciembre de 1993.

- Elaboración de informes médicos externos sobre la atención médica proporcionada a los pacientes agraviados, realizados por médicos especialistas en angiología y cirugía vascular, cirugía general y anestesiología.

**3.2.** Lo anterior tuvo como fin orientar la investigación en torno a las siguientes hipótesis:

**a.** La presunción de que han existido omisiones, errores y actos de negligencia médica que en la mayoría de los casos llegan a agravar la salud de los pacientes en lugar de contribuir a su recuperación.

**b.** La presunción de que el derecho a la salud, como derecho económico, social y cultural, ha sido vulnerado debido a que no existen los recursos suficientes, ni el personal médico para atender cabalmente a los usuarios del servicio, sobre todo cuando ocurren casos de emergencia.

**c.** La presunción de que si bien es cierto, la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha implementado mecanismos de supervisión para que los servidores públicos profesionistas de la medicina cumplan con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-168-1998, del expediente clínico; todavía existen casos en los cuales no se integra correctamente el expediente de atención médica proporcionada a los usuarios del servicio, lo cual lleva aparejado problemas de negligencia médica en agravio de los pacientes.

**3.3.** A continuación se pormenorizará lo más relevante de la investigación en cada caso y las respectivas evidencias:

#### **4. RELACIÓN DE EVIDENCIAS.**

**4.1. Caso 1. Hombre que derivado de un inoportuno e inadecuado diagnóstico médico y un retraso en la atención especializada que requería en el Hospital General Xoco, ocasionó la pérdida de su pierna izquierda.**

**- Notas médicas del Hospital General Xoco:**

**14 de agosto de 2007.**

**4.1.1** El área de urgencias reporta que las 00:30 horas, el agraviado fue llevado por personal paramédico proveniente de vía pública; ingresando por impacto de proyectil de arma de fuego en miembro pélvico izquierdo [...], dolor intenso al mantenerse parado y la deambulación a nivel de rodilla izquierda,<sup>8</sup> así como mínimo movimiento en toda la extremidad pélvica.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Sentía mucho dolor al caminar.

<sup>9</sup> El agraviado no podía caminar.

En la exploración física, en miembro pélvico izquierdo presencia de herida por entrada de bala en cara posterior a nivel de hueso poplíteo<sup>10</sup> y salida en cara anterior de rodilla [...]. Radiológicamente se corrobora fractura en tercio distal de fémur y fractura de rótula. Impresión diagnóstica: trauma de extremidades; a) herida por proyectil de arma en fuego en cara posterior de muslo izquierdo, b) herida por proyectil de arma de fuego cara anterior de rótula izquierda, c) fractura tercio distal de fémur, d) fractura rótula izquierda, e) descartar compromiso neuro-vascular distal.

**4.1.2** En Cirugía General se reporta que a las 4:30 horas, el agraviado se encuentra con herida por proyectil de arma de fuego en muslo izquierdo, fuera de trayecto vascular, se considera que la fractura de fémur produce el compromiso vascular.<sup>11</sup> Se solicita interconsulta a ortopedia y se pide realizar ultrasonografía doppler,<sup>12</sup> posterior a valoración por parte de ese servicio.

**4.1.3** Valoración de cirugía realizada a las 17:05 horas, la cual refiere que el agraviado ingresará a Ortopedia para ser sometido a osteosíntesis<sup>13</sup> y se solicitará estudio doppler en el transcurso de la semana para determinar si existe retardo del llenado capilar<sup>14</sup> y la temperatura no mejora. Se considera que se encuentra con contusión perivascular y presencia de hematoma venoso, que puede estar causando la compresión parcial de la irrigación del tercio distal de la pierna izquierda.

## **25 de agosto de 2007**

**4.1.4** Nota médica realizada a las 12:00 horas en ortopedia, en la cual se comienza a observar la muerte de parte del tejido que conforma a la pierna izquierda, por ello se suspende la cirugía y se solicita llevar a cabo un estudio para valorar si se está irrigando sangre a toda la extremidad izquierda a través de un ultrasonido doppler: *estando el paciente en quirófano, se retira férula lumbo podálica y se realiza asepsia y antisepsia, cambios de coloración en quinto dedo (negruzca), aunado a lo demás se observa que existen problemas en la circulación de la sangre en la pierna del agraviado como son: resto con llenado capilar distal retardado de 5 segundos. En el primer dedo en cara plantar con zona de presión, colocan oxímetro, sin captarse señal por pulso pedio y tibial posterior ausentes. Se solicita interconsulta a cirugía general, quien solicita ultrasonografía doppler, se difiere procedimiento quirúrgico hasta limitar extensión del daño vascular.*

---

<sup>10</sup> Es el hueso que se forma anatómicamente en la parte posterior de la rodilla, especialmente cuando la rodilla está en flexión o semiflexión.

<sup>11</sup> La herida producida por la lesión en el fémur, estaba generando que la sangre no se distribuyera de manera normal en la pierna izquierda del agraviado.

<sup>12</sup> La ultrasonografía doppler examina el flujo sanguíneo de las principales arterias y venas de los brazos y piernas. Este examen puede ayudar a diagnosticar un coágulo sanguíneo, insuficiencia venosa, oclusión arterial (cierre), anomalías en el flujo sanguíneo de las arterias producidas por un estrechamiento o trauma de las arterias.

<sup>13</sup> La osteosíntesis es un tratamiento quirúrgico de fracturas, en el que éstas son reducidas y fijadas en forma estable. Para ello se utiliza la implantación de diferentes dispositivos tales como placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros. Inicialmente estos implantes estaban fabricados de acero de grado médico, pero al ir evolucionando se han sumado otros materiales más biocompatibles como aleaciones de titanio y polímeros bioabsorbibles.

<sup>14</sup> El llenado capilar representa la habilidad del sistema circulatorio de restaurar la sangre a los vasos sanguíneos capilares luego de haber apretado la punta de los dedos (sus uñas). Esta prueba es más confiables en los niños (menor de 6 años) que en los adultos. La prueba mide el tiempo de retorno de la sangre y el color observado cuando se carga de nuevo de sangre los capilares de la uña. El llenado capilar no debe tardar más de dos segundos y el color debe ser rosado. Si el color regresa color azul, la prueba se invalida, puesto que indica que el llenado capilar proviene de las venas.

**4.1.5** A las 12:30 horas, se reporta en Cirugía General que desde el ingreso del agraviado (14 de agosto), se solicitó la realización de ultrasonido doppler, porque se considera que la fractura está provocando el compromiso vascular; hasta ese momento, no existían los resultados del estudio (ultrasonido) mencionado en notas previas.

**4.1.6** A las 20:00 horas, una vez recabado el resultado de doppler se solicita interconsulta al Servicio de Cirugía. Ésta se realiza a las 21:15 horas; especificando que ya recabada la ultrasonografía *doppler* arterial de miembro pélvico izquierdo, reporta que por el tiempo de la lesión no es candidato para tratamiento de revascularización por ese servicio; debido a las complicaciones de síndrome de revascularización, se sugiere manejo radical o en su caso realizar interconsulta a tercer nivel a servicio de cirugía vascular o angiología.<sup>15</sup>

## **26 de agosto de 2007**

**4.1.7** A las 7:00 horas se indica paciente con dolor moderado en rodilla izquierda, retardo de llenado capilar de los demás dedos, con aumento en el tono muscular de la pierna muscular, pendiente traslado al servicio de angiología. El reporte del estudio doppler; con pronóstico malo, por lo que se realiza solicitud de amputación para el momento que se requiera.<sup>16</sup>

## **27 de agosto de 2007**

**4.1.8** A las 7:00 horas se menciona en el área de Ortopedia que es necesario canalizar al agraviado a otro hospital donde se pueda atender su problema de falta de sensibilidad y movilidad a nivel de miembro pélvico izquierdo.

**4.1.9** A las 10:00 horas en Cirugía General se hace referencia al resultado del ultrasonido del día 25 de agosto, en el cual se observa que el problema vascular de la pierna izquierda del agraviado, amerita su amputación: *paciente con lesión vascular a nivel de arteria poplítea, con hematoma secundario a fuga activa, edema importante de tejidos blandos a descartar síndrome compartimental, arteria femoral común, superficial y profunda sin evidencia de alteración. Ya comentado con paciente necesidad de amputación; consideran se solicite valoración por parte de Angiología para valorar una revascularización o manejo radical.*

**4.1.10** Acta circunstanciada de 27 de agosto de 2007, realizada por un visitador adjunto de la CDHDF, en la cual personal médico del Hospital General Xoco, informó a este Organismo que:

El paciente ingresó el 16 de agosto del 2007, con una herida de arma de fuego en miembro pélvico izquierdo, además de la fractura, el proyectil lesionó una arteria de las que llevan la sangre al resto de la extremidad del cuerpo.

---

<sup>15</sup> Debido al retardo para diagnosticar el daño que provocó la herida por arma de fuego, cuando se pudieron obtener los resultados del mismo, ya era necesario canalizar al agraviado, a un hospital que contara con instrumental más complejo para su debida atención.

<sup>16</sup> Esto significa que debido al retardo para obtener el diagnostico adecuado, ya era necesario llevar acabo la amputación parcial de la pierna izquierda.

A petición del paciente y los familiares se estuvo en espera de que mejorara su evolución, para ver si se formaban vasos colaterales que proporcionaran un adecuado flujo de sangre a la extremidad; pero se le han puesto algunos dedos negros y todo parece indicar que si tendrán que ser amputados.

En ese nosocomio no cuentan con la especialidad de angiología —que es el servicio que requiere el paciente—, por lo que solicitaron desde la semana pasada una valoración en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

El paciente sería trasladado en ambulancia a dicho Hospital, donde le practicarán una arteriografía y el referido especialista estará en posibilidad de determinar si puede haber flujo por otros vasos o se le debe realizar alguna amputación.

**4.1.11** Nota médica del 28 de agosto de 2007, del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, valoración realizada por Cirugía Vascular, en la cual se informa que al agraviado se le practicó una arteriografía<sup>17</sup>, fue intervenido quirúrgicamente (procedimiento de osteosíntesis<sup>18</sup>), encontrando lesión de arteria y fractura de rótula.

**4.1.12** Nota médica realizada el 29 de agosto de 2007 en el Hospital General Xoco la cual hace referencia a la operación del agraviado e indica que está pendiente su traslado al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para intervención de lesión vascular.

**4.1.13** Nota médica realizada el 30 de agosto de 2007, en el Hospital General Xoco, la cual señala que sigue pendiente traslado del paciente al Hospital “Dr. Manuel Gea González” para intervención vascular con pronóstico malo para la función.

**4.1.14** Nota médica de ingreso a cirugía vascular del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en la que se señala: “el paciente se ingresa para realizar colocación de filtro de vena cava<sup>19</sup> y en un segundo tiempo, reparación arterial”.

**4.1.15** El 31 de agosto del 2007, mediante el oficio 3755, el Director del Hospital General Xoco remitió a este Organismo un informe médico suscrito por la Jefa del Servicio de Ortopedia de ese nosocomio, del cual se desprende lo siguiente:

[...] el agraviado, quien ingresa al servicio de urgencias el 13 de agosto del 2007, con antecedentes de agresión por terceras personas que le ocasiona fractura expuesta supracondilea femoral izquierda, por proyectil de arma de fuego tipo IV, con fractura de rótula con probable lesión vascular femoral, por lo cual se solicita la interconsulta al servicio de cirugía general, dado que este tipo de fracturas presentan lesiones vasculares por quemadura del proyectil de arma de fuego.

[...] a su ingreso se descarta lesión arterial, por lo cual ingresa al servicio de ortopedia, donde se integra a protocolo de manejo de fracturas expuestas mediante impregnación, con evolución favorable, se programa para efectuar fijación interna con clavo centro medular retrogrado para el 25 de agosto del 2007, que se difiere

<sup>17</sup> Examen imagenológico que utiliza rayos X y un tinte especial para observar el interior de las arterias.

<sup>18</sup> La osteosíntesis es un tratamiento quirúrgico de fracturas, en el que éstas son reducidas y fijadas en forma estable. Para ello se utiliza la implantación de diferentes dispositivos tales como placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines.

<sup>19</sup> Filtro colocado en la vena que tiene el propósito de impedir que un cuerpo extraño interrumpa la circulación de la sangre.

por presentar en la extremidad pélvica izquierda, al día anterior por la tarde, cambios de coloración en el 5 dedo del pie izquierdo.

Se solicita ultrasonido doppler efectuado en el Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” que reporta: lesión vascular a nivel de la arteria poplítea con hematoma secundario y fuga activa, arterias femorales comunes, superficiales y profundas sin evidencia de alteración estructural. Siendo revalorado por el servicio de cirugía general quienes indican que es candidato a revascularización de la extremidad.

La institución no cuenta con servicio de angiología,<sup>20</sup> por lo cual se solicita valoración al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, efectuado el 28 de agosto del 2007, en quirófano le realizan una arteriografía que reporta: lesión arterial a nivel frontal a 7 cm., por arriba del hueso poplíteo, siendo programado para revascularización de la extremidad una vez fijado el hueso.

El 28 de agosto del 2007, se le realiza fijación externa con clavo centromedular retrogrado a foco cerrado. Estando programado para el 29 de agosto del 2007, por el servicio de angiología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, para efectuar el procedimiento quirúrgico, los médicos de esta institución solicitan filtro para vena cava temporal, ya que los familiares no cuentan con los recursos para la compra del mismo, por lo que queda pendiente la cirugía que es vital para la extremidad, de lo contrario de no realizar este procedimiento el pronóstico es malo para la función de la extremidad.

**4.1.16** Nota de evolución del 1 de septiembre de 2007, realizada en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, indica que al agraviado se le realizaron diversos procedimientos y el día 31 de ese mes realizan exploración vascular con reparación y colocación de injerto de *goretex* (se trata de un material que puede ser usado como arterias artificiales cuando éstas se encuentran muy dañadas). Se realiza curación de herida, con colocación de parche de *duoderm*<sup>21</sup> en la herida de cara interna del muslo izquierdo.

**4.1.17** Nota de alta del 3 de septiembre del 2007, realizada en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” donde se indican los diversos tratamientos médicos aplicados al agraviado con el propósito de restaurar su pierna y evitar la amputación de la misma: *diagnóstico de ingreso: lesión arterial miembro pélvico izquierdo; diagnóstico de egreso: posoperado de colocación de filtro de vena cava, colocación de injerto de PTFE femoropoplíteo, fasciotomía<sup>22</sup>, simpatectomía<sup>23</sup> química; fecha de ingreso: 30 de agosto de 2007.*

---

<sup>20</sup> Es la especialidad médica que se encarga del estudio de los vasos del sistema circulatorio y del sistema linfático; incluyendo la anatomía de los vasos sanguíneos (como arterias, venas, capilares) y la de los linfáticos, además de sus enfermedades.

<sup>21</sup> Este parche tiene la finalidad de proteger la piel y evitar la infección de heridas profundas en el organismo.

<sup>22</sup> Incisión quirúrgica en una región de una fascia (Tejido conectivo fibroso del cuerpo que puede diferenciarse de otras estructuras específicamente organizadas, como tendones, aponeurosis y ligamentos).

<sup>23</sup> Interrupción quirúrgica de parte de las vías nerviosas simpáticas, realizada para aliviar el dolor crónico en enfermedades vasculares como arteriosclerosis, claudicación, enfermedad de Buerger y fenómeno de Raynaud.

**4.1.18** Nota médica transquirúrgica realizada en el Hospital General Xoco por el servicio de cirugía plástica y reconstructiva el 7 de septiembre de 2007, en la cual se manifiesta paciente postoperado (agraviado) de revascularización de miembro pélvico, postoperado de fasciotomías de pierna; en la exploración quirúrgica se observa que la pierna ya presenta la muerte de los músculos y piel del compartimiento posterior y lateral de la pierna izquierda. Por lo que ya no es procedente un procedimiento reconstructivo; quedando a cargo del servicio de ortopedia, para valorar tratamiento radical (amputación).

A las 13:30 horas de la misma fecha, la nota posquirúrgica refiere diagnóstico de ingreso: PO revascularización de arteria femoral y fasciotomía de pierna izquierda, necrosis muscular; diagnóstico de egreso: amputación supracondilea.

**4.1.19** El 17 de septiembre del 2007, mediante el oficio 3778 el Director del Hospital General Xoco remitió a este Organismo un informe médico suscrito por la Jefa del Servicio de Ortopedia de ese nosocomio, del cual se transcribe lo siguiente:

[...] el agraviado, masculino 20 años, quien ingresa al servicio de urgencias el 14 de agosto del 2007, con fractura expuesta femoral izquierda y de rótula con probable lesión vascular.

Ingresa al servicio de ortopedia y se integra protocolo de tratamiento quirúrgico, así como protección antitetánica, antitrombóticos y antibióticos por tratarse de una fractura expuesta, se solicitan estudios de laboratorio y se programa para realizar fijación interna de clavo centromedular retrógrado femoral para el 25 de agosto del 2007, procedimiento que se difiere por presentar complicaciones médicas.

Se indica consulta a cirugía general quien indica que por las características, el paciente es candidato a revascularización.

[...]

En relación a si se realizó procedimiento de diagnóstico o medicamentos para detectar su lesión, se solicitó interconsulta al servicio de cirugía general para descartar lesión vascular, dado las características de la fractura y la lesión por proyectil de arma de fuego, dicho servicio indicó que no es candidato a exploración, ya que en ese momento sólo presentaba contusión perivascular y presencia de hematoma venoso. Le efectuaron estudios de imagen simples de rodilla y muslo, donde se aprecia fractura supracondilea femoral y de rótula. Quedó pendiente una nueva revaloración de entrar a quirófano en caso de drenaje, así como cierre definitivo del muñón.

**4.1.20** Nota de alta médica del 25 de septiembre del 2007, realizada en el Hospital General Xoco, en la cual se hace descripción de la cirugía en la que se amputó la pierna izquierda al agraviado.

**4.1.21** Consta en acta circunstanciada de fecha 10 de marzo de 2008, que la peticionaria indicó que desde el mes de noviembre de 2007, el agraviado fue atendido en el Instituto Nacional de Rehabilitación, donde le brindan consulta, terapia y a partir del 21 de mayo utiliza una prótesis.

**4.1.22** Opinión del médico visitador de la CDHDF del 8 de julio de 2008, en la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Hubo un retardo por parte de los médicos ortopedistas tratantes, en el diagnóstico de la lesión vascular que presentó el agraviado, posterior a la fractura de fémur y rótula; no siguieron las indicaciones de los médicos interconsultantes, los cuales especificaron que se realizara estudio de ultrasonido doppler. Asimismo no realizaron una buena valoración ni exploración, causando que no detectaran la alteración vascular, ni observaran cuando se inició la necrosis del quinto dedo y posteriormente de la masa vascular.

Como mencionaron en la valoración del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el pronóstico era malo por el tiempo de evolución de la lesión (17 días a partir de la lesión hasta la fecha en que se realizó la colocación del injerto en la arteria); lo que probablemente significa que si el *ultrasonido doppler* se hubiera realizado cuando se indicó de primera instancia (a unas horas de su ingreso), la atención hubiera sido de mejor calidad.

Hay incumplimiento en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en el numeral 8.3, pues no existe nota de evolución de los días 26 y 28 de agosto, así como el 4,5, 6 y 7 de septiembre de 2007. Al no existir esas notas de evolución conforme a los requerimientos señalados en la Norma Oficial de mérito, trajo como consecuencia que no existiera una exploración adecuada, porque nunca se menciona la existencia de deterioro neurovascular hasta que se detectó la necrosis del quinto dedo de la pierna izquierda y posteriormente la necrosis de los músculos del miembro en comento.

**4.1.23** Opinión técnica de médico especialista en angiología y cirugía vascular, presentada ante este Organismo el día 10 de julio de 2009, en la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El Hospital General de Xoco como dependencia institucional, al no contar con un servicio de angiología o cirugía vascular para el adecuado diagnóstico y manejo de patologías vasculares de toda índole, contribuyó determinadamente en la mala práctica médica que se le proporcionó al paciente.

La documentación del expediente clínico a nombre del paciente denota desconocimiento, inexperiencia y falta de habilidad del servicio de cirugía general para atender lesiones vasculares, los que aplicados al caso conllevó mala práctica médica que también contribuyó determinadamente en la pérdida parcial de la extremidad pélvica izquierda y de los múltiples riesgos quirúrgicos a los que fue sometido el paciente.

De haberse realizado el diagnóstico oportuno y canalizarse al paciente a hospital de tercer nivel, seguramente se habría evitado la amputación parcial de miembro pélvico izquierdo del paciente. Además no se hubieran realizado los múltiples gastos hospitalarios que implicaron los procedimientos médico quirúrgicos tardíos e infructuosos.

Aunque los servicios de urgencias y de traumatología y ortopedia del Hospital General Xoco, no cuentan con médicos especialistas vasculares y no se les puede

exigir el conocimiento especializado en este tipo de casos, si les es reprochable médicamente que habiendo sospechado la patología que presentaba el paciente, no fueron un poco más allá de sus conocimientos, debiendo haber solicitado una ultrasonografía doppler y una angiotomografía con contraste o, en su defecto, el traslado urgente a un hospital de tercer nivel para valoración por un servicio de angiología o de cirugía vascular.

**4.1.24** Opinión médica realizada por perito en Ortopedia y Traumatología de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, del 31 de julio de 2009, en relación con el análisis del tratamiento médico otorgado al agraviado, la cual obra en la Averiguación Previa FSP/B/T2/2029/08-09. Del análisis a este documento, se observaron las siguientes conclusiones que a continuación se transcriben:<sup>24</sup>

En el presente caso la valoración inicial de los médicos en el servicio de urgencias, principalmente de la especialidad de ortopedia no fue el adecuado debido a que se minimizó el compromiso vascular que se presentaba, así mismo se encuentra mala práctica médica por parte del servicio de urgencias así como el de ortopedia debido a que el servicio de cirugía general en dos valoraciones que realizó mientras el paciente se encontraba en URGENCIAS, indicó la realización de un estudio doppler vascular para VERIFICAR QUE NO SE ENCONTRARA COMPROMISO VASCULAR O LESIONES VASCULARES DE LA REGIÓN; aunque en la segunda valoración refiere que puede ser realizada en el transcurso de la semana ésta no fue realizada en el tiempo en que indicada si no hasta el día en que se encontraron las secuelas del compromiso vascular.

Por lo cual se encuentran elementos de mala práctica médica en la atención del lesionado. Llama la atención que en las notas médicas del servicio de ortopedia de su ingreso hasta el día 24 de junio que fue cuando iba a ser intervenido, se menciona sin compromiso neurovascular distal pero al retirar la férula en quirófano, se encuentran datos francos de secuelas por isquemia a nivel de 5º dedo el cual se encuentra necrótico, es decir, negro, con lo que se confirma que no se realizó la adecuada valoración del compromiso neurovascular distal, así mismo, durante la estancia en ortopedia no se verificó el estado de la piel secundario a edema de la pierna como es la presencia de las flictenas que se menciona al momento del retiro de la férula, lo cual indica sufrimiento de los tejidos blandos en especial secundarios a edema o isquemia, CORROBORÁNDOSE QUE NO EXISTIÓ EL ADECUADO SEGUIMIENTO DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN.

Si el [...] doppler se hubiera realizado en fechas cercanas a su ingreso, es decir durante su permanencia en urgencias o los primeros días de su ingreso a ortopedia, podía haberse evitado las secuelas por la isquemia secundaria a la lesión vascular que presentó en la región del muslo y por ende se podía evitar con alto grado de probabilidad llegar a la amputación.

Es decir entre más rápidamente se estableciera el diagnóstico y tratamiento de la lesión vascular menor sería la probabilidad de que llegara a ser amputada la extremidad inferior.

---

<sup>24</sup> Los resaltados en letra mayúscula, corresponden a la escritura original del documento transcrito.

Encontrando en esta mala práctica relación directa con la causa y efecto que llevó a la amputación.

Por lo que se encuentran elementos de mala práctica consistente en NEGLIGENCIA. OMISIÓN Y FALTA DEL DEBER DE CUIDADO, derivándose de estas lesiones las cuales consistieron en la pérdida de la extremidad inferior izquierda.

## **4.2. Caso 2. Hombre de 25 años de edad, que fallece al no ser debidamente atendido por un problema de apendicitis.**

### **Notas Médicas del Hospital General Xoco.**

**4.2.1** Nota de urgencias realizada a las 22:21 horas del 19 de noviembre de 2007, en la cual señala: “paciente masculino de 32 años, acude al servicio por presentar dolor urente,<sup>25</sup> punzante, de 5 días de evolución. Tratamiento previo con ranitidina, omeprazol y ketorolaco, sin mejoría, agregándose fiebre y estreñimiento. Impresión diagnóstica: síndrome de dolor abdominal, apendicitis aguda”.

### **4.2.2** Notas del 20 de noviembre de 2007:

- A las 00:00 horas, se indica: masculino de 32 años que inicia su padecimiento 5 días antes de su ingreso. Paciente que se encuentra con datos clínicos de abdomen agudo secundario a probable apendicitis aguda. Impresión diagnóstica: *apendicitis aguda. Se reporta delicado.*

- Valoración por cirugía general realizada a las 6:30 horas, en la cual se refiere: “que el paciente presenta por cuadro clínico y laboratorios, apendicitis aguda. Se solicita tiempo quirúrgico. Preparar para quirófano”.

- Posquirúrgica realizada a las 11:00 horas en la cual se indica que se llevó a cabo la extracción del apéndice, pero existe el riesgo de que se desarrolle una infección aunado a que existe una abertura anormal por la cual salen heces fecales: *Cirugía realizada: Apendicectomía con manejo de muñón apendicular tipo pouche, lavado y secado de cavidad, colocación de penrose dirigido a hueso pélvico. El paciente tiene muchas probabilidades de desarrollar infección de la herida quirúrgica, absceso residual, fístula estercorácea,<sup>26</sup> y riesgo de ameritar hemicolectomía por los hallazgos comentados.<sup>27</sup>*

**4.2.3** Nota médica realizada el 22 de noviembre de 2007, a las 08:00 horas en la cual se indica paciente febril con 39 °C, en regular estado de hidratación, sin compromiso cardiopulmonar aparente, sitio quirúrgico sin exudados. Se mantiene en vigilancia estrecha con la posibilidad de reintervención.

---

<sup>25</sup> Dolor sugestivo a vías urinarias.

<sup>26</sup> Abertura anormal que surge desde el intestino hacia la piel, por donde pueden salir hasta heces fecales.

<sup>27</sup> Esta nota médica hace referencia a las complicaciones que pueden existir después de la intervención quirúrgica, debido al avance que presentaba esta enfermedad en el organismo de la persona agraviada.

**4.2.4** Nota médica realizada el 25 de noviembre de 2007, a las 8:00 horas, en la cual se informa paciente con abdomen de herida quirúrgica abierta, con datos de fístula estercorácea, muy delicado.

**4.2.5** Nota médica realizada a las 08:00 horas, del 28 de noviembre de 2007, en la cual se informa que el agraviado no ha logrado recuperarse y requiere intervención quirúrgica.

Nota agregada a las 8:50 horas de la misma fecha, en la cual se indica que al paciente se le abrió la herida quirúrgica; por consecuencia, tiene salida de excremento por la misma; se considera necesario extirpar parte del intestino grueso, acepta el procedimiento. No obstante esta indicación, a las 16:00 y 18:00 horas de la fecha señalada, el paciente continúa en observación pendiente de tiempo quirúrgico debido a urgencias del servicio.

**4.2.6** Nota médica realizada el 29 de noviembre de 2007, a las 9:00 horas en la cual se señala que se suspende la extirpación que se tenía programa de una parte del intestino grueso.

**4.2.7** Nota médica del 30 de noviembre de 2007, a las 8:00 horas, en la cual se informa que el paciente se encuentra estable para llevar a cabo el procedimiento señalado en el punto inmediato anterior.

**4.2.8** Nota médica del 1 de diciembre de 2007, realizada a las 14:20 horas del 1 de diciembre de 2007, en la cual se indica la necesidad de pasar al quirófano a la persona agraviada, para realizar lavado de cavidad, así como la colocación de un ano artificial; sin embargo, también se hace el señalamiento de que se deben mejorar los tiempos de coagulación y realizar gastroclisis para mantener tracto digestivo limpio y disminuir riesgo de contaminación macroscópica a cavidad en forma generalizada.

**4.2.9** Nota médica posquirúrgica del 2 de diciembre de 2007, realizada a las 19:18 horas, en la que se indica paciente con diagnóstico preoperatorio probable perforación de intestino grueso, del cual emana materia fecal y purulenta, por lo que se procede a mencionar las acciones quirúrgicas llevadas a cabo: *Cirugía realizada laparotomía exploradora, hemicolectomía derecha, cierre distal en bolsa de hartman, ileostomía, lavado y secado de cavidad, abdomen abierto con bolsa de Bogotá.*

**4.2.10** Nota médica posquirúrgica realizada a las 9:00 horas del 4 de diciembre de 2007, en la cual se refieren las acciones quirúrgicas realizadas a la exploración y limpieza del abdomen, así como la colocación de una bolsa estéril para el cierre temporal del abdomen que permite nuevas exploraciones al mismo (bolsa de Bogotá) y un mecanismo para sustraer los desechos orgánicos del organismo: *diagnóstico pre y postoperatorio, PO laparotomía exploradora, ileostomía y abdomen abierto con bolsa de Bogotá, cirugía realizada lavado quirúrgico, colocación de succión abdominal continua, reforzamiento de serosa de delgado.*

**4.2.11** Informe médico del 4 de diciembre de 2007, remitido por el Director del Hospital General Xoco respecto a la atención médica brindada al agraviado y signada por la Jefa del Servicio de Cirugía General de ese nosocomio, del que se desprende lo siguiente:

El agraviado fue intervenido quirúrgicamente el 20 de noviembre de 2007, por presentar cuadro de apendicitis aguda, durante 4 días de evolución durante el transoperatorio se encontró apéndice necrozada y perforada a nivel del ciego, así como ciego friable y despulido, material purulento en fosa pélvica por lo que se realizó apendicetomía con cierre e invaginación del muñón, reforzamiento serosa del ciego y se dejó drenaje penrose centinela en caso de que se presentara fístula estercorácea.

El paciente se manejó en el postoperatorio con analgésicos, sonda nasogástrica, antibióticos de triple esquema, hidratación a requerimientos.

El 24 de noviembre de 2007, el paciente se encontraba ubicado en la cama 201-B, del Servicio de Cirugía General en cuarto aislado, ya que presentó infección de herida quirúrgica y salida de material fecal a través de la misma. A partir del 25 de noviembre en la que se evidenció la fístula estercorácea se colocó sonda nasogástrica y se inicia nutrición parenteral total, se le mejoraron condiciones nutricionales y hematológicas.

El día 2 de diciembre de 2007, se le realizó hemicolectomía derecha con ileostomía ya que la fístula estercorácea era de alto riesgo y se decide dejar abdomen abierto con bolsa de Bogotá para lavados quirúrgicos subsecuentes abdominales y cuando se encuentre limpio cerrar la pared abdominal.

Se tratará con las autoridades correspondientes para colocar VAC abdominal para manejo de cavidad abdominal.

**4.2.12** Nota médica del 10 de diciembre de 2007, realizada a las 8:00 horas, en la cual se indica paciente con alto riesgo de complicaciones en la recuperación por causa de una infección: *sepsis de origen abdominal, falla orgánica múltiple; riesgo elevado de que se generen fístulas intestinales y absceso intrabdominal; pronóstico reservado a la evolución y a la respuesta inflamatoria sistémica que presenta.*

**4.2.13** Nota médica del 14 de diciembre del 2007, emitida por la Unidad de Cuidados Intensivos a las 12:00 horas, en la cual se refiere que si bien el agraviado presentaba una infección crónica, ésta no afectaba a otros órganos: *paciente con proceso séptico abdominal crónico que no compromete la función de otros órganos, sugiere toma de cultivos y ajuste de antimicrobianos.*

**4.2.14** Registros de Enfermería los cuales reportan que el 23 de diciembre de 2007 fue el último día en el suministro de *imipenem*<sup>28</sup> del paciente. En las indicaciones subsecuentes registradas por el área de enfermería, no se reportó tratamiento con antibióticos para el paciente.

**4.2.15** Nota médica de valoración del 25 de diciembre del 2007, por la unidad de cuidados intensivos realizada a las 22:20 horas, en la que se menciona que el paciente sigue padeciendo de infección en la zona abdominal así como hiponatremia, que es un desequilibrio provocado por la pérdida de sodio en el organismo, mismo que acompaña a la presencia de enfermedades graves y que de no ser tratado puede provocar daño cerebral y la muerte: *con diagnóstico de sepsis abdominal terciaria, desequilibrio*

---

<sup>28</sup> Esta medicina se aplica para combatir los casos de infección grave en el organismo.

*ácido/base, alcalosis mixta, desequilibrio hidroelectrolítico de tipo hiponatremia hipoosmolar hipovolémico; cursa su 34° día de estancia intrahospitalaria. No cumple criterios de sepsis grave ni de choque séptico. Se sugiere ajuste de líquidos, toma de nuevos cultivos, ajuste nutricional y tratamiento quirúrgico definitivo.*

**4.2.16** Nota médica de valoración por la unidad de cuidados intensivos realizada a las 19:00 horas del 30 de diciembre de 2007, en la cual se **indica paciente con datos de abandono hospitalario**,<sup>29</sup> campos pulmonares con dificultad respiratoria, abdomen en malas condiciones de higiene, bolsa de bogotá con asas de color rosado, colostomía con material similar a melena que se fuga a través de colostomía y contamina asas, sin peristalsis (movimiento intestinal que indica el normal funcionamiento de éste órgano). Se sugiere revalorar terapia antimicrobiana, reajustar nutrición parenteral.

**4.2.17** Notas médicas del 1 de enero del 2008, donde se informa que el agraviado presenta mal estado general, taquicardia y se encuentra grave. Posteriormente, dejó de respirar y aún cuando se hicieron maniobras de reanimación, se da por fallecido a las 22:00 horas de ese día.

**4.2.18** Acta circunstanciada de fecha 21 de enero de 2008, en la cual consta que la peticionaria informó a personal de esta Comisión que:

Su esposo ya mostraba mejoría en su estado de salud, pues se levantaba sin ayuda, presentaba color en su semblante y no tenía fiebre. Incluso, el 28 de diciembre, su médico tratante nuevamente le realizó una limpieza y suturó un poco más la fístula que presentaba.

El 30 de diciembre de 2007, lo visitó y se percató que del lugar donde se encontraba ubicado su esposo se desprendía un olor fétido (entre material y sangre), le levantó la sábana que lo cubría y descubrió que éste se encontraba sumamente sucio de materia fecal con sangre, la cual supuraba de la herida. Aclara que en ese lugar, también había moscas debido a la deficiente higiene con la que cuenta el hospital.

Acudió a solicitar el apoyo de personal de enfermería, al cual no encontró. Sin embargo, ubicó al doctor Gama, quien al quitarle las vendas el olor fétido que desprendía su esposo era aún más fuerte e insoportable.

Al siguiente día (31 de diciembre), también se percató que su familiar continuaba desprendiendo un olor desagradable y presentaba fiebre a pesar de que ya se encontraba limpio. Asimismo, ya se encontraba pálido en su semblante.

El 1 de enero del 2008, al visitarlo por la mañana se percató que éste presentaba 40 grados de temperatura, lo cual originó que empezara a alucinar y costarle trabajo hablar, aunado a que de nueva cuenta se encontraba sumamente sucio de materia fecal y sangre.

Una vez que terminó el horario de visita del hospital, se retiró a su domicilio y fue aproximadamente a las 22:00 horas de ese día cuando familiares de su esposo se comunicaron con su hermana para informarle sobre su fallecimiento.

---

<sup>29</sup> Se hace este resaltado porque así se encuentra literalmente escrito en la nota médica de referencia.

**4.2.19** Oficio 4085-2 del 8 de febrero del 2008, mediante el cual el Director del Hospital General Xoco remitió a este Organismo un informe médico en ampliación, suscrito por la Jefa del Servicio de Cirugía General de ese nosocomio, en el que se destaca:

El 27 de diciembre de 2007, paciente evolucionando de 35 días de estancia intrahospitalaria con diagnóstico de sepsis abdominal secundaria a apendicitis complicada y modificada por medicamentos prescritos por médico particular, abdomen abierto con salida de material purulento y fístula intestinal, se manejó con nutrición parenteral total, loperamida, vitamina c, metilprednisolona, ketorolaco, difenidol, omeprazol, sucralfato, medidas generales de enfermería, control estricto de líquidos, dextrostix por turno e insulina rápida a requerimientos, se le realiza curación de abdomen abierto y aspiración de material purulento a succión continua.

El 28 de diciembre de 2007, gasto de fístula de 450 cc intestinal e ileostomía, mismo manejo de medicamentos, se le realiza curación por irrigación del abdomen abierto, cambio de karayanse, afrontamiento de bordes de fístula para cierre de toda área y se conecta succión gentil para control de la fístula, se reporta grave.

El 29 de diciembre de 2007, el paciente se refiere con astenia y adinamia, se le combina NPT con dieta polimérica a tolerancia, fiebre de 38 grados centígrados, aumento de frecuencia cardíaca de 100 x minuto, aumento de la frecuencia respiratoria 29 x minuto, continua con cierre hermético de abdomen y succión gentil con gasto de 330cc en 24 hrs. Se reporta grave.

El 30 de diciembre de 2007, con tendencia a hipotensión y letargo frecuencia cardíaca 135 x minuto, frecuencia respiratoria 30 x minuto con febrícula, el gasto de la succión aumenta a 580 cc de material serohemático, ileostomía con gasto de 200cc, se solicitó interconsulta a la Unidad de Terapia Intensiva por gravedad del paciente quien después de ajustar medicamentos y líquidos no considera paso a esta unidad.

El 31 de diciembre de 2007, con astenia adinamia, tendencia a hipotensión, hemoglobina de 7.5 por sangrado de tubo digestivo a través de la fístula intestinal con gasto de 1125, fétido, 45 cc por ileostomía, se deja abdomen abierto con bolsa de Bogotá, hemotransfusión de paquetes globulares por el sangrado del tubo digestivo, se solicita panendoscopia<sup>30</sup> la cuál no es posible realizar por inestabilidad del paciente.

El 1 de enero de 2008, continúa con tendencia a taquicardia, taquipneico, somnoliento con picos febriles.

A las 13:00 horas el paciente baja de presión arterial 90/50, frecuencia cardíaca 120 por minuto, se solicita interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos, se reporta grave.

A las 21.00 horas continúa con hipotensión a pesar de hemotransfusión.

A las 21:30 horas presentó paro cardiorrespiratorio, se le dan maniobras avanzadas de resucitación cardio pulmonar durante 30 minutos, se administran 2 ámpulas de adrenalina, 1 ámpula de atropina sin revertirse el evento por lo que se da por fallecido a las 22:00 horas con los siguientes diagnósticos: choque hipovolémico grado I, sangrado de tubo digestivo

---

<sup>30</sup> Es un estudio realizado a través de una cámara con un tubo flexible, encaminado a detectar probables anomalías en la parte superior del sistema digestivo.

alto, coagulopatía, sepsis de origen abdominal, fístula intestinal y desequilibrio hidroeléctrico.

#### **4.2.20** Dictamen de médico especialista en Cirugía General del 17 de julio de 2009, en el cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Primera. El manejo otorgado al paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital General Xoco se realizó con apego a *lex artis*.

Segunda. No existe evidencia pericial en el expediente remitido a estudio, de administración de tratamiento previo; sin embargo, el paciente refirió el uso de analgésicos al ingreso al Servicio de Urgencias y lo reiteró durante la valoración por el Servicio de Cirugía General; con ello, modificó el cuadro clínico y ocasionó retraso en su diagnóstico.

Tercera. Apreciamos diferimiento en solicitar atención médica por parte del paciente, en efecto, de acuerdo a la nota de ingreso de fecha 19/11/07, inició su padecimiento 5 días antes, con ello, permitió la evolución de la enfermedad, favoreciendo la progresión del daño y la presentación de las complicaciones, mismas que incidieron en la tórpida evolución que presentó.

Cuarta. Si bien hubo retraso en la atención por Cirugía General el 20/11/07, esto no incidió en la evolución de la apendicitis del paciente pues no hay evidencia de agravamiento de las condiciones clínicas a su ingreso.

Quinta. El tratamiento quirúrgico del 20/11/07 otorgado al paciente fue acorde a lo recomendado en la literatura de la especialidad.

Sexta. Las complicaciones en el postoperatorio inmediato de apendicectomía presentadas por el paciente, no son secundarias a mal praxis, sino debidas al diferimiento en la solicitud de atención médica por el agraviado.

Séptima. El Servicio de Cirugía General incurrió en mala práctica al diferir el tratamiento quirúrgico de la fístula estercorácea del 29/11/07 al 02/12/07, lo que permitió la progresión del padecimiento a un estado de sepsis que puso en peligro la vida del paciente.

Octava. Apreciamos deficiencias institucionales al no asegurar medidas administrativas para la realización oportuna de los procedimientos quirúrgicos, en los términos señalados en el cuerpo del presente dictamen.

Novena. Apreciamos mal praxis en la atención médica otorgada por el Servicio de Cirugía General a partir del 24 de diciembre de 2007, pues pese a los datos clínicos de persistencia de un proceso infeccioso, se suspendió el tratamiento con antibióticos. Esta omisión grave condicionó la muerte del paciente pues lo llevó a un estado de choque irreversible y falla orgánica múltiple, que tampoco fueron atendidas con los medios terapéuticos que ameritaba.

#### **4.3. Caso 3. Mujer de 29 años de edad, que por error médico broncoaspira durante la inducción anestésica aplicada al practicarle una intervención quirúrgica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.**

**4.3.1** Nota médica inicial del Servicio de Urgencias realizada en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, del 10 de agosto de 2008, señala que la paciente inició su padecimiento 15 días antes, exacerbada hace 3 con dolor en hipocondrio (parte superior y lateral del abdomen) derecho acompañado de náuseas y 3 vómitos sin irradiaciones. A la exploración física abdomen blando con dolor en hipocondrio derecho y epigastrio,<sup>31</sup> positivo para Murphy (signo para orientar si el dolor proviene de la vesícula biliar) y positivo también para Giordano (signo para orientar si el dolor proviene de los riñones).

**4.3.2** Nota del 11 de agosto de 2008, se extirpó la vesícula biliar a la agraviada y dos días fue egresada con indicaciones a seguir.

**4.3.3** Notas médicas del 16 de agosto de 2008, en las que constan las valoraciones realizadas a la agraviada en el Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”:

- Servicio de cirugía general, la agraviada regresó refiriendo dolor intenso en ambos cuadrantes inferiores de abdomen, no se escucha peristalsis, signo de rebote generalizado, presenta clínicamente abdomen agudo. Requirió exploración quirúrgica.

- Nota preanestésica y postanestésica, no refiere anomalía alguna en el tratamiento proporcionado a la agraviada.

- Nota postquirúrgica indica que existió una perforación intestinal probablemente por Divertículo de Meckel<sup>32</sup>, por esta razón, fue necesario extirpar una parte del intestino grueso de la usuaria del servicio médico, el procedimiento quirúrgico fue: *resección intestinal con cierre distal, ileostomía, lavado de cavidad abdominal, colocación bolsa de Bogotá. En la nota de registro de intervención quirúrgica se señala que aspiraron aproximadamente 1500 cc. de material intestinal. Se apreció perforación de íleon<sup>33</sup> de 60 centímetros de la válvula ileocecal, se realiza resección de segmento de aproximadamente 10 centímetros. Se cierra asa distal y se realiza ileostomía terminal proximal.*<sup>34</sup>

- Nota médica de ingreso al área de cirugía general, la cual señala que a la paciente le fue extirpado una parte del intestino por causa de Divertículo de Meckel: *procedente de quirófano con el diagnóstico de laparotomía exploradora, resección intestinal, cierre distal, lavado de cavidad secundario a probable Divertículo de Meckel perforado. Abdomen*

---

<sup>31</sup> El epigastrio es, en anatomía, la región superior y media del abdomen que se extiende desde el diafragma hasta aproximadamente el 7mo u 8vo espacio intercostal, y queda limitada en ambos lados por las costillas falsas.

<sup>32</sup> Se trata de una malformación congénita que solamente tiene el 2% de la población mundial, consiste en una bolsa pequeña que se forma en la parte inferior del intestino delgado y generalmente permanece asintomático durante toda la vida de quien lo presenta. Saco anormal que surge desde la pared del íleon. Es congénito y se produce por el cierre incompleto del conducto vitelino, cuando surge una complicación de esta naturaleza puede haber una estrangulación o como en este caso, una estrangulación del intestino.

<sup>33</sup> Es la sección final del intestino delgado, el cual mide 4 centímetros en promedio.

<sup>34</sup> En la ileostomía permanente se extirpa la porción lesionada del intestino grueso; en ocasiones se pueden volver a conectar los segmentos distal y proximal del intestino una vez curadas las zonas ulceradas. Entonces se aflora un asa de íleon proximal al abdomen y se fija en posición, formando el estoma. Tras la operación, el paciente lleva una bolsa desechable para recoger la materia fecal semilíquida, que comienza a drenar una vez recuperado el peristaltismo y retirada la sonda.

*doloroso a la palpación media y profunda en ambos cuadrantes inferiores, requiere lavado quirúrgico en las siguientes 48 o 72 horas, alto riesgo de abscesos residuales.*

- Nota médica trans o posquirúrgica realizada a las 22:00 horas, la cual indica que la cirugía programada fue: *lavado quirúrgico con remodelación de estoma. Se aplicó anestesia general balanceada. Se realizó laringoscopia directa ó Camarck Lehene, encontrándose contenido gastrointestinal, se aspiró abundantemente y se intubó con sonda Murphy. Se realizó lavado bronquial y se encontró líquido gastrobiliar abundante. Se conectó a ventilador mecánico.*

**4.3.4** Notas médicas de la Unidad de Terapia Intensiva realizadas el 18 de agosto de 2008, de las que se obtienen los siguientes datos:

- 13:30 horas, al momento de realizar una cirugía para lavado de cavidad abdominal, la persona agraviada broncoaspiró y por consecuencia se encuentra en estado de salud grave.

- Comentario emitido por el médico tratante en la misma nota médica, en la cual menciona que puede haber consecuencias en la salud del sistema respiratorio de la persona agraviada a causa de broncoaspiración.

- La nota médica de registro de intervención quirúrgica, la cual explica lo que ocurrió para que la agraviada llegara a broncoaspirar al momento de la cirugía: *se realiza lavado quirúrgico y durante la inducción de la anestesia presenta regurgitación de contenido gástrico con aspiración del mismo.<sup>35</sup> Gran riesgo de neumonitis química y neumonía agregada.<sup>36</sup> Requiere lavado en 48 horas aproximadamente.*

**4.3.5** Nota médica del 23 de agosto de 2008, evolución en terapia intensiva, en la cual se informa sobre las técnicas médicas aplicadas a la agraviada después de que broncoaspiró:

Paciente que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 18/08/08 procedente de quirófano programado para lavado de cavidad con evidencia de líquido libre pos resección intestinal, se da inducción por parte del servicio de anestesiología, presentando como complicación broncoaspiración de abundante material gastrobiliar, se le realiza lavado bronquial con agua inyectable, estando en el transoperatorio con saturaciones bajas y continuamos manejo de la UCI.

Durante su estancia en la UCI con evolución al inicio tórpida, ameritando aminas, apoyo ventilatorio, manteniendo sedación y se deja esquema antimicrobiano de amplio espectro, posterior a cierre de cavidad [...].

Pronóstico: De acuerdo a evolución, de momento continúa siendo reservado.

Estado de Salud: Muy grave.

---

<sup>35</sup> Es el regreso del contenido gástrico alimentario a través del esófago.

<sup>36</sup> Esto significa que la persona agraviada aspiró líquido con alimentos hacia los pulmones, lo cual genera la inflamación del tejido pulmonar.

**4.3.6** Nota de reingreso al servicio de cirugía general del 31 de agosto de 2008 en la que se señala: *se trata de paciente que se encontraba en la Unidad de Terapia Intensiva con los diagnósticos de colecistectomía abierta el 11 de agosto de 2008, laparotomía exploradora secundaria a perforación de Divertículo en ileón el 15 de agosto de 2008, lavado y cierre el 16 de agosto de 2008, broncoaspiración el 16 de agosto de 2008, resulta neumonitis.*<sup>37</sup>

**4.3.7** El 7 de agosto de 2008, se reporta el egreso de la agraviada del Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, por presentar mejoría en su estado de salud.

**4.3.8** Resumen clínico de la paciente, realizado a petición de este Organismo por personal de cirugía general del Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, el 9 de octubre de 2008. En ella se explica que antes del problema derivado del Divertículo de Meckel, la paciente originalmente fue atendida por una contingencia de salud en la vesícula biliar.

**4.3.9** Informe remitido por el Director del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” el 15 de octubre del 2008, mediante oficio D/0514/08, en el cual explica el tratamiento aplicado cuando se atendió el problema de salud relacionado con el Divertículo de Meckel y la posterior broncoaspiración:

[...] la atención proporcionada a la paciente consistió en lo siguiente:

I. Colecistectomía abierta con técnica convencional el 11 de agosto, sin accidentes ni incidentes, siendo egresada en buenas condiciones, el día 13 de agosto con indicaciones a seguir y la firma de acuerdo del familiar responsable.

II. Laparotomía exploradora el 16 de agosto de 2008, teniendo como hallazgo líquido libre en cavidad de aspecto intestinal 1500 cc aproximadamente, perforación intestinal de íleon terminal a 60 cm de la válvula ileocecal, además de abundantes natas fibrino purulentas y colecciones subdiafragmáticas pélvicas e interasa.

III. Por este motivo, se realizó resección intestinal del segmento afectado, ileostomía, cierre distal de intestino, lavado de cavidad y manejo de abdomen abierto con colocación de bolsa de Bogotá.

[...]

VI. El 18 de agosto fue llevada a quirófano para realizar lavado de cavidad, teniendo como hallazgo líquido libre en el peritoneo. Infortunadamente durante la inducción anestésica presentó aspiración de contenido gástrico por lo que fue trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva.

---

<sup>37</sup> Inflamación del pulmón. La neumonitis puede estar provocada por un virus o bien puede tratarse de una reacción de hipersensibilidad a productos químicos o polvos orgánicos, como bacterias, excrementos de pájaros o mohos. Habitualmente se trata de una inflamación fibrosante, intersticial, granulomatosa del pulmón, especialmente de los bronquiolos y alveolos. Un síntoma frecuente es la tos seca.

VII. En la Unidad de Terapia Intensiva se instaló protocolo de manejo en la función ventilatoria por neumonitis secundaria a aspiración, proporcionándole soporte mecánico con ventilador de volumen con PEEP elevado hasta mejorar condiciones que permitieran realizar un nuevo evento quirúrgico.

VIII. Egresó de la Unidad de Terapia Intensiva, el 31 de agosto y fue trasladada al piso de cirugía general para continuar con manejo postoperatorio con indicaciones, nutrición parenteral total, control analgésico, vigilancia de herida y de ileostomía.

IX. Durante su estancia en piso de cirugía general presentó sangrado de tubo digestivo alto, por lo que se realizó transfusión de paquetes globulares y manejo con omeprazol intravenoso.

X. Habiéndosele corregido su estado hemodinámico y con adecuada biometría hemática de control, adecuada tolerancia a la vía oral e ileostomía funcional, se decide su egreso el 7 de septiembre a su domicilio.

[...]

**4.3.10** El 24 de febrero del 2009, la agraviada informó a personal médico de este Organismo lo siguiente:

Ingresó por primera ocasión al Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, el 10 de agosto del 2008, por dolor abdominal de intensidad 5 a escala de 10, no recuerda otras características, que por ello fue sometida a cirugía, en la que le quitaron la vesícula biliar y dos días fue dada de alta por mejoría. Durante la estancia en su casa no presentó fiebre y el dolor en abdomen fue localizado en la herida quirúrgica.

El 15 de agosto, estando en su casa, presentó dolor intenso calificado en 10 de 10, por debajo de la herida quirúrgica, pero no presentó fiebre. Por lo anterior, acudió al Hospital señalado, donde le diagnosticaron perforación intestinal sin decirle el origen de tal perforación. Entró a cirugía en donde le practicaron una ileostomía.

El 18 de agosto ingresó nuevamente a cirugía para lavado mecánico de abdomen y después supo que broncoaspiró. Lo único que recuerda es que le aplicaron una inyección y recobró el conocimiento hasta el 24 o 25 de agosto. Desde el 16 de agosto, fecha en que le realizaron la ileostomía, no había ingerido ningún alimento.

Ese día, presentaba astenia (ausencia o disminución de fuerza), dolor tipo punzante y urente (ardor) en cadera, que se presentaba cuando camina por un lapso de 20 minutos. Además presentaba dolor en herida quirúrgica tipo punzante calificado en 8 de intensidad, el cual se presentaba al roce de la ropa o en ocasiones de manera espontánea, el dolor es fijo sin irradiaciones. Asimismo, que con los alimentos de cualquier tipo se le distiende el abdomen y que ello la ha hecho vomitar en dos ocasiones, que además presentaba *eructos* constantes, el cual le dura dos o tres días

En cuanto a su comportamiento, siente que en lo que ha cambiado es que antes era una persona muy activa y que ahora no puede hacer prácticamente nada por la ileostomía. No ha podido trabajar haciendo limpieza en casas como antes de la cirugía.

**4.3.11** El 10 de marzo del 2009, mediante el oficio D/0118/09, el Director del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, remitió informe suscrito por la especialista en anestesiología que brindó atención médica a la agraviada.

**4.3.12** Dictamen emitido por personal médico de la CDHDF el 27 de abril de 2009, que analiza la atención médica que recibió la agraviada en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” para atender el padecimiento de la vesícula biliar y la perforación intestinal, concluyendo en lo siguiente:

Primera. La atención médica que se le proporcionó a la paciente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” para atender su padecimiento de vesícula biliar fue la adecuada.

Segunda. La perforación intestinal que sufrió la paciente no fue consecuencia de una deficiente o mala práctica por parte de los médicos que la atendieron durante su padecimiento de la vesícula biliar; el origen de la perforación al parecer se debió por un Divertículo de Meckel.

Tercera. La atención médica que se le proporcionó a la agraviada en el Hospital señalado por perforación intestinal secundaria a probable Divertículo de Meckel fue adecuada.

**4.3.13** No obstante que de los procedimientos médicos invocados por personal médico para atender los padecimientos de la agraviada, relacionados con la vesícula biliar y perforación intestinal no se advirtió *mala praxis*, se cuenta con opinión de médico especialista en anestesiología, de la misma fecha, que analiza éste procedimiento y concluye:

Las razones por las que la paciente broncoaspiró, el día 18 de agosto del 2008, se debió a la disminución del vaciamiento gástrico, inherente a diversas causas pero la principal debido a las intervenciones quirúrgicas anteriores. Presencia de estómago lleno secundaria a la anterior y periodo de ayuno prolongado. Distensión gástrica que probablemente ocasionara el estado nauseoso. Reducción del tono del esfínter esofágico inferior por narcosis inicial por sedación con midazolam 2 mg., IV y analgesia por narcóticos del tipo de fentanyl 150 microgramos IV, y el error técnico de inducción anestésica por:

La probable colocación inadecuada del paciente.

El probable uso de pautas erróneas dentro de la velocidad de administración de fármacos que provocan reacciones adversas, como hipotensión, en analgésicos narcóticos como fentanyl, liberación de histamina con atracurio.

La preoxigenación con O<sub>2</sub> al 100% 3 litros por minuto con presión positiva con bolsa y mascarilla facial aunque menciona con baja presión. De acuerdo al relajante neuromuscular utilizado no despolarizante (atracurio) debió ser entre 3-4 minutos previos a la intubación. Actuando lo más probable como efecto mecánico para la regurgitación y posterior aspiración de contenido gástrico.

La probabilidad de que la presión cricoidea fallara en cualquiera de sus secuencias (maniobra de Sellick).

Definitivamente se pudo prever que la paciente broncoaspirara. Una duda que se originó del análisis de las notas médicas de cirugía general y preanestésica. ¿La cirugía era una emergencia? ¿La paciente se encontraba en estado crítico? La paciente presentaba una patología quirúrgica compleja en proceso de recuperación y sin afectación sistémica, de acuerdo a parámetros de signos vitales dentro de límites normales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura), así como estudios de laboratorio vigentes.

Fue valorada por anestesiología con estado físico ASA II, que determina enfermedad sistémica leve. Motivo por el cual pudo haber sido considerada como electiva teniendo como mínimo de 12-24 horas para evaluar y planear procedimiento anestésico, replantear el tratamiento farmacológico y médico profiláctico en conjunto con cirugía general para evitar la regurgitación y por consecuencia la broncoaspiración de contenido gastrobiliar, antiácidos no particulados, inhibidores de la bomba de hidrogeniones, evacuación gástrica por sonda nasogástrica en piso, continuidad o retiro por anestesiología, inhibidores H2 tipo ranitidina con horario, metoclopramida.

Por ser cirugía mayor y elegir anestesia general, se pudo plantear la necesidad de secuencia rápida de intubación que es fundamental para evitar broncoaspiración.

Los factores predisponentes para que la paciente broncoaspirara fueron las dos cirugías previas colecistectomía y perforación intestinal por probable Divertículo de Meckel, que ameritó resección intestinal e ileostomía que probablemente afectara la calidad del contenido gástrico, un pH menor de 2.5

Volumen mayor de 0.4 ml./kg., a pesar de que este criterio no hayan podido corroborarlo por otros estudios.

Factores de la técnica anestésica; anestesia general y fármacos que provocaron disminución del nivel de conciencia y depresión del sistema nervioso central, que provocan incompetencia de la laringe, con lo cual la vía aérea queda desprotegida (benzodiacepinas, narcóticos y relajantes neuromusculares en este caso).

**4.3.14** El 5 de junio del 2009, la peticionaria informó al visitador adjunto a cargo de la investigación lo siguiente:

El pasado 22 de abril, a su hermana le fue retirada la ileostomía que tenía, derivada de la operación de la que fue objeto en agosto pasado en el Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" y que dio origen a la presentación de la queja en este Organismo.

En virtud de lo anterior, a su hermana le reconectaron sus intestinos y actualmente se encuentra estable de salud, ya que no ha presentado ninguna complicación.

Dicha reconexión se llevó a cabo en el mismo Hospital (Dr. Belisario Domínguez"), donde fue operada su hermana.

**4.4. Caso 4. Menor de edad que falleció en el Hospital General Balbuena, al existir deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico para atender su padecimiento.**

**4.4.1** Informe del Hospital General número 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el cual se indica la atención inicial que se le dio a un menor de edad por causa de dos proyectiles de arma de fuego que impactaron su organismo, uno en el cuello y otro en el antebrazo, antes de ser remitido al Hospital General Balbuena: *el día 4 de octubre de 2008, a las 3:03 horas, arribó al lugar el menor de edad. Ingresó a la sala de choque, ya que a su llegada presentó paro cardiorrespiratorio por lo que aplicaron manejo avanzado de la vía aérea, presentaba asistolia, sin presencia de pulsos carotídeos, se inició reanimación básica y avanzada durante doce minutos, se le aplicó adrenalina y atropina,<sup>38</sup> tras lo cual se revirtió el paro cardiorrespiratorio.*

*El menor de edad presentó cuello con aumento de volumen del lado derecho, palpándose cuerpo extraño, con presencia de cánula endotraqueal. En tercio distal de antebrazo izquierdo se aprecia herida por proyectil de arma de fuego. Se colocó catéter central para toma de presión venosa central. Se hicieron diagnósticos de heridas por proyectil de arma de fuego; ventilación mecánica y síndrome de reanimación. El pronóstico fue reservado a evolución y a valoración de daño neuronal secundario a herida por proyectil de arma de fuego, tiempo de hipoxia (baja de oxígeno) y paro cardiorrespiratorio. Se estabiliza y se traslada al Hospital General Balbuena.*

#### **Notas del Hospital General Balbuena:**

##### **4.4.2** Notas del 4 de octubre de 2008:

- Área de Urgencias de las 5:30 horas, en la cual se indica que la lesión producida por proyectil de arma de fuego en el cuello, ha provocado lesiones en el cuello así como en la zona de la mandíbula, afectando los vasos sanguíneos lo que a su vez ha reducido el volumen de sangre circulante afectando al corazón: *se realiza valoración de ingreso al menor de edad con los siguientes diagnósticos: herida por proyectil de arma de fuego penetrante de cuello; probable lesión vascular; choque hipovolémico<sup>39</sup> oligohemático clase IV; trauma facial: fractura de maxilar superior; trauma penetrante de cuello.*

- Unidad de reanimación realizada a las 6:30 horas, en la cual señala que el menor de edad llegó sin hoja de valoración inicial del Hospital del IMSS. Las consideraciones diagnósticas que se hacen son: choque hipovolémico oligohémico<sup>40</sup> clase funcional II; trauma facial con fractura de maxilar superior por proyectil de arma de fuego; trauma penetrante de cuello, descartar lesión vascular, descartar lesión nerviosa, descartar lesión de vía aérea y digestiva.

- Neurocirugía de las 11:00 horas, la cual señala que la tomografía de cráneo practicada al menor de edad no muestra que se halla lesionado al cerebro, debido a que el trayecto de la bala fue extracraneal.

---

<sup>38</sup> Se trata de sustancias que tienen el propósito de reactivar las funciones vitales del corazón.

<sup>39</sup> Es un problema de salud que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.

<sup>40</sup> Ausencia de latidos cardíacos.

- Indicaciones de la Unidad de Reanimación realizada a las 13:00 horas, en la cual se ordena pasar soluciones parenterales,<sup>41</sup> diversos medicamentos, valoración por el Servicio de Cirugía General y hemotransfundir 1 paquete globular<sup>42</sup> **en cuanto se tenga disponible**,<sup>43</sup> entre otras indicaciones.

- Servicio de reanimación, 16:00 horas, el paciente se encuentra bajo sedación con ventilación mecánica asistida.<sup>44</sup> En interconsulta con Servicio de Cirugía General informan verbalmente que no es posible su ingreso a quirófano ya que **no se cuenta con servicio de Banco de Sangre**,<sup>45</sup> solicitan apoyo a Hospitales Generales de Villa y Xoco que aceptan brindarlo pero no cuentan con vehículo para realizar el traslado. Intentan trasladar al paciente a otra unidad hospitalaria pero no se logra, ya que el Centro Regulador de Urgencias Médicas, informa que le es imposible proporcionar el apoyo para tal fin.

El paciente presenta crisis convulsivas tónico clónicas<sup>46</sup> las cuales se controlan con diacepam<sup>47</sup> y se realiza impregnación con difenilhidantoína.<sup>48</sup> **El manejo de choque hipovolémico fue con cristaloides por falta de sangre para transfusión.**<sup>49</sup>

- Nota médica de interconsulta de Cirugía General, la cual señala que se trata de paciente con anemia<sup>50</sup> importante y herida por proyectil de arma de fuego con orificio de entrada en región posterior de la oreja con proyectil alojado en lado opuesto supraclavicular,<sup>51</sup> se encuentra taquicárdico con estado de choque persistente. Por posición y condiciones amerita manejo quirúrgico, **pero no se cuenta con Banco de Sangre y hay pacientes también graves esperando tiempos quirúrgicos. Pasará a quirófano en cuanto haya disponibilidad.**<sup>52</sup>

- Nota de indicaciones realizada por personal médico, a las 20:30 horas, en la cual establece hemotransfundir 2 plasmas frescos congelados, para una hora cada uno.

- Servicio de Reanimación, a las 20:40 horas, señala que el agraviado se encontraba en un estado letárgico grave que podía conducirle a la muerte.

---

<sup>41</sup> Una solución es una mezcla de una o más sustancias disueltas en otra sustancia que no se hace pasar por el sistema digestivo.

<sup>42</sup> Se refiere a la necesidad de transfundir sangre debido a la pérdida de la misma que ha sufrido el menor de edad.

<sup>43</sup> Resaltado fuera del original.

<sup>44</sup> Utilización de dispositivos mecánicos para ayudar a mantener la respiración, suministrando generalmente aire u oxígeno a presión positiva.

<sup>45</sup> Resaltado fuera del original.

<sup>46</sup> Forma de convulsión caracterizada por contracciones y relajaciones involuntarias alternas y rítmicas de grupos musculares.

<sup>47</sup> Sedante y tranquilizante que se prescribe en el tratamiento de la ansiedad, la tensión nerviosa y el espasmo muscular, y también como anticonvulsivante.

<sup>48</sup> Anticonvulsivante prescrito en los trastornos convulsivos de gran mal y psicomotores, y como antiarítmico, especialmente en las arritmias inducidas por digitálicos.

<sup>49</sup> Resaltado fuera del original.

<sup>50</sup> Trastorno caracterizado por un descenso de la hemoglobina sanguínea hasta unos niveles por debajo del rango normal, en este caso, se debió a la pérdida de sangre.

<sup>51</sup> Área del cuerpo situada arriba de la clavícula.

<sup>52</sup> Resaltado fuera del original.

- Cirugía general realizada a las 21:30 horas, menciona que el paciente persiste con choque hipovolémico, sin respuesta al manejo hídrico **se solicita urgentemente sangre, ya que no se cuenta en esos momentos en dicha Unidad Hospitalaria.**<sup>53</sup>

- Hoja de referencia realizada en el Hospital General Balbuena, sin hora, en la que se señala que el paciente requiere manejo quirúrgico para exploración de cuello por probable lesión vascular, **el cual no es posible realizar en el Hospital General Balbuena por no contar con servicio de Banco de Sangre.**<sup>54</sup>

#### 4.4.3 Notas médicas del 5 de octubre de 2008:

- Nota preanestésica de las 00:00 horas, en la cual se informa **que no hay banco de sangre y el paciente solo dispone del paquete globular y el plasma fresco congelado.**<sup>55</sup>

- Nota médica posquirúrgica de las 3:00 horas, se hace indicación de la extracción de un cuerpo extraño y la restauración de la principal vena que irriga sangre al cerebro.

- Nota del servicio de reanimación realizada a las 4:00 horas, la cual señala que pese a que no se cuentan con camas en el servicio de terapia intensiva y que no hay médicos adscritos al servicio de urgencias, reciben a paciente.

- Nota médica de valoración por Neurocirugía realizada a las 11:20 horas, la cual describe que el agraviado sigue degradándose en su estado de salud y conciencia, pronóstico malo a corto plazo para la vida.

- Nota médica de ingreso a piso del Servicio de Cirugía General realizada a las 16:00 horas, la cual indica que el paciente presenta escala de Glasgow<sup>56</sup> de 3 y muerte cerebral, entre otros. **Se señala que no cuentan con Banco de Sangre para transfusión de paquetes globulares.**<sup>57</sup>

**4.4.4** Nota de evolución de Cirugía General realizada el 8 de octubre de 2008, la cual reporta que el paciente se encuentra con coloración marmórea con tensión arterial de cero, sin latido cardíaco, fallece a las 2:15 horas.

**4.4.5** Necropsia del Servicio Médico Forense del Distrito Federal elaborada el 8 de octubre de 2008, concluye que la causa de la muerte fue la herida por proyectil de arma de fuego penetrante de macizo facial y cuello.

**4.4.6** Oficio sin número, del 23 de octubre de 2008, signado por médico cirujano tratante del Hospital General Balbuena, en el cual señala la carencia de recursos y personal para atender al menor de edad agraviado:

---

<sup>53</sup> Resaltado fuera del original.

<sup>54</sup> Resaltado fuera del original.

<sup>55</sup> Resaltado fuera del original.

<sup>56</sup> Una manera rápida de clasificar a los pacientes con trauma craneoencefálico es según la Escala de Coma de Glasgow, en trauma leve, moderado y severo: leve para los pacientes que se encuentren entre 15 y 13 en la escala; moderado entre 9 y 12 y severo para quienes tengan una clasificación en la escala de Glasgow de 8 o menor.

<sup>57</sup> Resaltado fuera del original.

Se determinó que el paciente ameritaba paso a quirófano, a fin de realizarle exploración quirúrgica del cuello [...]. Su paso al quirófano durante la jornada no fue posible por limitantes de tiempo quirúrgico, determinación de prioridades de atención, así como la carencia de productos sanguíneos (no se contó con personal en banco de sangre), ya que el paciente presentaba anemia, por debajo de los límites para un acto quirúrgico, con el fin de tener una adecuada oxigenación e intercambio de gases [...]. Además limitados por la falta de estudios de radiodiagnóstico, carencia de banco de sangre y el habitual poco personal de enfermería con que se cuenta en fines de semana en el quirófano. Permaneciendo el paciente en espera, bajo la responsabilidad de los médicos del área de trauma choque, con los apoyos médicos necesarios, en aguardo de tener las condiciones indispensables para su atención quirúrgica [...].

Al rebasar las necesidades de atención, la oferta posible en nuestras manos, y el motivo para solicitar su traslado, no fue un estado de gravedad, ya que el paciente se mantuvo estable, sino el exceso de pacientes en espera de tratamiento quirúrgico, fuera de nuestra capacidad instalada. Se intentó el traslado, no solo de éste, sino de varios pacientes quirúrgicos, no siendo posible por las limitantes de los medios antes mencionados. Se contó solo con un chofer.

La Unidad cuenta solo con una unidad de traslado (ambulancia), la cual no se encuentra habilitada para el traslado de pacientes graves, al no contar con equipo necesario, como ventilador ni recursos humanos como médico ni enfermera de traslados, se tienen otros vehículos administrativos, pero inoperables por sus malas condiciones mecánicas.

En ese día se programó un paciente para hemodiálisis en otro Hospital, por lo que la ambulancia útil y el único chofer se mantuvieron fuera de la unidad durante una gran parte de la jornada, en cumplimiento de sus funciones [...].

Para poder reubicar a un paciente grave se requiere en primer lugar tener una unidad receptora dispuesta y con recursos para brindar la atención, así como los medios para su traslado, y no sólo del deseo de nuestra parte de realizar tal diligencia.

[...] el trámite de traslado inicia en áreas paramédicas como trabajo social, en su caso la asistencia de la Dirección, siendo ellos quienes intervienen de manera directa en este trámite y en estas circunstancias; yo no realicé directamente enlace o solicitud, solo informé al asistente de la Dirección de las condiciones críticas de la Unidad, a fin de su conocimiento, toma de decisiones y aviso a las áreas correspondientes, de control institucional.

**4.4.7** Oficio sin número, del 27 de octubre de 2008, signado por el Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital General Balbuena, en el cual informa sobre las acciones realizadas por los médicos de urgencias, en referencia a la atención brindada al paciente. En el sexto punto se señala que:

Dadas las condiciones del paciente y que no contaba con sangre disponible en la Unidad, se solicita apoyo a Hospitales Villa y Xoco pero, según consta en nota de evolución, no se cuenta con ambulancia para obtener apoyo en Banco de Sangre de otra unidad ni ambulancia de terapia intensiva para traslado de paciente.

**4.4.8** Oficio BS/154, del 27 de octubre de 2008, signado por la responsable del Banco de Sangre del Hospital General Balbuena, en el cual informa que:

En la guardia diurna del 5 de octubre no se contó con personal en el Banco de Sangre; hasta el día 5 de octubre de las 20:00 horas a las 7:00 horas del día siguiente.

Con respecto a la falta de personal del fin de semana por solicitud de vacaciones de los trabajadores, informa que se les notificó, a través del oficio BS-123 del 10 de septiembre de 2008, a la Subdirectora Administrativa, y a la Jefa de Recursos Humanos, con copia al Director y al Subdirector Médico, tal hecho y se les solicitó su intervención para resolver dicha situación.

Se les informó que en la guardia B el servidor público se iría de vacaciones los días 25-26 y 28-29 de septiembre y los días 1-2, 4-5 y 7-8 de octubre de 2008, quedando dichos días descubiertos. Asimismo, en fin de semana, durante el día, sólo se encuentra otra servidora pública, que se iría de vacaciones del 3 al 18 de octubre de 2008, y no había personal que cubra estas guardias.

Se les informó con anterioridad, por tanto los asistentes de la dirección debían conocer la situación; en estos casos, si no hay personal que supla, se solicita apoyo a la red del Gobierno del Distrito Federal, a los servicios de Banco de Sangre, donde se apoyan.

**4.4.9** Dictamen del 20 de febrero de 2009, realizado por el Director de los Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la cual concluye que:

1. Los médicos tratantes de la Unidad de Reanimación del Hospital General Balbuena consideraron, el 4 de octubre de 2008, hemotransfundir un paquete globular en cuanto se tuviera disponible el recurso. Por ello se puede inferir que el paciente sí requería de hemotransfusión urgente.

2. Los médicos de la Unidad de Reanimación mencionaron que en interconsulta con el servicio de cirugía general éstos les informaron que, dadas las condiciones clínicas del paciente, era conveniente someterlo a revisión quirúrgica de cuello. Sin embargo, no fue posible en ese momento su ingreso a quirófano porque no se contaba con los servicios de Banco de Sangre y aunque solicitaron apoyo a Hospitales de Villa y Xoco y estos aceptaron proporcionar el apoyo requerido, por no contar con ambulancia no pudieron conseguir la sangre ni contaba con quirófano disponible para intervenir quirúrgicamente al paciente porque, había otros pacientes que también se encontraban graves y requerían tratamiento quirúrgico urgente.

3. Existen varias notas médicas en las que se señala que no se contaba con servicios de Banco de Sangre, los días 4 y 5 de octubre. Lo anterior también es corroborado por la responsable del Banco de Sangre, quien mediante un informe, señaló que la guardia de personal de Banco de Sangre del Hospital General Balbuena del 4 de octubre durante el día y la noche, así como la guardia diurna del 5 de octubre no se contó con personal de Banco de Sangre hasta el día 5 de octubre por la noche de las 20:00 horas hasta las 7 a.m., del día siguiente. Que ello fue con motivo del rol de vacaciones, lo cual de manera oportuna hizo del conocimiento a las autoridades del Hospital.

4, El jefe del Servicio de Urgencias señaló que dado que no se contaba con sangre disponible, se solicitó apoyo a otros hospitales, pero como no se contó con ambulancia los días 4 y 5 de octubre de 2008 para obtener apoyo de sangre ni ambulancia de terapia intensiva para traslado de paciente. Por su parte, un médico especialista en Cirugía

General, informó que el Hospital General solo cuenta con una ambulancia la cual no se encuentra habilitada para traslado de pacientes graves, ni con recursos humanos como médicos y enfermeras de traslados, esa ambulancia útil estaba siendo utilizada para trasladar a un paciente a hemodiálisis.

5. No existe constancia médica en el expediente clínico que haga inferir que el paciente haya presentado derrame cerebral y leucemia. Lo que se puede inferir con base a la documentación médica, que el agraviado presentó una lesión penetrante por proyectil de arma de fuego en macizo facial y cuello, que afectó: piel, tejido celular subcutáneo, músculos de la región, fractura multifragmentaria del cóndilo de la mandíbula izquierda, músculos de la base de la lengua, músculos infrahiodeos, contundió la arteria carótida derecha, contundió y seccionó las venas yugulares interna y externa del lado derecho, lesionó nervios vago y frénico, además, ocasionó hematoma en músculo milohioideo izquierdo y en esternocleidomastoideo derecho. Las lesiones de estructuras vasculares de cuello, causaron sangrado profuso que ocasionó anemia (no leucemia) y pérdida de líquidos, lo que a su vez provocó choque hipovolémico persistente, esto a su vez generó por un lado lesión anoxo isquémica y muerte cerebral; y por otro lado, el choque hipovolémico persistente provocó choque irreversible o refractario a través de isquemia encefálica grave, lo que a su vez generó depresión vasomotora y cardíaca, caracterizada por disminución de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y vasodilatación, los que a su vez aumentan la depresión vasomotora y cardíaca, generando un ciclo vicioso hasta llegar a la muerte.

6. Se concluye que no son los médicos tratantes del paciente en el Hospital General Balbuena, los responsables de la falta de Banco de Sangre para proporcionar lo necesario para la hemotransfusión; disponibilidad de quirófanos para atender la demanda de cirugías hospitalarias; de ambulancias y personal profesionalizado para el transporte de personas en estado grave o crítico o de sangre; y falta de personal de enfermería suficiente para que apoyen en los quirófanos en fines de semana, entre otros. Todo ello, en este caso, corresponde proporcionarlo a la Secretaría de Salud del Distrito Federal al personal médico del Hospital.

Los médicos están obligados siempre a brindar lo mejor de sus conocimientos en beneficio de sus pacientes, sin embargo, los límites suelen establecerlos los recursos disponibles con los que se cuentan. En este caso la falta de paquetes globulares (sanguíneos) y la falta de quirófanos disponibles y personal que auxilia en ellos, fue relevante para evaluar la calidad de la atención del paciente. Ello no quiere decir que si se hubieran contado con dichos recursos de manera oportuna, hubieran garantizado la vida del agraviado, lo que se quiere decir simplemente es que si se hubieran contado en forma oportuna con tales recursos se pudo haber dado una mejor atención médica, lo cual no implica de ninguna manera afirmar que hubiera sobrevivido.

#### **4.5 Caso 5. Hombre que derivado de una inadecuada atención médica por carencia de recursos para atender su padecimiento, falleció en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”.**

##### **Notas médicas del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”.**

**4.5.1** Nota médica del 24 de enero de 2009, del Servicio de Urgencias realizada a las 19:44 horas, en la cual se indica el motivo de la consulta y la posibilidad de que la persona

padezca de pancreatitis.<sup>58</sup> *paciente con dolor abdominal, inicia hoy a las 13:00 horas, con dolor epigástrico el cual se irradia a la espalda, transfictivo, con ataque al estado general [...]. Diagnósticos pancreatitis, descartar abdomen agudo, descartar cardiopatía isquémica, descartar desequilibrio hidroelectrolítico, se solicitan enzimas pancreáticas, ECG, radiografías de abdomen, paraclínicos adicionales, así como valoración por cirugía general. **No contamos con servicio de radiología ni de laboratorio.***

**4.5.2** Nota médica del 25 de enero de 2009, señala: “el paciente es portador de abdomen agudo quirúrgico y úlcera perforada, requiere ser sometido a cirugía, **sin embargo, no es imposible someterlo a intervención quirúrgica por no contar con quirófano disponible, por estar contaminados, se esperará turno.** También se realizarán gestiones para su traslado. Se realizan hojas de referencia y contrarreferencia”.

**4.5.3** Nota médica del área de cirugía general del 30 de enero de 2009, realizada a las 3:30 horas, donde se informa: “no se cuenta con hemoderivados disponibles y el paciente presenta dolor abdominal de predominio en epigastrio, punzante y de intensidad moderada, sin datos de irritación peritoneal, con resistencia muscular voluntaria. Se concluye paciente que amerita manejo quirúrgico a la brevedad, continuamos sin hemoderivados,<sup>59</sup> reponiendo pérdidas con cristaloides en carga”.

**4.5.4** Nota de ingreso y evolución, realizada a las 0:30 horas del 3 de febrero de 2009, en la cual señala paciente delicado, se realizan gestiones para solicitar hemoderivados en esta unidad, no contando con los mismos; se tipa<sup>60</sup> obteniendo grupos sanguíneos A negativo, **refiere personal de banco de sangre no contar ni con plasma fresco ni paquetes globulares.** Se comenta con asistente de dirección, quien indica solicitud de apoyo en otras unidades hospitalarias de la red.

**4.5.5** Nota médica del 4 de febrero de 2009, de la Unidad de Cuidados Intensivos realizada a las 20:30 horas, en la cual se indica: “el usuario del servicio padece de una grave infección en la zona abdominal con salida de material gástrico: *paciente en el que persiste salida de material gastrobiliar a través de la herida quirúrgica en cantidad escasa por lo que se insiste en la valoración de cirugía, se requiere la realización de TAC (tomografía axial computarizada) abdominal pero no se cuenta con ella en la unidad, y no es posible trasladar al enfermo por inestabilidad hemodinámica, dependencia de aminas y apoyo ventilatorio. Se concluye como diagnóstico: paciente con choque séptico de origen abdominal,*<sup>61</sup> *con probable fistula, con salida de material gastrobiliar a través de la herida, hipertermia, se ajustan antimicrobianos de acuerdo con los que se cuentan en nuestro hospital para este tipo de padecimientos. Se dan informes en los cuales se reporta muy grave.*

---

<sup>58</sup> Trastorno inflamatorio del páncreas que puede ser agudo o crónico. La pancreatitis aguda con frecuencia es el resultado de lesión de la vía biliar provocada por alcohol, traumatismos, enfermedades infecciosas o determinados fármacos. Se caracteriza por dolor abdominal intenso que se irradia a la espalda, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos.

<sup>59</sup> Se refiere a la necesidad de proporcionar sangre a la persona agraviada.

<sup>60</sup> Pruebas para determinar el tipo de sangre.

<sup>61</sup> Se refiere al hecho de que el usuario del paciente sufre de una infección que está generando putrefacción en el abdomen.

**4.5.6** Nota médica de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos, realizada el 27 de febrero de 2007, a las 14:00 horas, **donde se señala, que no cuentan con gasometría<sup>62</sup> por descalibración del gasómetro, se espera contar con el recurso en breve (autoridades enteradas).**

**4.5.7** Nota médica de la Unidad de Cuidados Intensivos realizada a las 21:30 horas el 10 de marzo de 2009, en la cual se menciona que el paciente continúa degradándose en su salud.

**4.5.8** Nota médica de egreso por defunción de la Unidad de Cuidados Intensivos realizada el 11 de marzo de 2009, a las 0:30 horas, en la cual se describe un resumen de las intervenciones médicas realizadas al sistema digestivo del agraviado.

Posteriormente en esta nota médica, se vuelve a realizar un resumen sobre cómo fueron degradándose las condiciones de salud (en el sistema digestivo) del agraviado: *se señala paciente proveniente del Servicio de Cirugía General, el cual durante su estancia evolucionó de forma tórpida, requiriendo múltiples cirugías abdominales, con disfunción digestiva secundaria a fistula biliar que ameritó nutrición parenteral, sedación, antibióticos, realización de cultivo de secreciones, respiratorio ventilación mecánica prolongada de difícil destete por evolución tórpida, neumonía, SIRA (síndrome de dificultad respiratoria de adulto) que llegó a su etapa final, hipoxia, hipoxemia, manejado desde su ingreso con ventilación mecánica, que posteriormente requirió de traqueostomía por intubación prolongada, hemodinámico requirió de la administración de aminas, noradrenalina y dobutamina.*

Al inicio de turno lo reporta hipotenso, bradicardia y asistolia a las 23:00 horas, se da informe a al familiar (hijo), iniciando maniobras de reanimación, sin respuesta a éstas, dando hora de fallecimiento las 23:20 horas.

Posteriormente, se elabora nota médica, en la cual se informa que el agraviado falleció a causa de la infección que se propagó en su sistema digestivo, la cual a su vez provocó insuficiencia respiratoria y falla orgánica de diversos órganos de su cuerpo: *diagnóstico final de egreso del paciente fue por choque séptico, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, sepsis abdominal, fístula biliar, úlcera prepilórica perforada y falla orgánica múltiple y como diagnóstico de defunción, choque séptico, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, sepsis abdominal y úlcera duodenal perforada.*

**4.5.9** Oficio HGEC/D177/09 del 27 de enero del 2009, del Director del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, en el que informó a este Organismo que le brindaban atención médica adecuada al agraviado e informaron sobre la evolución de su patología a sus familiares.

**4.5.10** El 27 de marzo del 2009, mediante el oficio HGEC/D231/09, el Director del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, remitió a este Organismo la siguiente información donde realiza un historial de la atención médica proporcionada al agraviado:

---

<sup>62</sup> Técnica que se utiliza para la valoración del intercambio pulmonar de gases y para el estudio de las alteraciones del equilibrio ácido.

El paciente no fue valorado por el Servicio de Cirugía General del hospital, el 24 de enero de 2009. Se realizó la primera revisión de cirugía hasta el 25 de enero de 2009.

El diagnóstico del paciente fue hematemesis en paciente postoperado de úlcera prepilórica perforada, cuyo tratamiento en la administración de hemoderivados, por lo que al no contar con ellos en el Hospital, y dada la gravedad del paciente, se decide transfusión de urgencia con variación de Rh.

El paciente por las condiciones de hemoglobina baja, secundaria al sangrado, no fue posible realizar la determinación específica de Rh, por eso en su momento se le clasificó con grupo sanguíneo A y factor Rh negativo, se procedió a transfundirlo con sangre A Rh negativo en dos ocasiones, posterior a este evento, se remitió nueva muestra al laboratorio y se determinó un grupo sanguíneo A Rh positivo débil, por lo que se tomó la decisión de seguir transfundiéndolo con sangre A Rh positivo, ya que ese era su grupo original. Se le transfundieron 25 productos de hemoderivados.

La vacuna anti Rh por transfusión de urgencia con variación en Rh. les fue suministrada por el Hospital.

La desnutrición del paciente fue secundaria a sepsis abdominal, siendo tratada en la Unidad de Terapia Intensiva, inicialmente con nutrición parenteral y posteriormente con nutrición enteral.

El 25 de enero de 2009, al paciente se le diagnosticó abdomen agudo quirúrgico, por síndrome perforativo probablemente secundario a úlcera perforada, siendo tributario (sic) a tratamiento quirúrgico de urgencia.

Otros médicos de ese hospital informan mismo diagnóstico y nuevamente la necesidad de tratamiento quirúrgico de urgencia, el cual realizan dando informes a familiares acerca de hallazgos y procedimiento quirúrgico realizado.

El 30 de enero de 2009, se reporta delicado, con requerimiento de hemoderivados debido a hematemesis y de que el paciente amerita reintervención quirúrgica de urgencia. Solicita hemoderivados, sin contarse con ellos en el Hospital.

El 30 de enero de 2009, es intervenido. Dando informes posquirúrgicos de úlcera duodenal y de procedimiento de gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux.

El 31 de enero de 2009, se reporta estable y solicita la vacuna anti Rh.

El 3 de febrero de 2009, se informa que se transfundirá plasma fresco congelado A Rh (-) y A Rh (+) por no haber en existencia de su tipo, además de la necesidad de aplicar vacuna anti Rh. Lo reporta grave y solicita interconsulta a terapia intensiva, la cual se realiza refiriendo la necesidad de intubación y apoyo mecánico ventilatorio.

El 5 de febrero de 2009, se informa la necesidad de reexploración quirúrgica.

El 6 de febrero de 2009, se informa estabilidad no considerando pertinente realizar reintervención hasta contar con hemoderivados.

El 8 de febrero de 2009, lo reportan muy delicado.

El 9 y 10 de febrero de 2009, se reporta muy grave con posibilidad de lavado quirúrgico.

El 13 de febrero de 2009, se le realiza lavado quirúrgico informando los hallazgos posquirúrgicos a familiares.

El paciente se mantuvo en manejo conjunto por Cirugía General y Terapia Intensiva siendo éste último servicio el encargado de dar informes directamente a familiares.

**4.5.11** Opinión técnica de médico especialista en Cirugía General, presentada a este Organismo en el mes de julio de 2009, de la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

**Primera.** El manejo otorgado al paciente (agraviado) en el servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, se realizó con apego a *lex artis*.

**Segunda.** El enfermo solicitó atención médica en un estado grave de sepsis que progresó inexorablemente a pesar de haberse adoptado los medios ordinarios exigibles en el caso de mérito.

**Tercera.** Existió un retraso en la valoración especializada por parte del Servicio de Cirugía General mayor a 12 horas al paciente, pues no se registró en el expediente clínico que este servicio interconsultado haya valorado al enfermo antes del 25 de enero del 2009, a mayor abundamiento, el propio director del establecimiento en su informe médico de fecha 27 de marzo de 2009, informó sustancialmente a esta Comisión que: El paciente no fue valorado por el Servicio de Cirugía General el 24 de enero de 2009, afirmando que se realizó la primera revisión de cirugía hasta el 25 de enero de 2009. Este diferimiento ***es constitutivo de mala práctica médica***, empero, ***no hay evidencia de que el diferimiento hubiese incidido en el pronóstico del paciente.***

**Cuarta.** Concomitantemente ***SE OBSERVA MALA PRÁCTICA MEDICA INSTITUCIONAL*** al no contar con los servicios de rayos X y Laboratorio de manera permanente, incumpliendo los artículos 51 de ***La Ley General de Salud***, el artículo 19, fracción primera y 245 del ***Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*** así como los párrafos 7.1 y 7.2 de la ***Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.***

**Quinta.** El tratamiento quirúrgico de los días 25/01/09, 30/01/09, 3/02/09 y 20/02/09 otorgado al paciente fue acorde a lo recomendado en la literatura de la especialidad.

**Sexta.** Las complicaciones en el postoperatorio inmediato del cierre primario de una úlcera duodenal perforada presentadas por el paciente, no son secundarias a mal praxis, sino debidas a la naturaleza de la enfermedad presentada.

**Séptima.** El enfermo (agraviado) tenía factores de riesgo para presentar complicaciones tales como: edad mayor a 50 años, hiperglucemia, tabaquismo, desnutrición aguda, dichas complicaciones ampliamente descritas en la literatura médica como dehiscencia de cierre primario secundaria a alteraciones en el proceso de cicatrización favorecidas por los factores de riesgo anteriormente mencionados, se presentó de una manera desafortunada sin que hubiese mediado negligencia, impericia, temeridad, exceso de confianza o

imprudencia, sino como un riesgo inherente a la misma enfermedad, a su tiempo de evolución y al procedimiento realizado.

**Octava.** Apreciamos deficiencias institucionales al no asegurar medidas administrativas para la realización oportuna de referencia de pacientes.

**Novena.** Apreciamos deficiencias institucionales al no asegurar medidas administrativas para la realización oportuna de las intervenciones quirúrgicas solicitadas y calificadas como urgencia.

**Décima.** Apreciamos deficiencias institucionales al no asegurar medidas administrativas para el suministro de hemoderivados de manera oportuna y eficiente.

**Undécima.** Apreciamos deficiencias institucionales al no asegurar medidas administrativas para la dotación de personal suficiente e idóneo para hacer frente a las demandas de atención.

[...]

**Decimoquinta.** Se **OBSERVÓ MALA PRÁCTICA INSTITUCIONAL**, al no contar con los recursos terapéuticos relacionados a la falta de hemoderivados suficientes en el banco de sangre del Hospital y su disponibilidad ante una situación de urgencia existió inobservancia de los artículos 51 de la Ley General de Salud y los artículos 19, fracción I, 48, 74, 75 y 245 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**Decimosexta.** Se **OBSERVÓ MALA PRÁCTICA INSTITUCIONAL**, al no contar con los recursos humanos haciéndose evidente la falta de personal suficiente e idóneo para atender las necesidades de una unidad de cuidados intensivos, como sucedió el día 08/03 /09 en que no se contó con médico especialista en la unidad de acuerdo a los registros de trabajo social, existió inobservancia de los artículos 51 de la Ley General de Salud y los artículos 19, fracción I, 48, 74, 75 y 245 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,

#### **4.6. Caso 6. Hombre quien a causa de la carencia de recursos para su debida atención en el área de urgencias del Hospital General Iztapalapa, se complica su proceso de atención médica.**

**4.6.1** Reporte de estudio de ultrasonido realizado en laboratorio particular, con fecha 22 de febrero de 2009, donde se menciona que el motivo de envío es por dolor abdominal en estudio, a descartar cálculos vesiculares, con ultrasonido en noviembre de 2008 en el cual se observa que la vesícula biliar presenta cálculos; así como que la pared de la vesícula medía 5 milímetros. Reportando como diagnóstico: esteatosis<sup>63</sup> hepática grado I, colecistitis<sup>64</sup> litiásica,<sup>65</sup> bazo y riñones dentro de parámetros normales.

---

<sup>63</sup> Infiltración o degradación adiposa en los elementos anatómicos.

<sup>64</sup> Inflamación de la vesícula biliar.

<sup>65</sup> Formación de cálculos.

**4.6.2** Receta del Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, en la cual se prescribe ketorolaco<sup>66</sup> y butilioscina<sup>67</sup> y en las observaciones refieren que debe acudir a control a su Centro de Salud.

**4.6.3** Nota inicial de atención del Centro de Salud II “Ejido Los Reyes”, de fecha 23 de febrero de 2009 y en la hoja de citas se menciona a las 11:15 horas. El motivo de la consulta es por haber presentado 24 horas antes, dolor tipo cólico en epigastrio<sup>68</sup> con irradiación a hipocondrio<sup>69</sup> derecho, náusea acompañada de vómito en dos ocasiones de color amarillo y sabor amargo; indicó el paciente que fue tratado con ketorolaco intravenoso por un médico particular y presenta un ultrasonido hepático y de vesículas biliares donde se observó la presencia de litos<sup>70</sup> vesiculares.

En el interrogatorio, abdomen doloroso en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho, distensión abdominal sin rebote<sup>71</sup> o irritación peritoneal. Impresión diagnóstica: litiasis vesicular; obesidad exógena; hipertensión arterial en estudio. Se hace referencia a servicio en Gastroenterología de forma urgente.

**4.6.4** Hoja de referencia y contrarreferencia de fecha 23 de febrero de 2009, del Centro de Salud II “Ejido de los Reyes”, para el Hospital General de Iztapalapa; en el resumen de padecimiento se anota que el agraviado inició 24 horas previas con dolor tipo cólico.<sup>72</sup>

**4.6.5** Nota médica inicial de urgencias del Hospital General de Iztapalapa del 23 de febrero de 2009 con hora de registro a las 15:50 horas, se menciona que el paciente acudió por presentar dolor abdominal, náusea, cefalea, sensación de distensión abdominal, disuria,<sup>73</sup> tenesmo vesical,<sup>74</sup> urgencia urinaria, fiebre no cuantificada. En la exploración física, abdomen globoso se palpan visceromegalias,<sup>75</sup> se proporciona el medicamento necesario y se realizan estudios de laboratorio.

**4.6.6** En hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería del Hospital General de Iztapalapa con fecha 23 de febrero de 2009, **en el rubro para indicar el número de cama donde se encuentra ubicado el paciente, hacen la anotación que se encuentra en una silla** y en diagnóstico ponen colecistitis aguda; inician el paso de la solución a las 18:20 horas, administrándose omeprazol, metoclopramida y metamizol a las 18:40 horas, **pero no se proporciona amicazina porque no había**. En las observaciones está la anotación que rechazó el tratamiento sin que se alcance distinguir la hora y la alta voluntaria.

---

<sup>66</sup> Es un analgésico potente, pero de actividad antiinflamatoria apenas moderadamente eficaz.

<sup>67</sup> Ejerce una acción espasmolítica (contracción muscular involuntaria) en el músculo liso de tracto gastrointestinal, biliar y genitourinario.

<sup>68</sup> Región superior y media del abdomen.

<sup>69</sup> Región superior y lateral del abdomen.

<sup>70</sup> Cálculos o piedras.

<sup>71</sup> Contracción brusca de un músculo después de un período de relajación.

<sup>72</sup> Dolor abdominal agudo intermitente, característico de las vísceras abdominales huecas.

<sup>73</sup> Emisión dolorosa de la orina.

<sup>74</sup> Espasmo persistente e ineficaz de la vejiga, acompañado por el deseo de orinar.

<sup>75</sup> Crecimiento anormal de una víscera u órgano abdominal.

**4.6.7** Expediente clínico de atención proporcionada a la persona agraviada en el Hospital General de Chalco, donde se hace constar que ingresó a ese nosocomio el 25 de febrero de 2009 para egresar el 27 de ese mismo mes y año. Se hace constar como diagnóstico de ingreso: colecistitis crónica litiásica, habiendo ingresado procedente de consulta externa de cirugía general por presentar cuadro de colecistitis crónica litiásica.

Al momento de egresar, el agraviado presentaba buena hidratación, abdomen con peristalsis presente, herida quirúrgica limpia, con bordes bien afrontados, tolerando la vía oral, por lo que se da de alta del servicio, con indicación de dieta normal, retiro de puntos en 7 días, cita a consulta externa de cirugía general 15 después y de medicamentos únicamente metamizol.

**4.6.8** Resumen clínico de fecha 13 de marzo de 2009, firmado por médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, en el cual como se describe:

El [agraviado] acude el día 22 de febrero a consulta de urgencia, comentando que por recomendación de médico particular presentaba enfermedad vesicular, aplicándose varios medicamentos sin que presente mejoría, sin comentar antecedentes de esa enfermedad.

Al realizar exploración encuentran ligero aumento de diámetro abdominal secundario a distensión de asas intestinales, únicamente encuentran dolor en epigastrio y en algunas porciones del marco colónico, en región de hipocondrio derecho sólo apreciaron molestia, sin que a las maniobras de exploración encontraran algún signo clínico de irritación vesicular; así como al explorar vías urinarias no se encuentra ningún dato sugestivo de algún padecimiento, por lo que dan diagnóstico de gastrocolitis y probablemente algún proceso vesicular, sin que en ese momento presente un cuadro agudo.

No obstante esta información, no se anexó la nota médica relacionada con esta atención brindada al agraviado, ni tampoco apareció en las copias del expediente proporcionado por el nosocomio en comento a este Organismo.

**4.6.9** Oficio D/0131/09 del 17 de marzo del 2009, mediante el cual el Director del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” remitió a este Organismo un informe suscrito por un médico del área de urgencias, relacionado con la atención médica proporcionada al agraviado el 22 de febrero pasado.

**4.6.10** Oficio SM/QLCT/014/09 del 23 de marzo del 2009, remitido por la Subdirección Médica del Hospital General Iztapalapa en el que informa:

El agraviado ingresó el 23 de febrero de 2009, a las 15:30 horas al servicio de Urgencias; al ingreso se le diagnosticó infección en vías urinarias, colecistitis<sup>76</sup> crónica litiásica y colon irritable,<sup>77</sup> se maneja con soluciones y analgésicos y antibióticos; se solicitan laboratorios y se indica una revaloración con los mismos; el paciente solicita el alta voluntaria el mismo día.

---

<sup>76</sup> Inflamación de la vesícula biliar.

<sup>77</sup> Enfermedad crónica del sistema digestivo, caracterizado por dolores abdominales, diarrea o estreñimientos crónicos.

Se tiene registro que en la fecha señalada, se le suministra medicamento a las 18:40 horas. Asimismo, también se asentó que la persona agraviada solicitó su alta voluntaria el mismo día 23 de febrero.

**4.6.11** Oficio 217B20031/220/2009 del 1 de abril de 2009, mediante el cual la Dirección del Hospital General de Chalco, envió a esta Comisión resumen y copia del expediente clínico del paciente, del cual se desprende lo siguiente:

El paciente ingresó el 23 de febrero de 2009 a las 14:10 horas; visto el día 24 de febrero de 2009 en el área de urgencias con cuadro de cólico vesicular, refiere cuadro de más de ocho días de evolución, visto por el servicio de urgencias en el Hospital “Belisario Domínguez” y Centro de Salud Urbano de Iztapalapa, refiriéndolo al Hospital General Iztapalapa donde fue egresado con diagnóstico de infección de vías urinarias, persistiendo con dolor en hipocondrio derecho.<sup>78</sup>

Se valoró en el servicio de urgencias con ultrasonido traído por el paciente con diagnóstico de litiasis vesicular, por lo que se maneja de manera sintomática (continuando con analgésicos y antibióticos previo), se solicitan estudios de laboratorio preoperatorios y al contar con el tiempo quirúrgico se programa para el día 25 de febrero de 2009, realizándose colecistectomía el día de la programación con hallazgos de vesícula agudizada, necrosada, tejidos friables, conducto cístico necrosado.<sup>79</sup>

**4.6.12** Dictamen de personal médico de esta Comisión del 29 de julio de 2009, en la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

De la documentación, no se encuentran datos que sugieran que hubo una falta de atención médica inmediata al peticionario; debido a las mismas características del padecimiento que presentaba, al momento de ser atendido en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” no tenía datos sugestivos de un cuadro agudo y en el hospital General de Iztapalapa se realizó la valoración médica que requería y se realizaron los estudios para corroborar el diagnóstico, sin que terminara de dar la atención, debido a que el paciente decidió darse de alta voluntaria.

Por su mismo padecimiento (litiasis vesicular) el diagnóstico se tenía con la realización del ultrasonido, pero a menos que presente un cuadro agudo complicado requiere la intervención inmediata; el peticionario no presentaba un cuadro agudizado complicado, corroborándose esto con el hecho de que se operó días después de iniciar el cuadro, por lo que no se encontraron datos clínicos para decir que haya estado en riesgo su integridad y/o su vida.

Respecto a que si los Hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal que dieron atención al peticionario, contaron con lo necesario para brindarle atención médica, se engloba solamente al Hospital General de Iztapalapa, que es donde estuvo aparentemente más tiempo y fue ingresado propiamente al área de urgencias, de lo cual se puede concluir que:

- No contaban con el antibiótico (amicazina) prescrito y no se realizó la prescripción de otro.

---

<sup>78</sup> El hipocondrio derecho es la zona del cuerpo donde se encuentran el hígado, la vesícula biliar, el riñón derecho y el lado hepático del colon.

<sup>79</sup> Estos síntomas son a consecuencia de problemas de salud en la vesícula biliar.

- Hay falta de espacio para hospitalización en el área de Urgencias para brindar atención, pues al peticionario lo tenían en una silla, en la cual le estaban administrando la solución intravenosa y los medicamentos.

En cuanto al hecho de que si los hospitales que le brindaron atención al peticionario, incumplieron con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, tenemos que:

- El personal del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” no cumplió con lo que establece el la Norma Oficial de referencia, en lo referente a los numerales 5.1 en cuanto a que los servicios médicos están obligados a integrar el expediente conforme está previsto en la Norma y dentro de ésta se menciona que se deben de hacer las notas médicas de Urgencias y su numeral 7.1 donde instruye hacer la nota médica inicial de Urgencias y no se elaboró.

- El Hospital General de Iztapalapa no cumplió con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en lo referente a los numerales 5.9 pues no cuenta con hora ni nombre completo del médico que la realiza; en el 7.1.1 ya que no contiene la hora en que se otorgó la atención en el área de urgencias; en el 7.1.2 puesto que no tiene los signos vitales completos; en el 7.1.6, ya que la nota no tiene los resultados de los estudios auxiliares; en el 7.2 pues no realizaron nota de evolución de la atención en Urgencias. En el 10.1.2.2.7 pues en la misma hoja de alta voluntaria no está el nombre y la firma del médico que estaba brindando la atención y en el 10.1.2.2.8 pues no está el nombre completo del testigo que firma en la hoja de alta voluntaria.

## **5. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN.**

### **5.1 Prueba de hechos a partir de las evidencias.**

#### **5.1.1 Prueba de la negligencia médica.**

##### **5.1.1.1 Prueba de la negligencia médica en el caso 1.**

**5.1.1.1.1** En las notas médicas del expediente clínico se observa que el paciente, ingresó al Hospital General Xoco, el 14 de agosto de 2007, por presentar lesión por proyectil de arma de fuego en miembro pélvico izquierdo.

**5.1.1.1.2** En ese hospital fue valorado por el Servicio de Urgencias, el que señaló la necesidad de descartar compromiso neurovascular distal. El área de ortopedia solicitó la valoración del Servicio de Cirugía General, a fin de descartar lesión vascular. Finalmente, el Servicio de Cirugía General, solicitó en diversas ocasiones, desde el ingreso del paciente y hasta el 25 de agosto de ese año, la realización de un *ultrasonido doppler* para limitar la extensión de la lesión y descartar lesión vascular, y normar conducta terapéutica.

**5.1.1.1.3** No obstante las indicaciones formuladas por el Servicio de Cirugía General, la realización del ultrasonido mencionado se llevó a cabo hasta el 25 de agosto, es decir, 11 días después de la primera solicitud realizada. Ese hecho condicionó que una vez recabado el resultado del ultrasonido, el servicio de cirugía general indicara que por el tiempo de la lesión, se sugería manejo radical o una interconsulta en tercer nivel al Servicio de Cirugía Vascular o Angiología.

**5.1.1.1.4** A pesar de diagnóstico emitido por el Servicio de Cirugía General, una vez contando con el resultado del ultrasonido *doppler*, el paciente fue trasladado hasta el 28 de agosto al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, donde fue valorado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, quien le practicó una arteriografía, la colocación de filtro de vena cava e injerto de PTFE femoropoplíteo, fasciotomía, simpatectomía y revascularización. Sin embargo, por causa del tiempo de evolución de la lesión, el 7 de septiembre, personal del Hospital General Xoco, le practicó una amputación supracondilea del miembro pélvico izquierdo.

**5.1.1.1.5** La opinión de personal médico de este Organismo concluye que existió un retardo por parte de los médicos ortopedistas tratantes, en el diagnóstico de la lesión vascular que presentó el agraviado; pues no atendieron las indicaciones de que se le practicara un *ultrasonido doppler* al agraviado, por ende no se realizó una adecuada valoración y exploración que condicionó la no detección de la alteración vascular y finalmente ello tuvo como consecuencia la amputación del miembro pélvico.

**5.1.1.1.6** De las valoraciones médicas que le fueron practicadas al paciente se observa que en el lapso de 11 días, su estado de salud se agravó, pues en ese tiempo la lesión vascular que presentaba evolucionó y fue ocasionando la muerte del tejido. Esto a consecuencia de que no se le practicó el ultrasonido sugerido y con ello un diagnóstico adecuado.

**5.1.1.1.7** Adicional a lo anterior, la opinión técnica de médico especialista en angiología y cirugía vascular consultado por este Organismo, concluye que la atención brindada al paciente por parte de los servicios que lo diagnosticaron y atendieron no fue el adecuado y en particular, el de Cirugía General fue deficiente y sin apego a las normas y procedimientos establecidos de la práctica médica, pues demuestra desconocimiento, inexperiencia y falta de habilidad para atender lesiones vasculares, ya que a pesar de no ser especialistas en la atención vascular y por ende no contar con los conocimientos especializados, sí es reprochable que habiendo sospechado la patología que presentaba el paciente, no hubieran solicitado una ultrasonografía doppler y una angiotomografía con contraste, o en su defecto, el traslado urgente del paciente a un hospital de tercer nivel para su valoración por el Servicio de Angiología o Cirugía Vasculard.

Dicho dictamen concluye que hay mala práctica médica que derivó en la pérdida de la extremidad pélvica izquierda y por poner en riesgo la vida del agraviado de manera innecesaria, pues con un adecuado diagnóstico y pronta referencia existía la amplia posibilidad de evitar amputación de dicha extremidad.

## **5.1.1.2 Prueba de la negligencia médica en el caso 2.**

**5.1.1.2.1** En las notas médicas del expediente clínico se observa que el paciente ingresó al Hospital General Xoco, el 19 de noviembre de 2007. El Servicio de Urgencias estableció acertadamente, el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal agudo secundario a probable apendicitis aguda, ingresó enfermo, lo hidrató, solicitó exámenes de gabinete y de laboratorio, así como valoración especializada por el Servicio de Cirugía General.

**5.1.1.2.2** De acuerdo con las notas médicas, el agraviado fue valorado por el Servicio de Cirugía al siguiente día a las 06:30 horas e ingresó a quirófano a las 08:45 horas, donde se reportó apéndice perforado y otras secuelas.

**5.1.2.2.3** El perito médico en Cirugía General consultado por la CDHDF concluyó que dado el grave estado de salud del agraviado, tan pronto como ingresó a dicho nosocomio debía ser intervenido quirúrgicamente, sin embargo, aun cuando existió un retardo de más de 8:45 horas para que esto se realizara, el manejo y procedimiento quirúrgico(inicial) fue el adecuado, ya que el tratamiento universalmente aceptado para la apendicitis es la apendicectomía (extirpación de la apéndice).

**5.1.2.2.4** Asimismo, el especialista mencionado también afirmó que ante una apendicitis que implica necrosis, perforación y un proceso inflamatorio adyacente al apéndice, se reportan en la literatura complicaciones posquirúrgicas, las cuales se evidenciaron en la nota posquirúrgica de la intervención(apendicectomía) señalada en el punto inmediato anterior, pues se refiere una alta probabilidad de desarrollar complicaciones, como infección de la herida quirúrgica, absceso residual y riesgo de ameritar hemicolectomía (extirpación del intestino grueso) por los hallazgos transoperatorios; sin embargo, estos datos no fueron correctamente ponderados por el servicio tratante por las siguientes razones:

a. La laparotomía exploradora, hemicolectomía derecha y lavado de cavidad, fue diferida inicialmente por falta de tiempo quirúrgico y el 29 de noviembre del 2008 por mejoría del paciente según lo determinó el médico tratante, pero dicha decisión se adoptó de manera injustificada pues había deterioro clínico del paciente; pese a que se trataba de una fístula de alto gasto, fue considerada indebidamente como de bajo gasto, pues no ponderaron los reportes de Enfermería de los tres turnos. Además, el paciente presentaba datos francos de proceso infeccioso intraabdominal; todos estos elementos contraindicaban el manejo conservador de la fístula.

b. La omisión de tratamiento quirúrgico temprano **permitió la progresión de un proceso infeccioso abdominal a una sepsis generalizada que puso en peligro la vida del paciente** hasta ese momento. En esos términos, el personal médico del Servicio de Cirugía General incurrió en mala práctica al incumplir con el deber de cuidado hacia el paciente pues difirió, injustificadamente, el procedimiento quirúrgico por cinco días.

**5.1.2.2.5** Posteriormente, el manejo médico-quirúrgico inicialmente otorgado, concluye el especialista en Cirugía General, que fue acorde a la literatura de la especialidad; pero el 24 de diciembre de ese año, indebidamente, suspendieron los antibióticos pese al reporte de picos febriles por Enfermería y a la progresión de un proceso séptico con datos de falla orgánica múltiple, a esta conclusión arriba, ya que las condiciones clínicas de deterioro que el paciente presentaba, ameritaba manejo intensivo y monitorización constante, lo cual no sucedió.

Esta omisión grave del personal médico de todos los turnos del Servicio de Cirugía General, pese a la evidencia clínica de un estado crítico, condicionó la defunción al permitir

que evolucionara hacia un estado de choque irreversible y falla orgánica múltiple. El manejo sólo con hemoderivados, no era suficiente para revertir la condición del paciente.

### **5.1.1.3 Prueba de la negligencia médica en el caso 3.**

**5.1.1.3.1** En las notas médicas del expediente clínico se advierte que el 11 de agosto de 2008, la paciente, fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, donde se le practicó una colecistectomía (extracción de la vesícula biliar) abierta.

**5.1.1.3.2** El 16 de agosto por una perforación intestinal derivada de un mal congénito denominado Divertículo de Merckel, se le realiza una laparotomía exploradora, donde se advirtió perforación intestinal de íleon terminal a 60 cm de la válvula ileocecal, por lo que se le practica una resección intestinal del segmento afectado, ileostomía, cierre distal de intestino, lavado de cavidad y manejo de abdomen abierto con colocación de bolsa de Bogotá.

**5.1.1.3.3** Finalmente, el 18 de agosto al realizarle un lavado de cavidad, durante la inducción anestésica, presenta aspiración de contenido gástrico, siendo trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva, donde permanece por varios días.

**5.1.1.3.4** La opinión de personal médico especialista en anestesiología que este Organismo consultó, refleja que en el caso de la paciente existió un error técnico en la inducción anestésica, lo cual se debió a diversas causas imputables a personal médico anestesiólogo. Dichas causas se debieron a la probable colocación inadecuada del paciente, al uso de pautas erróneas dentro de la velocidad de administración de fármacos que provocan reacciones adversas, como hipotensión en analgésicos narcóticos. La preoxigenación con O<sub>2</sub> al 100% 3 litros por minuto con presión positiva con bolsa y mascarilla facial aunque menciona con baja presión. De acuerdo al relajante neuromuscular utilizado no despolarizante (atracurio) debió ser entre 3-4 minutos previos a la intubación. Actuando lo más probable como efecto mecánico para la regurgitación y posterior aspiración de contenido gástrico. A la probabilidad de que la presión cricoidea fallara en cualquiera de sus secuencias (maniobra de Sellick).

**5.1.1.3.5** Aunado a lo anterior, de conformidad con lo señalado por el médico especialista, la broncoaspiración que presentó la paciente su pudo evitar, pues la cirugía a realizar, no era una emergencia, toda vez que la paciente presentaba una patología quirúrgica compleja en proceso de recuperación y sin afectación sistémica, de acuerdo a parámetros de signos vitales dentro de límites normales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura) así como estudios de laboratorio vigentes. Además, de que fue valorada por anestesiología, quien determinó enfermedad sistémica leve, motivo por el que el procedimiento a realizar pudo ser considerado como electivo teniendo un período de 12 a 24 horas para evaluar procedimiento anestésico y replantear el tratamiento farmacológico y médico profiláctico en conjunto con el área de cirugía General.

#### **5.1.1.4 Prueba de la negligencia médica en el caso 4.**

**5.1.1.4.1** Conforme al análisis de los peritos consultados por este Organismo y de personal médico de la CDHDF, no se acredita la existencia de elementos que vulneren el derecho humano a la salud por negligencia médica.

#### **5.1.1.5 Prueba de la negligencia médica en el caso 5.**

**5.1.1.5.1** Conforme al análisis de los peritos consultados por este Organismo y de personal médico de la CDHDF, no se acredita la existencia de elementos que vulneren el derecho humano a la salud por negligencia médica.

#### **5.1.1.6 Prueba de la negligencia médica en el caso 6.**

**5.1.1.6.1** Conforme al análisis de los peritos consultados por este Organismo y de personal médico de la CDHDF, no se acredita la existencia de elementos que vulneren el derecho humano a la salud por negligencia médica.

#### **5.1.2 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico**

##### **5.1.2.1 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 1.**

**5.1.2.1.1** El agraviado ingresó al Hospital General de Xoco en la madrugada del 14 de agosto del 2007, por haber recibido herida por proyectil de arma de fuego causándole fractura supracondílea expuesta de fémur y fractura expuesta de rodilla.

**5.1.2.1.2** Fue valorado por el servicio de ortopedia, el cual decide su ingreso para inicio de protocolo de estudio y en nota de ingreso hacen la referencia que presenta llenado capital distal de 4 segundos.

**5.1.2.1.3** Posteriormente fue valorado por el Servicio de Cirugía General, el cual descartó que el trayecto del proyectil se encontrara fuera del paquete vascular, pero también hizo mención que los pulsos pedicos y tibiales están disminuidos, con un llenado capilar de 4 segundos. Por ello, dicha área solicita la realización de un ultrasonido *doppler* para descartar que fuera la fractura del fémur, la que estuviera causando el daño vascular.

**5.1.2.1.4** En nota de evolución vespertina del Servicio de Urgencias, se sigue mencionado que la extremidad pélvica izquierda presenta afectación, con llenado capilar retardado, con datos de deterioro neurovascular distal.

**5.1.2.1.5** Vuelve a ser valorado por Cirugía General el día 14 de agosto a las 17:05 horas y en su nota textualmente menciona: solicitaremos un estudio *doppler* en el transcurso de la semana para determinar si el retardo del llenado capilar y la temperatura no mejoran.

**5.1.2.1.6** El agraviado quedó hospitalizado y las notas de evolución del servicio de ortopedia del 15 al 23 de agosto del 2007, mencionan que se encuentran **sin compromiso neurovascular**.

**5.1.2.1.7** En la nota anterior a la cirugía que ya estaba programada para el día 25 de agosto, mencionan que presentó llenado capilar de 4 segundos contradiciéndose el personal médico que asentó estos datos, porque en la nota del mismo día 25 también especifican que no había compromiso neurovascular.

Ese día, permaneciendo el agraviado en el quirófano, observaron la presencia de flictenas y necrosis del quinto dedo y parte del primero, por lo que solicitan de nueva cuenta interconsulta al área de Cirugía, la cual hace mención, que en dos valoraciones previas habían solicitado la realización del estudio *doppler*. En esa fecha se le practicó, observándose alteraciones en la arteria ó poplítea; por lo que se decidió que fuera enviado a valoración al servicio de Angiología.

**5.1.2.1.8** Posteriormente el agraviado fue referido al Hospital “Dr. Manuel Gea González” y le colocan un filtro en la vena cava, así como un injerto, pero el pronóstico médico especifica que hay un alto riesgo de pérdida de extremidad, por el tiempo de evolución de la lesión.

**5.1.2.1.9** Fue reingresado al Hospital General Xoco el día 3 de septiembre del 2007. El 7 de septiembre, cuando personal del Servicio de Cirugía Plástica realizaría el cierre de la fasciotomías, observó necrosis de los músculos de la pierna, por lo que solicitó apoyo al servicio de ortopedia, cuyo personal realizó la amputación de la extremidad.

**5.1.2.1.10** Del análisis a las notas médicas que integran el expediente clínico, así como acuerdo con la opinión médica de personal de esta CDHDF, se observa que si el ultrasonido *doppler* se hubiera realizado desde la primera ocasión en que se sugirió por el servicio de cirugía general, quien lo requirió 4 horas y media después del día de su ingreso, la atención médica proporcionada hubiera sido de mejor calidad, pues ello hubiera permitido diagnosticar de inmediato su pronta referencia al servicio de angiología.

**5.1.2.1.11** Asimismo, debe destacarse que la decisión de amputar la extremidad del agraviado se pudo, según lo señala el dictamen emitido por el médico especialista en Angiología y Cirugía Vascular consultado por esta CDHDF, pues al no contar con un Servicio de Angiología y Cirugía Vascular para el adecuado diagnóstico y manejo de patologías vasculares, contribuyó de manera determinante en la mala práctica médica que se le proporcionó al paciente.

**5.1.2.1.12** En este sentido, la ausencia del Servicio de Angiología por parte del Hospital General Xoco constituyó un factor decisivo en el oportuno diagnóstico y atención del agraviado, considerando que esta Institución del sistema de salud local es una unidad que proporciona atención médica de urgencias, predominantemente traumatológicas, con altas probabilidades de lesiones vasculares de distinta índole, magnitud, severidad y localización. De acuerdo al especialista en Angiología y Cirugía Vascular consultado por esta CDHDF, se debe contar al interior de la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el Servicio de Angiología o Cirugía Vascular para el adecuado diagnóstico y manejo de patologías vasculares de toda índole, no relegando dicho estudio y manejo al servicio de Cirugía General, que a pesar de tener cierta instrucción en la patología vascular, no es el servicio médico pertinente para el estudio y manejo integral de las lesiones vasculares.

### **5.1.2.2 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 2.**

**5.1.2.2.1 Primer procedimiento quirúrgico.** De acuerdo a las notas médicas que obran en el expediente clínico, el agraviado acudió al servicio de Urgencias del Hospital General Xoco el 19 de noviembre del 2007 por presentar dolor abdominal. El servicio de Urgencias lo atendió a las 00:00 horas y se le diagnosticó un cuadro de apendicitis, fue valorado por el servicio de Cirugía General a las 6:30 horas e intervenido quirúrgicamente a las 8:45 horas de ese día, es decir, de acuerdo al dictamen del perito médico en cirugía general, además no haber sido valorado al paciente en forma oportuna, existió un retraso de más de 8 horas en su atención, permitiendo la progresión de su padecimiento.

El dictamen emitido por el especialista mencionado, señala también que no hay evidencia de que el retardo en la intervención por parte del servicio de cirugía general incidiera en el agravamiento o desarrollo de falla orgánica múltiple que empeorara el pronóstico del paciente, sin embargo, no pasa inadvertido que con la omisión de no brindarle la atención de inmediato se puso en riesgo su salud y vida, pues pudo presentar una patología (peritonitis) que habría desencadenado en un probable cuadro séptico generalizado.

Lo anterior permite concluir que si el servicio de Cirugía General no contaba con los recursos humanos o de infraestructura para atender al agraviado, debía solicitar su traslado a una unidad de mayor capacidad resolutive a fin de otorgar tratamiento urgente que ameritaba.

**5.1.2.2.2 Segundo procedimiento quirúrgico.** En nota médica del 28 de noviembre de 2007 a las 8:50 horas, se señala que presenta abdomen con herida abierta, con exudado purulento fétido, Penrose sin gasto cuantificado, fétido, sin irritación peritoneal, paciente con evolución lenta, requiere intervención quirúrgica (consistente en laparotomía exploradora, hemicolecotomía derecha y lavado de cavidad), sin embargo, éste procedimiento, fue diferido debido a urgencias del servicio, según se observa en la nota médica del mismo día a las 16:00 horas.

Lo anterior puso en peligro la vida del paciente de acuerdo a lo señalado por el especialista consultado por esta Comisión, ya que el diferimiento del procedimiento quirúrgico permitió la progresión de su padecimiento a un estado de posible infección generalizada, corroborándose tal afirmación con la nota postquirúrgica del 2 de diciembre del 2007, en la cual señala la presencia de una infección de naturaleza grave; todo ello significa que la ausencia de infraestructura, traducida en la falta de espacios, equipo y material para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico constituyen deficiencias institucionales, que colocaron en situación de riesgo la vida del agraviado y redujeron la expectativa de restablecer su salud.

### **5.1.2.3 Prueba de la ausencia de recursos en el caso 3.**

**5.1.2.3.1** En este caso no existen elementos que acrediten la vulneración a los derechos humanos de la persona agraviada por indisponibilidad de recursos materiales y de personal médico.

#### **5.1.2.4 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 4.**

**5.1.2.4.1** En las notas médicas del expediente clínico se observa que el paciente menor de edad ingresó al Hospital General Balbuena, el 4 de octubre de 2008, por “presentar lesiones por arma de fuego, ubicadas en región del cuello lado izquierdo y en tercio distal de antebrazo izquierdo”.

**5.1.2.4.2** Se señala en nota del servicio de neurocirugía, que de acuerdo con la tomografía de cráneo el adolescente no muestra lesión alguna en encéfalo, “el trayecto de la bala fue extracráneoal”. Posteriormente, en hoja de indicaciones de la Unidad de Reanimación de las 13:00 horas del día 4 de octubre, se ordenó pasar soluciones parenterales, diversos medicamentos, se sugiere también valoración por parte del servicio de cirugía general y hemotransfudir 1 paquete globular en cuanto se tenga disponible, entre otras indicaciones.

**5.1.2.4.3** Asimismo, en nota médica del Servicio de Cirugía del 4 de octubre de 2008, sin hora, señaló que el paciente presenta lesión penetrante en el cuello, por posición y condiciones amerita manejo quirúrgico (revisión de cuello), pero no se cuenta con el servicio de sangre, tiene anemia y había un gran número de pacientes pendientes para que fueran intervenidos quirúrgicamente, por lo que se “realizará cuando exista tiempo quirúrgico”, además, se agrega que, aunque solicitaron apoyo del Hospital General la Villa y Xoco y éstos aceptaron, no contaron con ambulancia para conseguir la sangre.

**5.1.2.4.4** El médico cirujano del Hospital General Balbuena, que brindó atención al adolescente, informó el 25 de octubre del 2008, que no se le intervino quirúrgicamente por no contar con las condiciones señaladas en el punto inmediato anterior, además, no se le refirió, al igual que a otros pacientes, porque no contaban con ambulancia en ese momento, ni personal médico y de enfermería que asegura condiciones de traslado, pues la única ambulancia con la que cuenta el hospital contaba trasladó a un paciente que requería hemodiálisis.

**5.1.2.4.5** En notas médicas del 4 de octubre del 2008 a las 21:30 horas y del 5 del mismo mes y año de las 8:00 horas, se estableció que: “el adolescente presenta hipotensión, con Glasgow de 3 y muerte cerebral”, pero continuaban sin banco de sangre para transfusión de paquetes globulares, éstos se le transfundieron hasta el día 6 de octubre.

**5.1.2.4.6** La responsable del Banco de Sangre informó que en la guardia de personal del 4 de octubre durante el día y la noche, así como en la guardia diurna del 5 de octubre, no se contó con personal de banco de sangre. El personal estuvo disponible a partir del 5 de octubre por la noche de las 20:00 horas hasta las 7:00 am, del siguiente día. Lo anterior se debió al rol de vacaciones, lo cual se hizo del conocimiento a las autoridades del hospital.

**5.1.2.4.7** El menor de edad se agravó progresivamente y finalmente falleció a las 2:15 horas del 8 de octubre del 2008, la opinión de personal médico de este Organismo concluye que se observó ausencia de recursos e insumos por parte del Hospital General Balbuena para brindar atención médica adecuada e integral, pues al llegar al hospital, el paciente requería de una hemotransfusión; sin embargo, ésta no se pudo llevar a cabo, ya que no contaba con disponibilidad de personal para atender el Banco de Sangre, pues las personas encargadas del mismo se encontraban de vacaciones y no se dejó a ninguna persona encargada de su atención.

Personal de ese nosocomio realizó gestiones para obtener el recurso sanguíneo, en otros hospitales de la Secretaría de Salud, pero tampoco se pudo allegar de éste, al no contar con un vehículo que pudiera trasladarlo. Aunado a lo anterior, en esos momentos, el hospital tampoco contaba con quirófano disponible para operar al paciente, pues otros pacientes graves requerían ser atendidos.

En este sentido, aun cuando el estado de salud del adolescente era grave y de pronóstico reservado, lo que suponía su difícil restablecimiento, la ausencia de infraestructura, insumos (ambulancias), personal médico y de enfermería hizo que la atención médica no se diera de forma oportuna y de calidad.

La CDHDF observa con preocupación que esta situación se hace extensiva y afecta a todos aquellos usuarios que solicitan la intervención del Hospital General Balbuena, pues como lo informó personal médico de esa Institución, no se pudo trasladar al adolescente afectado a otro nosocomio para que recibiera atención médica (ante la ausencia de condiciones), no se contaba con ambulancia para obtener la sangre, en el caso de otros pacientes se adopta el mismo criterio que menoscaba su expectativa de hacer efectivo el goce del derecho a la salud por la carencia de recursos que lo garanticen.

#### **5.1.2.5 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 5.**

**5.1.2.5.1** En nota médica del 24 de enero del 2009, se observa que el paciente ingresó al servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, con datos clínicos de síndrome abdominal agudo caracterizado por dolor abdominal y signos de irritación peritoneal grave como rigidez abdominal involuntaria (abdomen en madera), signos de Murphy positivo, Desjardins positivo, Von Blumberg positivo, Mc Burney positivo.

**5.1.2.5.2** Asimismo, en nota médica del área de urgencias del 24 de enero del 2009, se observa que además de solicitar la valoración por parte del servicio de cirugía general, se ordenó que para integrar un adecuado diagnóstico, se practicara al paciente enzimas pancreáticas, ECG, radiografías de abdomen, paraclínicos adicionales, pero se enfatiza en el mismo documento que no contaban con servicio de radiología, ni de laboratorio. En este sentido, se advierte la ausencia de recursos e infraestructura por parte del hospital para garantizar la atención médica de calidad.

Al no contar con los servicios de rayos X y laboratorio permanentes, se incumplen los criterios señalados en los puntos 7.1 y 7.2 de la **Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica**, pues ésta prevé que el funcionamiento del laboratorio clínico y el servicio de radiología e imagen deben operar las 24 horas del día, los 365 días del año, con infraestructura, equipo y personal suficiente.

**5.1.2.5.3** En relación con la valoración por parte del servicio de cirugía general el 25 de enero del 2009, según nota médica, suscrita por médico tratante, éste solicitó tiempo quirúrgico, pero no fue otorgado por no contar con quirófano disponible aduciendo que las salas de operación se encontraban sucias, sin que exista evidencia de que se hubiesen tomado medidas administrativas efectivas y resolutivas para solucionar el problema.

De acuerdo con la multicitada opinión, este diferimiento en el tratamiento quirúrgico del paciente, por las deficiencias institucionales, permitió la progresión del padecimiento del agraviado a un estado de sépsis que puso en peligro su vida.

Ante la falta de respuesta de las autoridades del hospital, el médico tratante, realizó las hojas correspondientes a la referencia del enfermo; acreditándolo en sus notas médicas de evolución en urgencias, sin embargo por causas imputables a la Institución, la referencia del enfermo a otra unidad no se llevó a cabo.

**5.1.2.5.4** El especialista consultado también concluyó que, el paciente presentó nuevas complicaciones como parte de la historia natural de la enfermedad, en ausencia de mala práctica médica, dichas complicaciones fueron detectadas y tratadas de manera oportuna con arreglo a *lex artis*, sin embargo la ausencia de recursos terapéuticos relacionados a la falta de hemoderivados en el banco de sangre del hospital y su disponibilidad ante una situación de urgencia, además de la falta de personal suficiente e idóneo para atender las necesidades de una unidad de cuidados intensivos como sucedió el día el 8 de marzo del 2009, en que no se contó con médico especialista en la unidad de acuerdo a los registros de Trabajo social, hacen notar que no recibió atención médica de calidad.

#### **5.1.2.6 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 6.**

**5.1.2.6.1** La ausencia de recursos para la debida atención de la persona agraviada, quedó constatada en el expediente clínico de atención médica del Hospital General de Iztapalapa, el 23 de febrero de 2009; específicamente, en la hoja de registros clínicos, tratamiento y observaciones de enfermería, se anotó que al agraviado se le proporcionaron medicamentos por vía intravenosa (omeprazol, metoclopramida y metamizol) a las 18:40 horas del día en mención, pero se hizo la aclaración que no se suministró el antibiótico llamado amikacina porque no había.

**5.1.2.6.2** El problema sobre la insuficiencia de infraestructura para atender a las personas que requieren del servicio de urgencias en el Hospital General de Iztapalapa, corrobora cuando el mismo personal de enfermería, hace la anotación de que la persona agraviada en lugar de estar asignado a una camilla, se le ubicó en una silla para su atención, lo cual

hace evidente que la demanda de población que necesita del apoyo por parte del servicio de urgencias, sobrepasa a la capacidad del nosocomio.

**5.1.2.6.3** Se observa en las notas médicas, que la persona agraviada llegó al servicio de urgencias del Hospital General de Iztapalapa, a las 15:50 horas del 23 de febrero de 2009, sin que existan datos sobre la hora en que fue atendido por el personal médico; posteriormente, el personal de enfermería reporta que se le suministró la solución intravenosa a partir de las 18:20 horas y la administración de los medicamentos sucedió hasta las 18:40 horas. Del tiempo en que se registró al agraviado en urgencias hasta el tiempo en que se proporcionaron los medicamentos, pasaron 2:30 horas. Si a este hecho le agregamos el problema de que no había camilla para ser atendido, ni la totalidad de las medicinas que requería, podemos concluir que existe insuficiencia de infraestructura y recursos para poder atender a la totalidad de las y los usuarios.

### **5.1.3 Prueba de la inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.**

#### **5.1.3.1 Prueba de la inadecuada integración del expediente clínico de atención médica en el caso 1.**

**5.1.3.1.1** La ausencia de notas sobre la evolución del usuario del servicio médico en los días 26 y 28 de agosto, así como de los días 4 al 7 de septiembre de 2007, son coincidentes con el descuido del personal médico para llevar a cabo una exploración física adecuada al problema de salud que padecía el agraviado, de tal manera que no se evitó el deterioro del tejido neurovascular de la pierna izquierda, existiendo una reacción de los profesionales de la medicina hasta que comenzó la necrosis del referido miembro. Tampoco se realizaron los estudios complementarios que el usuario del servicio médico requería (doppler).

**5.1.3.1.2** Las notas de evolución son explicadas en el numeral 8.3 y 6.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, las cuales deben ser elaboradas por el médico cada vez que proporcione atención al paciente, cuando menos una vez al día, describiendo los siguientes datos:

- a) 6.2.1. Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- b) 6.2.2. Signos vitales;
- c) Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- d) Diagnósticos, y
- e) Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

Este último hecho, era primordial para poder prevenir el problema de degradación que estaba sufriendo el órgano pélvico de la persona agraviada.

**5.1.3.1.3** Lo anterior ratifica la posición de este Organismo en el sentido de que la inadecuada integración del expediente clínico de atención médica conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, está correlacionada con los casos de negligencia médica y sobre todo, con una atención médica insatisfactoria para los usuarios.

**5.1.3.2 En los casos 2, 3, 4 y 5, no se acredita plenamente la vulneración al derecho humanos por deficiente integración del expediente de atención médica proporcionada a las personas agraviadas.**

**5.1.3.3 Prueba de la inadecuada integración del expediente clínico de atención médica en el caso 6.**

**5.1.3.3.1** El día 23 de febrero de 2009, después de haber atendido de urgencia al agraviado en el Hospital General de Iztapalapa, su hermana solicitó el alta voluntaria y con ello deslindar al personal de ese nosocomio de toda responsabilidad; sin embargo, ese documento no cuenta con la hora en que el usuario del servicio fue egresado, no obra la firma del mismo usuario, ni tampoco se encuentra la firma del médico que estaba a cargo del paciente. La ausencia de estos elementos no permite saber si se dio de alta antes de obtener los resultados de laboratorio.

**5.1.3.3.2** Lo mencionado implicó el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en los siguientes numerales:

- a) 10.1.2.2.2, porque no cuenta con la hora en que se realizó el alta voluntaria;
- b) 10.1.2.2.7, debido a que no contiene el nombre y firma del médico, y
- c) 10.1.2.2.8, a causa de que no aparece el nombre completo del testigo.

Es importante hacer la anotación de que la hoja sobre el alta voluntaria de los usuarios del servicio médico que ya no desean ser atendidos, es un mecanismo para proteger y salvaguardar al personal médico de cualquier responsabilidad, por lo que su inadecuada integración, afecta únicamente al propio personal médico en caso de ser demandados.

**5.1.3.3.3** En ese mismo día, en los estudios de laboratorio que se tomaron a esta persona, se observó aumento de leucocitos y de función hepática que evidenciaban inflamación de la vesícula biliar, pero no está anotada la hora en que se realizó el procesamiento de la misma ni existe dato alguno sobre la nota de evaluación del servicio de urgencias, tampoco se conoce la hora en que tuvo conocimiento este servicio acerca del resultado sobre esos estudios.

**5.1.3.3.4** Lo mencionado significó el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en los siguientes numerales:

- a) 5.9, debido a que la nota no tiene hora ni nombre del médico que otorgó el servicio;
- b) 7.1.1, porque no se anotó la hora en que se anotó el servicio;
- c) 7.1.2, al no asentarse los signos vitales completos, escribiéndose únicamente la presión arterial;
- d) 7.1.6, a causa de que se cuenta con los resultados de los resultados auxiliares; y
- e) 7.2, no se realizó la nota de evolución de la atención proporcionada al agraviado en el servicio de urgencias.

## **5.2 FUNDAMENTACIÓN. MARCO JURÍDICO DE LOS DERECHOS HUMANOS VIOLADOS.**

## **5.2.1 La violación al derecho a la salud por negligencia médica.**

**5.2.1.1** El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a los servicios de salud.<sup>80</sup>

**5.2.1.2** El derecho constitucional a la protección de la salud es el que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva dirigida a la efectiva satisfacción de la atención individual por encima de las posibilidades personales del sujeto. También significa, —y esto es muy importante—, la obligación (negativa) del Estado para no dañar la salud.<sup>81</sup>

**5.2.1.3** En los expedientes analizados se observó que la negligencia médica incidió directamente de manera grave en el deterioro de la salud, generando lesiones irreversibles (pérdida de extremidades) y en algunos de los casos, en la posterior pérdida de la vida.

**5.2.1.4** En el derecho internacional de los derechos humanos se encuentra el artículo 12.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,<sup>82</sup> que a la letra indica:

“1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

El Estado Mexicano es Parte de este Pacto, con lo que se ha comprometido a garantizar para sus habitantes el más alto nivel posible de salud física y mental.

**5.2.1.5** El Consejo Económico Social y Social de las Naciones Unidas al interpretar el mencionado artículo 12 del Pacto en análisis mediante la Observación General número 14 (2000), sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud, interpretó que se debe entender por servicios de salud de calidad:

“Calidad: Además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”.<sup>83</sup>

**5.2.1.6** En relación con el requisito de la calidad, el Poder Judicial de la Federación Mexicana, a través del Juzgado Séptimo de Distrito del Estado de Guerrero, al resolver el Juicio de Amparo 1157/2007-II<sup>84</sup> sobre el primer caso en que se hace justiciable en nuestro

---

<sup>80</sup> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

<sup>81</sup> ABRAMOVICH, Victor, COURTIS Christian. “Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales: estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales” en Abregú, M. y Courtis., C. (comps.) *La aplicación de los tratados sobre derechos humanos por los tribunales locales*, Buenos Aires., CELS.

<sup>82</sup> Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante Resolución 2200(XXI), el 16 de diciembre de 1966. Aprobado por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.

<sup>83</sup> Observación General número 14(2000) E/C.12/2000/4 del Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales). Ginebra, Suiza. 25 de abril al 12 de mayo de 2000. Párrafo 12, inciso d.

<sup>84</sup> *Cfr.* foja 32 de la sentencia fechada el 16 de julio de 2008.

país un derecho económico social y cultural como lo es el de la salud, en relación con un Centro de Salud que no proporcionaba este servicio público en la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatonoc, Estado de Guerrero, señaló:

“ La calidad en el servicio de salud, es un requisito que abarca no solamente la existencia misma del sistema de salud (dado que de nada sirve un sistema sanitario que opera en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud, sino a su empeoramiento), sino también de igualdad entre quienes acceden a los servicios de salud y de quienes lo hacen en servicios privados”.

Esto significa que la calidad en los servicios médicos, implica una atención esmerada que evite a toda costa la negligencia médica y como consecuencia directa, el deterioro en la salud de las usuarias y usuarios de este servicio.

**5.2.1.7** En el sistema interamericano de los derechos humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”,<sup>85</sup> establece en el artículo 10, inciso e, el derecho de los grupos sociales de más alta vulnerabilidad y riesgo, para recibir atención para la salud:

“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:

[...].

e) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

**5.2.1.8** La Ley General de Salud, establece en su artículo 2º, los propósitos del servicio público en esta materia:

“ El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. [...]

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. [...].

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación y mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”;

---

<sup>85</sup> Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

Estos señalamientos que hace el numeral segundo de la Ley General de Salud, van encaminados a la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias y de los usuarios, situación que no se logró en ninguno de los casos anteriormente enunciados, exigiendo también una actitud solidaria por parte de quienes prestan este servicio público.

**5.2.1.9** La Ley de Salud del Distrito Federal, establece cómo debe ser prestado el servicio de salud en el artículo 16-B, estableciendo que el tratamiento médico debe ser de calidad, respetando los principios médicos científicamente aceptados:

“Artículo 16. La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica y género del individuo.

Los usuarios de los servicios de salud deberán:

- I. Ser atendidos por un médico;
- II. Ser tratados respetando sus intereses;
- III. Recibir un tratamiento conforme a los principios médicos científicamente aceptados, y
- IV. La seguridad en la calidad, y continuidad de la atención médica recibida, independientemente del nivel o unidad donde reciba el servicio”.

**5.2.1.10** El Distrito Federal como Entidad Federativa, tiene una organización legislativa acorde a los lineamientos internacionales en materia de salud, pero hace falta aterrizar el mejoramiento de las políticas públicas de salud, para que esta atención se imparta con calidad.

**5.2.2 La violación del derecho a la salud por insuficiencia de recursos y personal médico.**

**5.2.2.1** El derecho a la salud consagrado en el mencionado numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, involucra tanto garantías individuales como sociales, por cuanto requiere, para ser efectivo, la participación del individuo, la sociedad y del Estado. El Juez Séptimo de Distrito en el Estado de Guerrero, al resolver el primer caso sobre justiciabilidad en México de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación con el Centro de Salud de la comunidad Mini Numa en el Municipio de Metlatonoc, definió que este artículo constitucional abarca cuatro características específicas sobre el derecho a la salud; entre las cuales, destaca la accesibilidad de este servicio público:

- a) Es una garantía individual;
- b) Sus titulares pueden ejercerlo libremente;
- c) Es un derecho universal, pues protege a todo ser humano, y
- d) Su parte medular consiste en el acceso a todos los servicios de salud.

A continuación se desglosa la fundamentación jurídica relacionada con la disponibilidad de recursos y personal médico, desglosando ambos aspectos:

➤ **En relación con la falta de recursos:**

**5.2.2.2** Conforme al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala:

“ Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

**5.2.2.3** En relación con este artículo, el Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas; en su Observación General número 14 (2000) sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud, determinó en el párrafo 12, inciso b, el alcance del concepto de accesibilidad del derecho a la salud.

“Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. [...]”

**5.2.2.4** Dentro del Sistema Interamericano se encuentra el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, el cual establece en el artículo 10, inciso a, el lineamiento de la accesibilidad a los servicios de salud, al alcance de todos los individuos que lo necesiten:

“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:

a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad”.

**5.2.2.5** En la legislación local, el artículo 1 bis, fracción V, de la Ley de Salud para el Distrito Federal, establece que el derecho a la protección de la salud, debe ser satisfecho de manera eficaz y oportuna en beneficio de los habitantes del Distrito Federal:

“Para los efectos de la presente ley, el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

[...]

V. El disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”.

Mientras que el numeral 8, fracción XII, del mismo Ordenamiento, instruye que es una obligación de la Secretaría de Salud, garantizar la existencia de los insumos para la atención de las y los usuarios de este servicio público:

“Artículo 8. La Secretaría de Salud del Distrito Federal tendrá a su cargo:

[...]

XII, Garantizar la disponibilidad del cuadro básico de insumos, determinado por la Secretaría y su disponibilidad a la población en general”;

➤ **En relación a la disponibilidad de personal médico:**

**5.2.2.6** El artículo 12.2, inciso d, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,<sup>86</sup> establece que los Estados Partes deben tomar las medidas necesarias para asegurar la plena efectividad de este derecho, creando las condiciones que aseguren a todos, la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

**5.2.2.7** Este artículo se concatena con el numeral 2.1, el cual señala que los Estados Partes se comprometen a tomar las medidas necesarias y el máximo de recursos disponibles, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos reconocidos en ese Pacto, entre los que se encuentra el derecho a la salud.

Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

**5.2.2.8** El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”,<sup>87</sup> establece en el artículo 10, inciso b, el lineamiento de hacer extensivo los servicios de salud a todos los habitantes del Estado, lo cual se logra a través de la disponibilidad de personal médico para ello:

“ Artículo 10. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:

b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.”

**5.2.2.9** Por consecuencia, el derecho a la salud es una garantía fundamental de todo ser humano, que implica el cumplimiento de los siguientes principios: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Respecto de la disponibilidad, que se refiere a los

---

<sup>86</sup> Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución 2200 (XXI), el 16 de diciembre de 1966. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.

<sup>87</sup> Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

recursos humanos suficientes con los que debe contar el sistema de salud, el Comité DESC de la ONU define lo siguiente:

“Disponibilidad. Cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”.<sup>88</sup>

**5.2.2.10** En la legislación local a través de la Ley de Salud del Distrito Federal, el numeral 16-Bis, establece como primer derecho de las y los usuarios de los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la atención por una o un médico, lo cual solamente es factible, si se cuenta con el personal para poder atender a todas las personas que lo necesiten:

“Artículo 16 Bis. La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica y género del individuo.

Los usuarios de los servicios de salud deberán:

I. Ser atendidos por un médico”.

### **5.2.3 La violación al derecho a la salud por la inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.**

**5.2.3.1** A nivel local, la Ley de Salud para el Distrito Federal, establece la obligación de atender la Norma Oficial en comento, al señalar en el artículo 16, bis 5, que la prestación y verificación de los servicios de salud pública, deberán sujetarse a lo previsto en la Ley General y en las Normas Oficiales (NOM) correspondientes.

**5.2.3.2** Las Normas Oficiales Mexicanas son reglas de carácter técnico-jurídico, expedidas por órganos de la administración pública cuyo objeto es uniformar determinados procesos, productos o servicios con el fin de proteger la vida, la seguridad y el medio ambiente.<sup>89</sup>

**5.2.3.3** En la introducción a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, se asienta que este ordenamiento se encuentra dirigido a sistematizar,

---

<sup>88</sup> Observación General número 14 (2000) E/C.12/2000/4. *Op. Cit.* Párrafo 12, inciso a.

<sup>89</sup> CALLADO Bernal, José. *La regulación de la administración pública*. Ediciones PAF. Ciudad de México. 2008, P. 9. La definición legal se puede encontrar en el artículo 3, fracción XI, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, que al respecto señala: **Norma Oficial Mexicana:** la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.

homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la posterior solución de los problemas de salud del usuario, involucrando en ello acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, las cuales deberán ser registradas en el referido expediente.

**5.2.3.4** El numeral 2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, establece que el campo de aplicación de esta Norma Oficial, será de observancia general en el territorio nacional, siendo obligatorias sus disposiciones para los prestadores de servicios de atención médica en los sectores público, social y privado, incluyendo los consultorios.

**5.2.3.5** A su vez, el artículo 5.1 de ese mismo instrumento técnico-jurídico, ratifica la instrucción del artículo 2º al confirmar que los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado están obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en esa Norma Oficial Mexicana, obligando solidariamente a los establecimientos donde se imparte el servicio médico, así como al personal médico independientemente de la forma en hayan sido contratado.

## **6. POSICIONAMIENTO DE LA CDHDF FRENTE A LAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

**6.1** La dignidad es inherente a todos los seres humanos y se fundamenta en las condiciones materiales y sociales que permiten el pleno desarrollo de las personas en sociedad. En el espíritu de la Carta Internacional de Derechos Humanos,<sup>90</sup> vivir dignamente es hacerlo “sin miedo a sufrir discriminación, agresiones, acusaciones injustas, abusos de poder, limitaciones a nuestras libertades fundamentales”; así como “poder vivir sin obstáculos para nuestro desarrollo, sin carencias materiales en aspectos básicos como alimentación, vestido, vivienda, salud, trabajo, seguridad social, educación” (derecho económicos, sociales y culturales).

**6.2** El derecho a la salud se encuentra enunciado en diversos instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos como uno de carácter colectivo y social, formando parte de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) incluidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Código Internacional de Ética Médica, la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente y la Observación General 14 de la ONU.

**6.3** Estos derechos son objeto de obligaciones específicas contraídas por el Estado Mexicano en el contexto de los diferentes instrumentos internacionales que ha suscrito. Como lo señala el artículo 27 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los

---

<sup>90</sup> Se conoce como Carta Internacional de Derechos Humanos a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Tratados,<sup>91</sup> el Estado está obligado a cumplir con los tratados que acepta y no puede alegar su derecho interno para su incumplimiento; asimismo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos obliga al Estado a adecuar su normatividad interna a los compromisos contraídos.<sup>92</sup>

**6.4.** Al tratarse de un derecho económico, social y cultural, implica para el Estado Mexicano dos obligaciones, la primera de ella es abstenerse de llevar a cabo acciones que vulneren la garantía fundamental a la salud, pero también implica el compromiso de canalizar recursos humanos y materiales para garantizar el ejercicio de este derecho a través de 4 factores que a continuación se explican:

- Disponibilidad: Contar con un número suficiente y en buen estado de establecimientos, bienes, servicios públicos y centros de atención a la salud, así como programas, personal capacitado y medicamentos esenciales, entre otros.
- Accesibilidad física, económica y sin discriminación: Los bienes y servicios de salud deberán ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquier motivo como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niñas y niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y personas con VIH-SIDA, por mencionar algunos.
- Aceptabilidad: Deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades; sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida; respetando la confidencialidad.
- Calidad: Deberán contar con bienes y equipo en buenas condiciones y prestar servicios de salud óptimos.

**6.5** Concretando los anteriores conceptos a los 6 casos denunciados en este instrumento recomendatorio, observamos que en 3 de ellos hubo negligencia médica, pero en 5 de los mismos, existió el problema de la carencia de recursos humanos y materiales para brindar la atención médica adecuada a las personas agraviadas, sobre todo cuando se trató de casos urgentes, en los que era necesario disponer de camas, sangre, medicamentos, así como de personal, lo cual se agudizó en períodos vacacionales y no había quien supliera a las y los médicos ausentes.

**6.6** Esta Comisión expresa su más profunda preocupación por los hechos que dieron lugar a la presente Recomendación, no sólo por la gravedad de los mismos, sino porque, desafortunadamente, no han sido únicos ni aislados. En ocasiones anteriores, hechos similares han llevado a este Organismo a emitir diversos pronunciamientos que aún se encuentran pendientes de cumplimiento, entre ellas destacan las recomendaciones 19/2008 y 2/2009, las cuales se caracterizaron porque existió una combinación de vulneración a los derechos fundamentales de los usuarios del servicio médico en el Distrito Federal, por negligencia médica y carencia de recursos terapéuticos para brindar atención médica oportuna y eficiente. Los hechos denunciados en este instrumento recomendatorio

---

<sup>91</sup> Al respecto señala: **El derecho interno y la observancia de los Tratados**. “Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado”.

<sup>92</sup> Artículo 2 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos.

manifiestan la continuidad de algunos problemas expresados en las anteriores recomendaciones.

**6.7** Se reitera también la intranquilidad de este Organismo, respecto del no acatamiento por parte de los médicos y enfermeras adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de cada uno de los lineamientos que se establecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, lo cual se refleja en la deficiente elaboración de las notas médicas y de los expedientes clínicos,<sup>93</sup> donde se aprecian ciertas deficiencias en cuanto a su elaboración de acuerdo a lo que estipula esa Norma Oficial Mexicana.

**6.8** La CDHDF también ha realizado señalamientos especiales como es el caso del Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal 2008, en el cual señala que la mala calidad en el servicio de salud, es un tema recurrente en las quejas recibidas por presuntas violaciones al derecho a la salud, imputables a los distintos hospitales adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En dichas quejas destaca en particular que:

- Los recursos humanos no son suficientes para cubrir la demanda de intervención; en ocasiones no hay personal médico que supla las ausencias del personal, tampoco se cuenta con el personal de enfermería suficiente para la atención de las y los pacientes.
- No se cuenta con los medicamentos, instrumental médico, estudios de gabinete e insumos suficientes y necesarios para cumplir la atención médica de manera eficaz, o éstos se encuentran deteriorados o dañados.
- La atención a la salud de las y los pacientes no es idónea, a pesar de los avances tecnológicos y de la cobertura de los servicios que se han implementado, toda vez que estos no han evolucionado de la misma forma que lo ha hecho la sociedad y la gran demanda que actualmente existe en materia de atención médica.<sup>94</sup>

**6.9** Asimismo, la CDHDF detectó que en el año 2008, otra demanda frecuente de la población, fue la carencia de medicamentos e instrumentos médicos en los hospitales y centros de salud, lo cual originó el retraso en estudios. Otros problemas que se siguen enfrentando son la omisión de referenciar a los pacientes a otros hospitales cuando no hay la capacidad o el servicio en el hospital, que se pospongan las cirugías previstas y la falta de personal en algunos hospitales por no haber reemplazos para las ausencias.

**6.10** Por ello, esta Comisión expone a esa dependencia la necesidad de asumir compromisos y obligaciones de colaborar en un problema focalizado, como es que los médicos adscritos a esa Secretaría, efectúen al máximo sus esfuerzos para la detección oportuna de las enfermedades y padecimientos que los pacientes presenten, haciendo uso de todos los recursos y servicios médicos que tengan a su alcance; esforzándose en realizar valoraciones y exploraciones físicas detalladas y exhaustivas y, en caso de no contar con los elementos o aparatos médicos necesarios, se enfatice sobre la importancia

---

<sup>93</sup> Este problema ha sido señalado por la CDHDF en las Recomendaciones 9/2006; 10/2006; 8/2008 y 2/2009, aún pendientes de ser cumplidas.

<sup>94</sup> El Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal es un instrumento elaborado a iniciativa de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial del Distrito Federal junto con la CDHDF, y se involucró en su elaboración tanto a dependencias públicas como académicas y organizaciones gubernamentales, que en su conjunto a más de 50 instituciones involucradas en diversos temas relacionados con los derechos humanos. La información transcrita proviene de la página 271, párrafo 1092, del citado diagnóstico.

de referir a los pacientes de forma oportuna a las instituciones médicas que estén capacitadas y especializadas para atender sus casos.

**6.11** El problema sobre la carencia de recursos no es nuevo; en el Informe Anual 2007 de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se reportó una alta incidencia de quejas contra la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por la carencia de equipo, materiales e insumos para una atención médica eficiente.<sup>95</sup>

**6.12** Por lo enunciado, es imprescindible que la Secretaría de Salud del Distrito Federal actualice el inventario de recursos e insumos con los que cuenta para la atención de aproximadamente 3 700 000 personas que pueden requerir su apoyo.<sup>96</sup>

**6.13** Este Organismo reitera que en el supuesto de que los recursos asignados no sean suficientes para atender la creciente demanda de usuarios, la Secretaría de Salud del Distrito Federal puede retomar lo señalado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, solicitando el apoyo de instituciones altruistas y fundaciones que puedan colaborar con el aprovisionamiento de insumos para conseguir material terapéutico, aparatos de diagnóstico y medicamentos que no pudieron obtenerse con los recursos del presupuesto debido a su alto costo.

**6.14** A través de esta Recomendación, la CDHDF reitera su posicionamiento a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para hacer más eficaz la política en materia de salud, como parte de los Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales en el Distrito Federal.

## **7. REPARACIÓN DEL DAÑO.**

**7.1** Con fundamento en el artículo 113 constitucional, en el artículo 46 de la Ley de esta Comisión, 139 fracción VII del Reglamento Interno de la misma, así como los artículos 77-bis, párrafo tercero de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, se procede a señalar las afectaciones ocasionadas a las víctimas, así como la propuesta a los rubros de reparación por responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal en el ámbito de los derechos humanos.

**7.2** En anteriores recomendaciones dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la CDHDF ha enunciado los principios que bajo el régimen del derecho internacional de los derechos humanos, rigen la reparación del daño en materia de protección a las garantías fundamentales, mismo que retoma principios del derecho civil, administrativo y penal, pero se caracteriza por ser diferente porque abarca un mayor ámbito de protección, mientras que en sentido inverso, es más sencillo en los procedimientos para ejercerlo a favor de las víctimas.

---

<sup>95</sup> CDHDF. *Informe Anual 2007*. Volumen I. Ciudad de México. Abril de 2007. p.299.

<sup>96</sup> *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*, elaborado en colaboración con la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el Gobierno del Distrito Federal y el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en colaboración con 9 instituciones académicas, así como organizaciones de la sociedad civil. Ciudad de México, 2008, p. 270.

**7.3** Los principios que se deben tomar en cuenta para medir el alcance de las obligaciones del Estado en materia de derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a la salud, son:

- El principio pro persona, implica que siempre se debe cumplir con los derechos que protejan a las mujeres y a los hombres de manera más amplia.
- El desarrollo progresivo y la no regresión. Una vez que el Estado, de acuerdo a los estándares en derechos humanos, fija un parámetro de protección, no puede disminuirlo. Al mismo tiempo implica que el alcance de la obligación puede ampliarse.
- El Estado debe aplicar el máximo de los recursos disponibles a fin de brindar el goce efectivo de los derechos humanos a las personas. Este aspecto adquiere particular relevancia al momento de destinar recursos suficientes para la instrumentación de las medidas de reparación.

**7.4** Cuando el Estado no alcanza a garantizar el servicio público eficiente en materia de salud como derecho humano económico, social y cultural, deberá asumir las consecuencias que derivan de la violación a los derechos humanos previstos en materia nacional o internacional.

**7.5** En este sentido, es importante señalar que el agravio a un derecho humano, reviste una dimensión diferente y más grave al daño producido en materia civil, penal o administrativa. Esto quiere decir que cuando se afecta un derecho humano, se genera una característica sustantiva profunda y de mayor gravedad, porque directa o indirectamente se afecta a una persona o grupo de personas en lo más fundamental de su identidad como ser humano. El hecho de que el daño causado a una víctima sea ocasionado por agentes del Estado, hace multiplicar su grado de afectación, ya que proviene del responsable de velar por su respeto y garantía.<sup>97</sup>

**7.6** Otro matiz de gravedad, deviene de la característica de la integralidad de los derechos humanos, toda vez que cuando uno de los derechos fundamentales no es respetado, por consecuencia directa se menoscaban los demás derechos fundamentales, causando así una verdadera afectación al individuo.<sup>98</sup>

**7.7** De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la pretensión original de la reparación del daño en materia de derechos humanos, es restablecer o bien compensar a las víctimas para paliar los daños sufridos por el acto ilícito.<sup>99</sup> Implica el deber de resarcimiento del Estado en un esquema de reparación adecuado,<sup>100</sup> integral y proporcional a los daños producidos. Asimismo, la reparación debe tener como objetivo la plena restitución a la situación anterior a la violación. La propia Corte ha señalado al respecto:

---

<sup>97</sup> Cfr. CALDERÓN GAMBOA, Jorge Francisco. *Reparación del daño al proyecto de vida por violaciones a derechos humanos*. México, D.F., Editorial Porrúa, 2005. (Colección Breviarios Jurídicos No. 26). Páginas 22-23.

<sup>98</sup> Cfr. *Ibidem*.

<sup>99</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia del 21 de julio de 1989. Serie C. No. 8, párrafo 26. Caso Goiburú Jiménez vs. Paraguay, Sentencia sobre Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 22 de septiembre de 2006. Serie C. No. 153, párrafo 143.

<sup>100</sup> De acuerdo con la Corte, "toda violación de una obligación internacional que haya producido un daño comporta el deber de repararlo adecuadamente [...]." CIDH. Caso cinco pensionistas v Perú, párrafo 173.

“La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución (*restitutio in integrum*), lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral”.<sup>101</sup>

**7.8** El fundamento de la intervención de los organismos públicos de derechos humanos para solicitar y determinar reparaciones en materia de derechos humanos, la encontramos en el artículo 63.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, el cual dispone la necesidad de que un ente público como es a nivel interamericano la propia Corte, requiera su satisfacción a nombre de la persona agraviada, toda vez que al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste, con el consecuente deber de reparar y hacer cesar las consecuencias de la violación (*cfr.*)<sup>102</sup> En estos casos, se establecen relaciones de responsabilidad entre Estados e individuos, donde el único sujeto responsable es el Estado, mientras que los individuos se constituyen en sujetos pasivos.<sup>103</sup>

**7.9** Las medidas de reparación que se solicitan en el ámbito de los Derechos Humanos no pueden ser consideradas como penas, ya que su naturaleza es diferente puesto que más bien se constituyen en compensaciones hacia la víctima, nunca en medidas “ejemplarizantes o disuasivas”<sup>104</sup>.

**7.10** Es importante aclarar que la reparación del daño no solamente está contemplada en el derecho internacional de los derechos humanos, también se encuentra prevista, entre otras disposiciones del derecho interno nacional y local, como en los artículos 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 77 bis de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; 1910, 1915, 1916, 1927 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; 1928 del Código Civil para el Distrito Federal y 17, fracción IV, del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal.

**7.11** En este orden de ideas, el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que la responsabilidad del Estado por los daños que cause en los bienes o derechos de los particulares por causa de una actividad administrativa irregular, será objetiva y directa.<sup>105</sup> El artículo primero, último párrafo de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, define lo que se debe entender por actividad administrativa irregular:

---

<sup>101</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Velásquez Rodríguez. Sentencia de reparaciones y costas de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, Párr. 26; Caso Godínez Cruz. Sentencia de reparaciones y costas de 21 de julio de 1989. Serie C No. 8, Párr. 24. En el mismo sentido, ver Corte IDH. Caso Cinco pensionistas v. Perú, párrafo 174.

<sup>102</sup> *Cfr.* Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Tibi Vs. Ecuador*. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. párr. 223.

<sup>103</sup> TORO HUERTA, Mauricio Iván del. “La Responsabilidad del Estado en el Marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos” en MÉNDEZ SILVA, Ricardo (Coordinador). *Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Memoria del VII Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional*. México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. 2002. Colección Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM. Página 666. Página Electrónica en Internet, <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/342/32.pdf>

<sup>104</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Garrido y Baigorria*. Op Cit. párr 44

<sup>105</sup> México. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Artículo 113, párrafo segundo en Cámara de Diputados (México). Leyes federales. Fecha de actualización 19 de junio de 2007. Página electrónica en Internet, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/1.doc>

“[...] aquella que cause daño a los bienes y derechos de los particulares que no tengan la obligación jurídica de soportar, en virtud de no existir fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate”.

**7.12** La naturaleza y monto de las medidas de reparación del daño dependen de las características de la violación y del daño ocasionado en los planos material e inmaterial, sin que implique enriquecimiento o empobrecimiento para la víctima.<sup>106</sup> En este orden de ideas deben incluir, al menos, los siguientes elementos:

a. Daño material, que consiste en la pérdida o detrimento de los ingresos, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con las violaciones a los derechos humanos.<sup>107</sup>

b. Daño inmaterial que comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados y allegadas, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, las alteraciones de carácter no pecuniario en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. Dado que no es posible asignar al daño inmaterial un equivalente monetario preciso, sólo puede ser objeto de compensación mediante el pago de una cantidad de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables en dinero, que los tribunales u organismos públicos de derechos humanos deben determinar en términos de equidad, así como mediante la realización de actos u obras de alcance o repercusión públicos, que tengan como efecto el reconocimiento de la dignidad de la víctima y evitar que vuelvan a ocurrir violaciones de los derechos humanos.<sup>108</sup>

En jurisprudencia firme emitida por el Sexto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito del Poder Judicial de la Federación,<sup>109</sup> también se encuentra contemplada la reparación por el daño moral, a causa de actos de negligencia médica:

“DAÑO MORAL, DERECHO A LA REPARACIÓN DEL. SE DA A FAVOR DE UNA PERSONA, COMO CONSECUENCIA DE UNA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA POR UN CENTRO HOSPITALARIO QUE VULNERE O MENOSCABE SU INTEGRIDAD FÍSICA O PSÍQUICA.

En términos del artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal y Código Civil Federal, el daño moral consiste en la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hay daño moral, cuando vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la “integridad física o psíquica” de las personas, siendo independiente del daño material que se cause; luego, si un centro hospitalario le

---

<sup>106</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Goiburú Jiménez vs. Paraguay, Sentencia sobre Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 22 de septiembre de 2006. Serie C. No. 153, párrafo 143.

<sup>107</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Servellón García vs. Honduras. Sentencia del 21 de de septiembre de 2006. Serie C. No. 152. Párrafo 173. Caso Goiburú y Otros vs. Paraguay. Sentencia sobre Fondo. Reparaciones y Costas. Sentencia del 22 de septiembre de 2006. Serie C. No. 153. Párrafo 150.

<sup>108</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77. Párrafo 84; *Caso Aloeboetoe y otros Vs. Surinam*. Fondo. Sentencia de 4 de diciembre de 1991. Serie C No. 11, párr. 44; *Caso Perozo vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de enero de 2009. Serie C No. 195. Párrafo 405.

<sup>109</sup> Novena Época; Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; tomo: XVI, noviembre de 2002; tesis: 1.6° C.J/39; número de registro: 185,572; página: 1034.

presta a una persona una inadecuada atención médica y por esa circunstancia le irroga a ésta una afectación que le incapacita permanentemente, es indudable que, aparte del daño material, le ocasiona una afectación psíquica que evidentemente, se traduce en un daño moral que altera sus sentimientos y afectos, debiéndola resarcir en términos de ley por ese motivo, independientemente de la indemnización correspondiente al daño material”.<sup>110</sup>

c. Garantías de satisfacción y no repetición. Este rubro tiene que ver con la adopción de distintas medidas con el fin de evitar que se puedan dar violaciones de derechos humanos como las ya cometidas.

## **La reparación en el presente caso:**

**7.13 La reparación del daño material.** Tomando en cuenta los criterios señalados anteriormente, dentro de este rubro se deberá incluir:

*I. El daño emergente.* Conforme a la doctrina de los derechos humanos se entiende el daño emergente como las pérdidas económicas efectivamente sufridas y valubles con certeza, que han sufrido las víctimas o sus familiares, como resultado directo de la violación, que en este caso se traduce en los gastos médicos en que han incurrido los familiares de las víctimas y en su caso, los gastos derivados de los funerales y el destino final del cuerpo de las personas fallecidas.

*II. El lucro cesante.* Constituye la ganancia que dejó de obtener la víctima o sus familiares a causa de la violación a sus derechos fundamentales.

Por lo anteriormente expuesto, la CDHDF **solicita como reparación del daño en materia de indemnización, que la Secretaría de Salud del Distrito Federal tome en cuenta las reclamaciones de todas y todos los peticionarios y agraviados presentados en este instrumento, a efecto de proceder a la reparación económica que corresponde,** tomando en consideración el daño emergente producido a la economía de las familias afectadas por los fallecimientos y las enfermedades producidas a los agraviados, a causa de la negligencia médica producida; aunado a los ingresos que han dejado de percibir las familias afectadas, en aquellos casos en los cuales los agraviados colaboraban con el sostenimiento económico para el apoyo de sus integrantes.

**7.14 Reparación por el daño moral.** Consistirá en las medidas que deberá tomar la Secretaría de Salud del Distrito Federal para compensar la afectación psicológica de las

---

<sup>110</sup> Las 5 sentencias emitidas en el mismo sentido que conforman la jurisprudencia firme son:

- 1) Amparo directo 6396/99. Adrián Hernández Linares. 15 de marzo de 2000. Unanimidad de votos. Ponente: Gilberto Chávez Priego. Secretario: Miguel Ángel Castañeda Niebla.
- 2) Amparo directo 9246/2001. Petróleos Mexicanos. 31 de enero de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: José Juan Bracamontes Cuevas. Secretaria: María de los Ángeles Reyes Palacios.
- 3) Amparo directo 4456/2002. Rocío del Carmen Pérez Ramírez. 11 de julio de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: Gilberto Chávez Priego. Secretario: Miguel Hernández Sánchez.
- 4) Amparo directo 4606/2002. Raquel Mercado Vega. 8 de agosto de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo R. Parrao Rodríguez. Secretario: Sergio I. Cruz Carmona.
- 5) Amparo directo 5716/2002. Isidro Hernández Rodríguez. 26 de septiembre de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: José Juan Bracamontes Cuevas. Secretario: Alfredo Lugo Pérez.

familias que sufrieron la pérdida de los agraviados, abarcando los programas de terapia psicológica aplicados en beneficio de los miembros de la familia, sobrevivientes.

**7.15 Garantías de no repetición de hechos similares:** Consiste en la implementación de políticas públicas cuyo cumplimiento permitirá modificar los esquemas de la administración gubernamental para mayor protección de los derechos económicos y sociales en materia de salud de las y los habitantes del Distrito Federal.

En este caso, las garantías de no repetición se realizarán en dos vertientes:

- Darle continuidad al diagnóstico sobre la situación del servicio público de la salud, agregando el apoyo de instituciones como la Organización Mundial de la Salud y de las organizaciones de la sociedad civil, en el cual se detecten con base en datos reales, los siguientes datos que contribuirán a mejorar el servicio de salud en el Distrito Federal:
  - a) El número de médicos especialistas en salud, ambulancias y personal especializado que es necesario contratar, para atender eficazmente las necesidades de la población, en particular, se observen los mecanismos de suplencias del personal que se tiene que ausentar por permisos especiales o vacaciones.
  - b) Las adecuaciones que se tienen que llevar a cabo en las instalaciones de los nosocomios de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el propósito de poder atender las demandas de la población que necesite de atención médica.
  - c) La adquisición de insumos necesarios para la atención médica adecuada de la población que requiere de los servicios de salud. En particular se proceda a la creación de la especialidad en angiología como parte de la atención a la salud en tercer nivel.
- Tomando en consideración que el problema de la inadecuada integración del expediente clínico de atención médica conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 no se ha podido solucionar a cabalidad, se logre la implementación del sistema que permitirá el uso del expediente clínico electrónico en todos los nosocomios de la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, como ya comenzó a llevarse a cabo en el Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez”.

## **RECOMENDACIÓN:**

Por todo lo expuesto, con fundamento en los artículos 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 17 fracción IV y 22 fracción IX de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal así como 1 y 140 de su Reglamento Interno, notifico a usted los siguientes puntos recomendatorios:

**PRIMERO.** Se repare el daño a las personas agraviadas de los casos, así como a las y los peticionarios, en los siguientes términos:

1) Por el daño emergente, que deberá calcularse con los gastos erogados a causa de la negligencia médica y en su caso, el fallecimiento del agraviado en el caso 2.

1.a. Asimismo, en el caso específico del agraviado A, se le deberá rembolsar la cantidad que erogó para la adquisición de la prótesis que utiliza en la pierna que le fue amputada, así como el costo de la rehabilitación.

b) Por el lucro cesante que dejaron de percibir aquellas familias en las cuales los agraviados aportaban al sustento económico y/o cuando los padres de familia tuvieron que dejar de trabajar, para cuidar a los agraviados que enfermaron gravemente a causa de la negligencia médica, tomando en cuenta para ello, los ingresos que percibían antes de la vulneración a sus derechos fundamentales y la esperanza de vida en promedio, de los habitantes del Distrito Federal.

c) Por los daños provocados en el ámbito moral de las familias afectadas, debido a la pérdida irreparable de los miembros de la familia. Esta compensación se llevará a través de medidas terapéuticas psicológicas a quienes así lo soliciten.

**SEGUNDO.** A manera de indemnización, se tramite la inscripción de las personas agraviadas en programas sociales del Gobierno del Distrito Federal.

**TERCERO.** Se lleven a cabo las acciones necesarias para la creación del servicio de angiología dentro de la red hospitalaria del sistema de salud local. En caso de no contar con los recursos económicos e infraestructura para ello, se solicite el apoyo de organismos nacionales e internacionales.

**CUARTO.** Se establezca el funcionamiento permanente de los bancos de sangre de la Red Hospitalaria durante las 24 horas del día, con el propósito de atender las necesidades de la población que requiere de este servicio.

**QUINTO.** Se realice un diagnóstico del estado y condiciones en las que se encuentran las ambulancias asignadas a los hospitales del sistema de salud local. Del resultado se valore la distribución de los vehículos, de tal forma, que cada nosocomio cuente con por lo menos una ambulancia equipada con los insumos necesarios y con el personal operativo conforme a los lineamientos señalados en la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

**SEXTO.** Tomando como base los avances que se han logrado en el cumplimiento del tercer punto recomendatorio del instrumento 19/2008, se de celeridad al desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes dentro de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como se remita el expediente clínico, notas médicas y/o documentos necesarios que permitan asegurar la atención médica del paciente.

**SÉPTIMO.** Que la Secretaría de Salud del Distrito Federal, colabore con la Contraloría Interna de esa misma dependencia y con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en la integración de los expedientes que versan sobre la responsabilidad médica

profesional de las y los médicos que incurrieron en negligencia médica, conforme a los hechos denunciados en los casos 1 y 2.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17, fracción IV, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, tiene el carácter de pública.

Por lo anterior, con fundamento en los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 142 de su Reglamento Interno, se le hace saber al Secretario de Salud del Distrito Federal, que dispone de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente al que se le notifique esta Recomendación, para responder si la acepta o no, en el entendido de que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que acepte la misma, se le notifica que dispondrá de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 144 y 145 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

Así lo determina y firma:

**MTRO. EMILIO ÁLVAREZ ICAZA LONGORIA  
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
DEL DISTRITO FEDERAL**

C.c.p. Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, Jefe de Gobierno del Distrito Federal.

Dr. Phillipe Lamy.- Representante en México de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en México.