



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 21 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL DERECHO A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE PEMEX EN VERACRUZ.

Ciudad de México, a 12 de mayo de 2016

**LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2014/4822/Q, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto, en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

I. HECHOS.

3. El 4 de julio de 2014, se recibió en esta Comisión Nacional el escrito de queja de Q, en el que señaló que su esposa V, mujer de 57 años de edad, estuvo internada en el Hospital General de Petróleos Mexicanos de Agua Dulce, Veracruz (Hospital General), del 29 de mayo al 3 de junio de 2014, fecha en que la dieron de alta, a pesar de haberle mencionado al personal médico que la atendió que V no se encontraba en buenas condiciones para egresarla.

4. Al continuar V en malas condiciones de salud, Q decidió internarla el 3 de junio de 2014 en un Hospital Privado, donde falleció el 4 de junio de 2014, lugar en donde se expidió su certificado de defunción el cual indica como causa de la muerte, falla orgánica múltiple de 24 horas, neumonía bacteriana de 6 días y desnutrición severa de 6 meses. En virtud de que Q consideró que hubo negligencia en la atención médica otorgada a V en el Hospital General, solicitó la intervención de este Organismo Nacional.

II. EVIDENCIAS.

5. Escrito de queja presentado por Q ante este Organismo Nacional el 4 de julio de 2014, en el que denunció diversas violaciones a derechos humanos en perjuicio de su esposa V, atribuidas a personal del Hospital General, al que acompañó la siguiente documentación.

5.1. Copia del certificado de defunción de V, con número de folio 140791189, en el que se estableció como causas de la muerte "*Falla orgánica múltiple, Neumonía bacteriana y Desnutrición severa*".

5.2. Copia del acta de defunción, con control 1948712, en la que se señalaron como causas de la muerte las mismas que se indicaron en el certificado de defunción antes citado.

6. Original del oficio DJ-SCJGJC-SACP-1770-2014, de 12 de agosto de 2014, de la Gerencia Jurídica Consultiva de PEMEX, al que adjuntó los siguientes documentos:

6.1. Original del Informe de 7 de agosto de 2014, rendido por AR2, en el que expuso los pormenores de la atención médica brindada a V el 29 de mayo de 2014, en el área de urgencias del Hospital General.

6.2. Original del informe de 8 de agosto de 2014, suscrito por AR1, mediante el cual especificó la atención médica que le brindó a V en su calidad de médico internista del Hospital General.

6.3. Original del informe de 8 de agosto de 2014, suscrito por AR3, mediante el cual detalló la atención médica brindada a V el 29 de mayo de 2014, en el servicio de urgencias, realizando valoración de sus exámenes de laboratorio y decidiendo ingresarla a hospitalización.

6.4. Copia del expediente clínico de V, del que destacan las constancias siguientes:

6.4.1. Copia de nota clínica de medicina interna de 29 de mayo de 2014, en la que AR1 anotó que V acudió a consulta en silla de ruedas y malas condiciones generales, con probable anemia e infección concomitante, siendo enviada a urgencias, donde se valoraría y determinaría su alta o ingreso a hospitalización.

6.4.2. Copia de nota clínica de urgencias de 29 de mayo de 2014, en la que AR2 y AR3 asentaron que V es referida por AR1 por malas condiciones generales, y que Q expresó que tenía mucha tos, diarrea y poca tolerancia a la vía oral; el tórax con buena entrada y salida de aire con rudeza respiratoria (ruidos por dificultad al paso de aire por las vías respiratorias), pasándola al servicio de urgencias para valoración y determinar alta o ingreso a

hospitalización, o enviar a hospital regional en caso de complicaciones clínicas.

6.4.3. Copia de nota clínica de AR2, de urgencias, de 30 de mayo de 2014, en la que se señaló que es referida por AR1 por malas condiciones generales, el tórax con buena entrada y salida de aire, con rudeza respiratoria y pronóstico malo para la vida y la función.

6.4.4. Copia de nota clínica de medicina interna de 30 de mayo de 2014, en la que AR1 refirió que V presentaba síndrome anémico y desgaste con una escala funcional pobre con riesgo de mortalidad elevado.

6.4.5. Copia de nota clínica de medicina interna de 2 de junio de 2014, en la que AR1 advierte que V se encontraba sin cambios.

6.4.6. Copia de nota clínica de medicina interna de 3 de junio de 2014, en la que AR1 señaló que V fue hemotransfundida con dos unidades de paquete globular; que su estado general mejoró, pudiendo egresar a domicilio y manejarse como externa; además de que V refirió sentirse mejor.

6.4.7 Copia de registro clínico de enfermería de 3 de junio de 2014, en el que se registró que se autorizó el alta a V por indicación médica.

6.4.8. Hoja de recomendaciones al paciente de 3 de junio de 2014, en la que se asentó los medicamentos prescritos y las fechas de las próximas citas a medicina interna y familiar.

7. Original del oficio SE/ADM/0218/2014 de 29 de septiembre de 2014, suscrito por la administradora del Hospital Privado, al que se adjuntó la siguiente documentación:

7.1. Original del escrito en el que se indican los antecedentes médicos de V, suscrito por el Director Médico del Hospital Privado.

7.2. Copia del expediente clínico de V, del que destacan las constancias siguientes:

7.2.1. Copia de la historia clínica de V, del que se observó lo descrito por el Director Médico del Hospital Privado en el resumen de la estancia en el Hospital General, quien ingresó a esa unidad por disminución del estado de alerta, diagnosticando hipoperfusión tisular severa, datos clínicos de acidosis metabólica, desnutrición severa, neumonía de focos múltiples, diabetes mellitus tipo 2 y secuelas de evento vascular cerebral, y del que egresó por mejoría el 3 de junio de 2014.

7.2.2. Interconsulta de 3 de junio de 2014, a neurocirugía, en donde V fue valorada neurológicamente como soporosa (somnolienta), despierta al estímulo verbal y táctil, obedeciendo órdenes simples, comunicándose con gestos, sin emitir palabras, y quien solicitó una tomografía de cráneo.

7.2.3. Consentimiento informado de 3 de junio de 2014, suscrito por Q y 2 médicos de ese nosocomio, en el que autorizó los procedimientos necesarios con la finalidad de complementar el diagnóstico.

7.2.4. Valoración por medicina interna de 3 de junio de 2014, en la que refirieron que V, ingresó a ese nosocomio en malas condiciones generales, con rudeza respiratoria, con datos de proceso neumonía bilateral, en espera de tomografía y que su estado era muy grave.

7.2.5. Nota de evolución de medicina interna, de fecha 4 de junio de 2014, en la que un médico de ese Hospital Privado apuntó que la tomografía axial computarizada estaba pendiente por las condiciones de V.

7.2.6. Nota médica de 4 de junio de 2014, en la que el médico internista mencionó que continuaba el deterioro de la función respiratoria e iniciaba medidas de soporte ventilatorio.

7.2.7. Nota médica de 4 de junio de 2014, en la que el médico internista señaló que el deterioro de la función respiratoria llevó a la agraviada a paro respiratorio irreversible, sin respuesta, finalmente V falleció a la 14:45 horas de ese día.

8. Dictamen médico de 31 de agosto de 2015, emitido por una médico especializada de esta Comisión Nacional, sobre la atención médica que se proporcionó a V en el Hospital General, en el que concluyó que la atención médica proporcionada a V fue inadecuada, incurriendo en negligencia médica.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

9. El 29 de mayo de 2014, V ingresó al Hospital General y ahí permaneció hasta el 3 de junio de 2014, fecha en que la dieron de alta, decidiendo Q internarla en un sanatorio particular, donde falleció al siguiente día, estableciéndose como causa de la muerte *“Falla orgánica múltiple (de 24 horas), Neumonía bacteriana (de 6 días) y Desnutrición severa (de 6 meses)”*.

10. El 4 de julio de 2014, Q presentó queja ante este Organismo Nacional, solicitando la intervención en el caso planteado.

11. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se cuenta con evidencia que permita acreditar que se haya iniciado averiguación previa o procedimiento administrativo relacionado con los hechos que nos ocupan.

IV. OBSERVACIONES.

12. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2014/4822/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de

la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con evidencias que permiten probar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, atribuibles a AR1, AR2 y AR3, personal médico del Hospital General, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

Derecho a la Protección de la Salud

13. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el párrafo cuarto de su artículo 4° está establecido que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

14. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*¹, reconoció que la *“salud es un derecho fundamental”* reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, e *“indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”* y que tal derecho impone a los Estados Partes la obligación de respetar, que exige a los Estados abstenerse de injerir *“directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”*, se impida que *“terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas”* en el citado precepto legal y se *“adopten las medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”*.

15. La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*² asumió que: *“Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, (...) e indica que la salud es un bien público”*.

¹ Aprobada el 11 de mayo de 2000, párrafos 1 y 33.

² Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43

16. La Suprema Corte de Justicia de la Nación,³ en jurisprudencia administrativa firme juzgo que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud están: “*el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiéndolo como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente*”, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.

17. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que el 29 de mayo de 2015, V, mujer de 57 años, que contaba con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial y secuelas de enfermedad vascular cerebral (EVC), acudió a recibir atención médica al Hospital General, con diagnóstico probable de anemia e infección concomitante, siendo atendida por AR1, quien le diagnosticó ruidos normales en campos pulmonares, enviándola a urgencias para su revisión y monitorización, por los antecedentes que presentaba.

18. El mismo 29 de mayo de 2014, V fue atendida por AR2 en el área de urgencias, quien le brindó atención con soluciones de manejo antihipertensivo y toma de paraclínicos, señalando que tenía buena entrada y salida de aire en tórax, con ruidos respiratorios y que Q le refirió que V había cursado con mucha tos, diarrea y poca tolerancia a la vía oral, prescribiéndole *ceftriaxona* cada 12 horas por un día, y que en caso de complicación clínica se enviaría al Hospital Regional en Minatitlán, Veracruz, .

19. Ese mismo día, AR3 atendió a V en urgencias, anotando en la nota médica que se encontraba en muy malas condiciones, con ataque al estado general, astenia (fatiga), adinamia (ausencia de fuerza física) e hiporexia (disminución del apetito), campos pulmonares ventilados, con pronóstico malo para la vida y la función en plazo no determinado, probablemente corto, procediendo a hospitalizarla.

³ “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Abril de 2009, registro 167530.

20. El 30 de mayo de 2014 V fue atendida por AR2, valorándola e interpretando los resultados de laboratorio, reportando el tórax con buena entrada y salida de aire, con rudeza respiratoria; ese mismo día AR1 atendió a V, calificando que presentaba síndrome anémico y desgaste en escala funcional pobre, y que se hemotransfundiría (transfusión de sangre) y se ministraría antibiótico profiláctico, prescribiendo *ceftriaxona*, reportando ruido normal en campos pulmonares.

21. Con base en la opinión especializada de un médico de esta Comisión Nacional, que en las notas médicas se evidencia la falta de actualización de la exploración física y cuadro clínico, ya que en la nota médica realizada por AR2, a la 01:29 horas del 30 de mayo de 2014, en el apartado de exploración física, se encuentran los mismos datos de las notas previas, y sigue indicando que la agraviada fuera ingresada al servicio de urgencias, donde ya se encontraba, incurriendo con ello en inobservancia a la Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, que en su punto 6.2.1, refiere que las notas de evolución deben elaborarse cada vez que se proporciona atención al paciente y se deben actualizar evolución y cuadro clínico entre otros; asimismo, no constan en ninguna de las notas médicas firmas de los médicos que atendieron a la agraviada, situación que incumple el numeral 5.10 de dicha Norma.

22. No constan en el expediente clínico de V notas médicas de atención del 31 de mayo y del 1° de junio de 2014, por lo que no puede advertirse correctamente la evolución de su salud en esos días.

23. El 2 de junio de 2014, AR1 refirió en su nota médica que el estado general de V era mejor, que se habían transfundido 2 unidades de paquete globular y que los campos pulmonares tenían ruido normal, prescribiéndole *ceftriaxona* cada 12 horas, ordenando toma de biometría.

24. El 3 de junio de 2014, a las 10:08 horas V fue dada de alta por AR1, señalando que la hemoglobina de control era de 11.7 y podía egresar a su domicilio,

ordenando cita a consulta externa con médico familiar en 15 días, cita abierta a urgencias en caso de requerirla y en agosto de 2014 a medicina interna.

25. Q refirió en su queja que comunicó al personal médico que atendió a V que no la veía en buenas condiciones para darla de alta, no obstante AR1 le contestó que para él ya estaba dada de alta. AR1 en su informe de 8 de agosto de 2014 registró que “... *el familiar comenta que su estado general es malo, pero la evolución de la paciente a pesar de no tener historia de participación activa de monitorización por su familiar, el estado general es mejor, se comenta al familiar la mejoría y se le propone la alta y se dan indicaciones de egreso...*”. Sin embargo, a pesar de que Q comentó el estado deteriorado que advertía en V, AR1 la dio de alta.

26. En virtud de lo anterior, Q trasladó a V a su domicilio, y dadas las malas condiciones que presentaba decidió internarla en un Hospital Privado, en donde la ingresó a las 18:30 horas del 3 de junio de 2014.

27. El director médico del Hospital Privado mencionó que V, a su ingreso el 3 de junio de 2014, presentó estado estuporoso (disminución de la lucidez mental), con datos de dificultad respiratoria severa, determinando que cursó con hipoperfusión tisular severa (alteración de la capacidad del sistema cardiovascular de aportar sangre a los tejidos periféricos), patología respiratoria condicionada por una infección en vías respiratorias bajas, secuelas de una enfermedad vascular cerebral y desnutrición severa.

28. Al ser V atendida por el médico internista del Hospital Privado, a las 19:30 horas del 3 de junio de 2014, determinó: “...*que ingresa en malas condiciones generales...rudeza respiratoria...radiológicamente con datos de proceso neumónico bilateral...*”, (infección en ambos pulmones) iniciando nebulizaciones y aplicación de 3 litros de oxígeno por minuto, entre otras medidas sistémicas.

29. El 4 de junio de 2014, a las 10:40 horas, el citado médico internista en la nota médica refirió que V continuaba con deterioro de la función respiratoria, con mal

manejo de secreciones; a las 14:00 horas, el deterioro de la función respiratoria la llevó a paro respiratorio, y pese a las medidas de apoyo, éste fue irreversible, determinando su fallecimiento a las 14:45 horas, y como causa de la muerte: “*Falla orgánica múltiple* (de 24 horas), *Neumonía bacteriana* (de 6 días) y *Desnutrición severa* (de 6 meses)”.

30. La opinión médica especializada de este Organismo Nacional determinó que en el Hospital Privado se integró adecuadamente el diagnóstico radiográfico de neumonía de focos múltiples.

31. El fallecimiento que se produjo por falla orgánica múltiple, neumonía bacteriana y desnutrición severa, fue como consecuencia del estado de salud con el que V ingresó al Hospital Privado.

32. Como puede advertirse de la secuela de los hechos, V ingreso al Hospital General en mal estado, continuó así, no habiendo obtenido mejoría y, finalmente, pese a la oposición de su esposo Q, fue dada de alta. En ningún momento en el Hospital General se advirtió la presencia de síntomas de neumonía, lo que posteriormente derivó en la causa de su fallecimiento.

33. Fue hasta que ingresó al Hospital Privado que a V se le diagnosticó “*datos de proceso neumótico bilateral*”, situación que se advirtió ya muy tarde.

34. En relación con la neumonía, en la opinión especializada de un médico de esta Comisión Nacional, se concluyó que la bibliografía médica aplicable al caso fija que la neumonía adquirida en la comunidad⁴ es aquella patología que se desarrolla en

⁴ ⁴ “La Organización Mundial de la Salud define la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) como una infección de los pulmones provocada por una variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario, y que determina la inflamación del [tejido pulmonar] y de los espacios alveolares. Es adquirida por la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación”. (Registro: IMSS-234-09 del Consejo de Salubridad General). **Neumonía intrahospitalaria:** es la infección pulmonar que comienza después de 48 horas del ingreso de un paciente al medio hospitalario. Dentro de esta definición también se encuentra la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) la cual aparece en pacientes tratados con ventilación mecánica. (Guías ALAT [Asociación Latinoamericana de Tórax]).

una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación. Entre los factores de riesgo para presentar neumonía adquirida en la comunidad se encuentran la diabetes mellitus, estados de afectación nerviosa y estados prolongados de inmovilidad.

35. Abundó la médico que V, desde su ingreso al servicio de urgencias del Hospital General, cuando fue valorada por AR2, padecía de mucha tos e intolerancia a la vía oral y afectación del estado general, sin embargo, no tomó en cuenta que en una persona adulta con enfermedades concomitantes, afectación sistémica, sin fiebre y con confusión, debía descartarse neumonía adquirida en la comunidad como diagnóstico diferencial.

36. También, en la opinión especializada de un médico de esta Comisión Nacional se dictaminó que nunca se confirmó, tal y como se debió haber hecho, la presencia de una afectación pulmonar como neumonía, existiendo incluso una omisión en la exploración física realizada, ya que en todas las notas médicas elaboradas en el servicio de urgencias y medicina interna, no se actualizaron los datos correspondientes a la exploración física, refiriéndose con tórax con buena entrada y salida de aire, con rudeza respiratoria, y en la nota de egreso del día 03 de junio de 2014 realizada por AR1, se refirió a la paciente con campos pulmonares limpios, sin que en algún momento se hubiera previsto el diagnóstico de neumonía.

37. Al no haberse tomando en cuenta los datos clínicos y antecedentes que presentaba V, como afectación pulmonar (tos), rudeza respiratoria y afectación del estado general, junto con los asociados a los factores de riesgo con los que cursaba tales como: diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular cerebral, que hacían presumir la probabilidad de presentar infecciones, ya que los médicos tratantes no llevaron a cabo el diagnóstico diferencial de la sintomatología de la agraviada y solamente la manejaron con antibiótico, aunado a que no hubo un

seguimiento radiográfico a pesar de que el día de su ingreso hospitalario, el 29 de mayo del 2014, se le tomó radiografía de tórax en la que se aprecian datos difusos de retención de secreciones (causantes de la rudeza respiratoria), son omisiones que repercutieron directamente en la evolución hacia su deterioro, ya que fue dada de alta prematuramente y en malas condiciones generales.

38. De igual forma, de la opinión especializada del médico de esta Comisión Nacional se desprende que de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en adultos, los pacientes de edad avanzada con esa enfermedad, pueden no tener los síntomas clásicos de la infección respiratoria aguda y, en cambio, consultan por alteración del nivel de conciencia, rechazo alimentario o descompensación de sus enfermedades crónicas, por lo que se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico lo antes posible, porque su retraso aumenta el riesgo de complicaciones y muerte, lo que aconteció en el caso de V, ya que nunca se identificó el cuadro de neumonía de focos múltiples, incluyendo la alta hospitalaria precipitada, lo que condujo a un deterioro de sus condiciones generales.

39. Del contenido de los informes que AR1, AR2 y AR3 rindieron el 8 de agosto de 2014, y de las notas médicas del 29 y 30 de mayo, y 2 y 3 de junio de 2014, relativas a la atención brindada a V, en el Hospital General, se observa que en ningún momento hicieron mención a un posible diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, ni mucho menos tomaron acciones específicas encaminadas a combatir esa enfermedad, siendo una omisión de los médicos por no actuar con la diligencia debida en su atención médica, dictaminando la perito médico de este Organismo Nacional que: “...*si bien es cierto se inició con ceftriaxona, debido a que no se confirmó la presencia de neumonia, no se implementó tratamiento adecuado, suficiente e integral. ...*”

40. En ese contexto, en la opinión especializada de un médico de esta Institución se determinó que: “...*la atención médica proporcionada a V, por parte de AR1, AR2*

y AR3 del Hospital General , fue inadecuada, incurriendo en negligencia médica al omitir llevar a cabo una exploración física completa, actualizada y metódica de la agravada, ni tomar en cuenta los antecedentes clínicos y los factores que ésta padecía para presentar una neumonía, lo que consecuentemente dio como resultado la falta de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, repercutiendo directamente en su fallecimiento”.

41. De las evidencias analizadas, se advierte que desde el ingreso de V al servicio de urgencias del Hospital General , tenía como antecedente mucha tos e intolerancia a la vía oral, ruidos normales en campos pulmonares, coincidiendo con campos pulmonares ventilados, sin embargo, en las notas médicas del 29 y 30 de mayo de 2014, AR2 mencionó que V tenía buena entrada y salida de aire con ruidos respiratorios, siendo este último un hallazgo que debió haber alertado al personal médico, no obstante, ninguno de los 3 médicos que la atendieron lo advirtió, por lo que no se realizaron acciones tendientes a investigar los motivos de esa sintomatología.

42. Desde un inicio los médicos debieron descartar una posible neumonía como diagnóstico diferencial, y ante la sospecha de esta patología iniciar tratamiento antibiótico, lo cual si bien es cierto se inició al prescribirle *ceftriaxona*, también lo es que debido a que no se confirmó la presencia de una afectación pulmonar, específicamente neumonía, no se implementó un tratamiento adecuado, suficiente e integral para el padecimiento con el que cursaba V, explicando la perito médico de este Organismo Nacional que: *“...implicaba además de la cobertura microbiana, fisioterapia pulmonar (manejo de secreciones), mucolítico y expectorante y en caso necesario nebulizaciones, lo cual evidentemente no se realizó ante la falta de un diagnóstico específico...”*

43. Al valorar a V el 3 de junio de 2014, el médico internista del Hospital Privado refirió que cursaba con ruidos respiratorios y que radiológicamente tenía datos de proceso neumónico bilateral, iniciando nebulizaciones y aplicación de 3 litros de

oxígeno por minuto, entre otras medidas sistémicas, habiendo transcurrido hasta ese momento aproximadamente 8 horas desde su egreso del Hospital General, hasta el ingreso al Hospital Privado.

44. Por lo anterior, se advierte que la atención médica brindada a V en el Hospital General fue inadecuada e ineficiente, toda vez que AR1, AR2 y AR3, a pesar de la rudeza respiratoria que está asentada en las notas médicas, no diagnosticaron padecimiento alguno relacionado con algún tipo de neumonía, dejándola sin el tratamiento adecuado y las medidas tendentes a mejorar su salud (*fisioterapia pulmonar, manejo de secreciones, mucolítico y expectorante y en caso necesario nebulizaciones*), lo cual evidentemente no se realizó ante la falta de un diagnóstico específico, lo que terminó provocando su muerte, por lo que con ello se violó el derecho a la protección de la salud en agravio de V, de acuerdo con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V, 23, 27, fracción III, 32, 33, fracciones I y II, y 51, primer párrafo, de la Ley General de Salud; 8º, fracciones I y II, 9º y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

45. Finalmente, existe inobservancia a la citada Norma Oficial Mexicana “Del Expediente Clínico”, debido a las notas médicas sin cuadro clínico actualizado, ya que se encuentran los mismos datos de las notas previas, y se siguió indicando que la agraviada fuera ingresada al servicio de urgencias, donde ya se encontraba; carecen de firmas de los médicos tratantes; las acciones y omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 5.1, 5.9, 5.10, 5.11, 6.2 y 6.2.1 de la referida NOM, que establece con claridad en su introducción que: “*El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud*”.

46. “*Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras*

tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo”.

47. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

48. La sentencia del “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH), asumió que: ⁵*“(…) la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza”.*

Derecho a la vida.

49. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfruta de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Para este Organismo Nacional el derecho a la vida implica que toda persona tiene derecho a que su vida

⁵ Sentencia del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

sea respetada, este derecho debe conceptualizarse en dos sentidos: como una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones y como una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

50. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

51. En el “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala” la CrIDH reconoció que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”.*⁶

52. En consonancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no

⁶ “Caso ‘Niños de la Calle’(Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr.144

encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido destacan la “Declaración de Ginebra” de 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” de 1949 y la “Declaración de Lisboa” de 1981 adoptado por la Asociación Médica Mundial como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

53. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada por AR1, AR2 y AR3 a V, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

54. De la opinión especializada del médico de este Organismo Nacional, se advierte que debido a las omisiones en el control radiográfico de tórax (que no se solicitó) en una paciente con sintomatología de afectación pulmonar y factores de riesgo para neumonía, y las deficiencias en la exploración física evidenciadas en todas las notas medicas elaboradas en el servicio de urgencias y medicina interna, en las que no se actualizaron los datos clínicos que presentaba, lo cual es medular para llevar a cabo un diagnóstico o sospechar de uno diferente, los médicos tratantes solo mantuvieron una conducta expectante con respecto a la sintomatología pulmonar de la agraviada, limitándose a describir en las notas medicas rudeza respiratoria, sin profundizar en su origen, ya que al no contar con los elementos clínicos necesarios y suficientes para realizar el diagnóstico de neumonía, que posteriormente se evidenciaría en la paciente, no estuvieron en posición de establecer un diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, lo que repercutió directamente en el fallecimiento de la paciente.

55. De acuerdo a la opinión especializada del médico de esta Comisión Nacional, *“el retraso en la instauración de un tratamiento adecuado para la neumonía adquirida en la comunidad se acompaña de mal pronóstico y en el presente caso,*

esta falta de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno conllevaron a la presencia de complicaciones micro y macro vasculares que condicionaron un estado de choque, a pesar de las medidas de apoyo sistemático implementadas en el Hospital Privado, evolucionando V a un deterioro severo, hipotensión, oliguria progresiva (disminución en producción de orina), estertores broncoalveolares (retención de secreciones en vías bronquiales), hipoventilación basal bilateral y retención de líquidos, falleciendo a las 14:00 horas del 4 de junio de 2014 debido a falla orgánica múltiple secundaria a neumonía bacterial”.

56. La omisión de AR1, AR2 y AR3 en la atención médica otorgada a V, impidió que se le aplicaran las medidas de salud necesarias para que la neumonía que padecía fuera tratada con prontitud y con los medios adecuados, para en su caso, preservarle la vida, circunstancia que en la especie no sucedió, ya que la mala atención proporcionada ocasionó que su salud se deteriorara hasta la pérdida de la vida.

57. Por lo anterior, se concluye que durante la estancia de V en Hospital General , por omisiones médicas no le fue detectada la neumonía bacteriana, y como consecuencia no se le proporcionó el tratamiento ni la atención adecuada por los servidores públicos que estuvieron a cargo del cuidado de su salud en los 6 días que estuvo internada en ese nosocomio, por lo que la falta de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, repercutió directamente en su fallecimiento, vulnerando su derecho a la vida.

Responsabilidad.

58. Conforme a lo expuesto, AR1, médico internista, quien atendió a V el 29 y 30 de mayo, y el 2 y 3 de junio de 2014, vulneró su derecho a la protección de la salud y de la vida, ya que en ningún momento estableció diagnóstico como tampoco tomó en cuenta los datos clínicos y antecedentes que presentaba la paciente, lo que repercutió directamente en la evolución hacia su deterioro, dándola de alta

precipitadamente y en malas condiciones generales, circunstancia que finalmente la llevaron a su fallecimiento.

59. Respecto a AR2, médico familiar, quien brindó atención médica a V, el 29 y 30 de mayo de 2014, vulneró el derecho de V a la protección de su salud y a la vida, ya que como lo dictaminó la perito médico de este Organismo Nacional *“...desde su ingreso al servicio de urgencias del Hospital General de Pemex...a pesar de que este refirió en su nota médica ‘muchos tos e intolerancia la vía oral y afectación del estado general’, no tomó en cuenta que en una persona adulta con enfermedades concomitantes, afectación sistémica, sin fiebre y con confusión, se debe descartar neumonía adquirida en la comunidad como diagnóstico diferencial, de la misma forma, ante la sospecha de esta patología, se debe iniciar tratamiento antibiótico contra los gérmenes más frecuentemente reportados, lo cual no se realizó debido a que nunca se confirmó la presencia de una afectación pulmonar como neumonía, aun contando con estudios radiográficos de tórax...”*

60. Respecto a AR3, al efectuarle revisión a V a las 17:33 horas del 29 de mayo de 2014, la opinión especializada de un médico de esta Comisión Nacional, sostuvo que: *“...la encontró con ataque al estado general, astenia, adinamia e hiporexia, con pronóstico malo para la vida y la función en un plazo no determinado, probablemente corto...”* y aun cuando ordenó su hospitalización, fue omiso al no tomar en cuenta las patologías que presentaba V, no ordenar los estudios laboratoriales pertinentes para descartar o confirmar el diagnóstico de neumonía, e iniciar en su caso, el tratamiento adecuado para tal efecto.

61. Lo anterior, conllevó a que al no llevar a cabo una exploración física completa, actualizada y metódica, ni tomar en cuenta los antecedentes clínicos y afectación general en una persona con factores de riesgo para presentar neumonía, dio como resultado, la falta de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, repercutiendo en su estado de salud.

62. En esa tesitura, AR1, AR2 y AR3 incumplieron las obligaciones previstas en los artículos 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, en el que se prevé la obligación que tienen los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

63. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control de PEMEX, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formular la denuncia de hechos respectiva ante la Procuraduría General de la República contra AR1, AR2 y AR3, cuya intervención y responsabilidad se ha dado cuenta en la presente Recomendación.

Reparación integral del daño y formas de dar cumplimiento.

64. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía también lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión

Nacional de los Derechos Humanos, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales.

65. De conformidad con los artículos 1°, párrafos tercero y cuarto, 7, fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

66. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, porque la falta de diligencia en la atención médica que le fue proporcionada por AR1, AR2 y AR3 derivó en su fallecimiento, por lo que se deberá inscribir a Q, en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

67. Para reparar el daño que se establece en el punto primero recomendatorio, deberán considerarse los daños psicológicos sufridos por Q, para ello resulta

necesario localizarlo y escuchar sus necesidades particulares. La atención deberá ser proporcionada por un profesional especializado hasta la total rehabilitación de Q. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible.

68. Con respecto a los puntos segundo y tercero recomendatorios, relacionados con la colaboración en la denuncia y queja que presentará esta Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República y ante el Órgano Interno de Control en PEMEX, deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente realicen, atendiendo los requerimientos de esas instancias de forma oportuna y completa.

69. Asimismo, respecto a la capacitación mencionada en el cuarto punto recomendatorio, deberá brindarse un curso en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, en los hospitales de PEMEX, especialmente el Hospital General.

70. A efecto de calificar el cumplimiento del punto quinto recomendatorio, relacionado con la certificación y recertificación que se tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que los médicos adscritos al Hospital General acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias, que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, se deberá remitir copia de la certificación o recertificación que hayan obtenido. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto (Recursos Humanos para los Servicios de Salud) de la referida Ley.

71. Finalmente, a efecto de cumplimentar el punto sexto recomendatorio, se deberá inscribir a Q en el Registro Nacional de Víctimas, con el objeto de contar con

acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, debiendo informar a esta Comisión Nacional las acciones que realice al respecto.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula a usted señor Director General de Petróleos Mexicanos, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda a fin de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado por el fallecimiento de V, en términos de la Ley General de Víctimas en favor de Q y se le brinde la atención psicológica necesaria enviándose a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colaborar debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por ser AR1, AR2 y AR3 servidores públicos federales y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control de PEMEX respecto del personal involucrado en los hechos de la presente Recomendación, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

CUARTA. Se diseñe e imparta, en los hospitales de PEMEX, especialmente en el Hospital General, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, específicamente de los derechos a la protección de la salud y a la vida, enfocado a la detección temprana de todo tipo de neumonías en pacientes con enfermedades concomitantes, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, con el

objetivo de que los servidores públicos cuenten con los elementos técnicos y científicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta y efectiva, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que se tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias, que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se proceda a inscribir a Q, en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

72. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda, por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

73. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada

dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

74. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ