

RECOMENDACIÓN No. 09/2020

Síntesis:

Familiares de paciente señalan que éste recibió una mala atención en un nosocomio de la ciudad de Chihuahua, argumentando que el personal médico no se apegó las prácticas establecidas en las diversas guías médicas, protocolos y diversas Normas Oficiales Mexicanas, ni desempeñaron su trabajo con la calidad o profesionalismo que establece la normatividad aplicable.

De la indagatoria realizada y las evidencias que fueron integradas al expediente, se determinó que el personal médico del hospital donde sucedieron los hechos, no cumplió a cabalidad lo que dicta la Norma Oficial relativa al expediente clínico del paciente, al encontrar que muchas notas carecen de identificación, están ausentes, no cuentan con los datos del médico encargado, no tienen firmas o están incompletas. En tal virtud, se consideró que existen elementos para concluir que se violaron los derechos humanos del agraviado, específicamente los relacionados con la protección de la salud.

“2020, Año de la Sanidad Vegetal”

Oficio No. CEDH:1s.1.043/2020
Expediente No. JJAG-174/2019
RECOMENDACIÓN: CEDH:2s.10.009/2020
Visitador Ponente: Lic. Roberto Felipe Antonio Araiza Galarza
Chihuahua, Chih., a 10 de junio de 2020

DR. JESÚS ENRIQUE GRAJEDA HERRERA
SECRETARIO DE SALUD
PRESENTE.-

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en relación a la queja presentada por “A” y “G”¹ con motivo de actos que consideraron violatorios a los derechos humanos de “B”, radicada bajo el número de expediente JJAG-174/2019; de conformidad con lo dispuesto por los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4, párrafo tercero, inciso A, de la Constitución Política del Estado de Chihuahua, en relación con los numerales 3 y 6, fracciones I y II, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, así como 6 y 12, del Reglamento Interno de esta Comisión, procede a resolver lo conducente, según el estudio de los siguientes:

I.- ANTECEDENTES

1.- En fecha 3 de abril de 2019, se presentó en esta Comisión el escrito que contenía la queja de “A” y “G”, quienes refirieron lo siguiente:

“...Por este medio las familias “F” queremos hacerle patente nuestro desagrado por la mala atención médica que el Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo” dirigido por el Dr. Carlos Benítez Pineda

¹ Por razones de confidencialidad y protección de datos personales, este organismo considera conveniente guardar la reserva de los nombres de algunas de las personas que intervinieron en los hechos, así como otros datos que puedan llevar a su identificación, los cuales se hacen del conocimiento de la autoridad mediante un documento anexo. Lo anterior con fundamento en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; 8, del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; 3, fracción XXI, 68, fracción VI, 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 6, 7, 16, 17, 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 3, 16 y 171, fracción VII, de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, y demás aplicables, y de conformidad al Acuerdo de Clasificación de Información que obra dentro del expediente de queja en resolución.

brindó a nuestro hermano y tío "B", quien estuvo internado desde el 31 de diciembre de 2018 hasta el 26 de enero de 2019, día de su deceso.

Las siguientes líneas, son una relatoría de hechos ocurridos en el lapso que "B" estuvo internado en el Hospital General Dr. Salvador Zubirán Anchondo. Lo anterior, con el fin de ponerlo en antecedente de las situaciones vividas.

31 de diciembre de 2018 (lunes): El Sr. "B" ingresa al nosocomio aproximadamente a las 15:45 - 16:00 horas; su traslado fue en ambulancia del servicio de emergencias 911, desde la morada ubicada en la colonia Industrial de la ciudad de Chihuahua.

2 de enero de 2019: Ingresa el Sr. "B" a piso; le asignaron el privado 14 del quinto piso.

5 de enero de 2019: El Dr. Castillo instala la sonda nasogástrica; desde un inicio presentó imposibilidad para que pasara el alimento, el que regresaba por la nariz y la boca. Además, debido a este procedimiento presentó sangrado nasal abundante por aproximadamente 24 horas.

8 de enero de 2019 (sábado): El Sr. "B" estuvo con sonda nasogástrica disfuncional, catéter central, apoyo respiratorio y sin recibir sus medicamentos neurológicos.

9 de enero de 2019 (miércoles): Aproximadamente a las 12:00 horas se le retira la sonda nasogástrica, la que tenía una sección doblada de 12 a 15 cm aproximadamente. La enfermera en turno mencionó que era "totalmente disfuncional".

9 de enero de 2019 (miércoles): El Dr. Navarrete y el Dr. Castillo informan la necesidad de una traqueotomía y una gastrostomía "urgentes"; solicitan el material respectivo (cánulas) lo antes posible.

9 de enero de 2019 (miércoles): El material solicitado llegó al hospital a las 18:00 horas. Los familiares notifican al centro de enfermería, para que por su conducto se informara a quién correspondía. Se desconoce si se pasó la información a las personas adecuadas.

9 de enero de 2019 (miércoles): El Dr. Jair Ortiz Maldonado, neurólogo que atendía al Sr. "B" tiempo atrás, indicó se le siguiera suministrando su medicamento levodopa y pramipexol en las dosis indicadas por él, en virtud del diagnóstico previamente establecido de parkinsonismo atípico.

10 de enero de 2019 (jueves): Muy temprano por la mañana y ante la falta de información respecto a los procedimientos catalogados el día anterior como "urgentes" por el personal médico, "A" se dirige al cuarto de médicos, y le comenta personalmente al Dr. Castillo que el

material estaba disponible; a lo cual el doctor responde: "guárdelos hasta que se vayan a usar". "A" redacta este hecho en la libreta de control que armó la familia con las siguientes palabras:

"...El 10 de enero por la mañana fui al cuarto de los doctores y le dije a Castillo que las cánulas estaban en el cuado del paciente desde el día anterior, el mismo día que lo solicitó, y dije que ahí lo guardáramos hasta que lo fuera a usar..." "A".

11 y 12 de enero de 2019 (viernes y sábado): No hubo novedad respecto a los procedimientos "urgentes". Durante este periodo no se suministró el medicamento neurológico señalado por el Dr. Ortiz Maldonado.

13 de enero de 2019 (domingo): La Dra. Rodríguez, corrige el material solicitado. Hecho que quedó registrado en la libreta de control que armó la familia con las siguientes palabras:

"...Era el domingo 13 de enero, la Dra. Rodríguez me preguntó si habíamos conseguido el material (cánulas) para la cirugía; yo saqué del cajón del buró lo que se me había dicho que era para ese fin y se lo mostré a la doctora, ella los tuvo en sus manos y dijo que uno de ellos no era el correcto y procedió a expedir otra receta..." "C".

14 de enero de 2019 (lunes): Al buscar el nuevo material solicitado, nos dimos cuenta que la receta expedida por la Dra. Rodríguez decía lo mismo que la anteriormente expedida y, por lo tanto, el proveedor no se había equivocado al suministrar el material. El error venía entonces de la Dra. Rodríguez, quien o no conoce el material (cánula) o intenta justificar la tardanza de la cirugía al responsabilizar a la familia y/o proveedor de material médico por no tener el material correcto en el tiempo solicitado. De nueva cuenta, este hecho quedó registrado en la libreta de control que armó la familia con las siguientes palabras:

"...Ese mismo día lunes por la mañana el médico residente (Castillo) preguntó si ya teníamos el material. Se lo mostré y aceptó que era el correcto y luego en más de una ocasión mencionó que había habido un malentendido, refiriéndose al día anterior. Si lo hubo, no fue de nuestra parte, entendimos bien, que se necesitaba un material urgente y lo proporcionamos tan rápido como el proveedor pudo, esto fue por la tarde del mismo día en que se solicitó..." "D".

15 de enero de 2019 (martes): La Dra. Rodríguez y el Dr. Martínez estuvieron en la habitación por la mañana y dijeron que ellos se harían cargo de la intervención quirúrgica.

16 de enero de 2019 (miércoles): Por fin, el Sr. "B" ingresó a quirófano. A su salida de cirugía --que por cierto nadie nos informó que la intervención había terminado, ni se nos proporcionó información de cómo había respondido el paciente--, ya en la habitación encontramos al paciente con sangrado abundante proveniente de la traqueotomía. El

enfermero pidió que se le avisara a cirugía para que viniera el médico a revisar la intensidad del sangrado, que, en su opinión, era mucha. En virtud de esto, el enfermero en turno juntó las gasas con las que limpió la sangre en una bolsa de plástico transparente grande, aproximadamente de 50 cm de largo por 20 de ancho, para que el médico se diera cuenta de la cantidad de sangre perdida. El Dr. González explicó que tanta sangre era normal y que habría que esperar a que se detuviera el sangrado por acción de sus plaquetas. A las 18:00 horas regresó, pidió equipo de saturación e hizo 3 puntos más porque el sangrado continuaba.

17 de enero de 2019 (jueves): Después de las 24 horas de haber realizado la gastrostomía, tiempo que se nos dio se debería esperar para iniciar su función de alimentar al paciente por ese conducto. Sucedió que el alimento no descendía por gravedad como se esperaba y como se nos dijo que funcionaría; en vez de esto, el enfermero tuvo que usar el émbolo de una jeringa para empujar el líquido, pero mientras que él empujaba el alimento, este se derramaba por entre la piel y el tubo de la gastrostomía. Otra vez; la explicación de Dr. González fue que los derrames de alimento que ocurren entre el tubo de la gastrostomía y la piel es un evento "normal", sin hacer absolutamente nada por corregir esta situación.

17 de enero de 2019 (jueves): En virtud de la crisis de temblor y rigidez muscular que presentó el Sr. "B", se le inicia con el medicamento levodopa, después de 8 días de que el Dr. Ortiz Maldonado lo prescribió en reiteradas ocasiones, pero sin respetar los horarios indicados por el neurólogo.

17 y 18 de enero de 2019 (jueves y viernes): El alimento no descendía de manera fluida y también se presentaron problemas con los medicamentos, pues al aplicarlos por esta vía, se tenían que empujar fuerte con el émbolo de la jeringa.

19 de enero de 2019 (sábado): Por la tarde se informó a enfermería que la sonda gástrica estaba suelta, respondiendo las enfermeras en turno que "así era normal". De nueva cuenta, este hecho quedó registrado en la libreta de control que armó la familia con las siguientes palabras:

"...Algo de la gastrostomía estaba un tanto afuera. Le avisé a la enfermera que la sonda estaba suelta y ella dijo: está bien, no pasa nada..." "A".

20 de enero de 2019 (domingo): Ya era imposible negar que algo estaba mal con la sonda nasogástrica por lo que la enfermera informó que no se suministrara nada a través de este conducto porque estaba —dijo—, disfuncional. De nueva cuenta, este hecho quedó registrado en la libreta de control que armó la familia con las siguientes palabras:

“...La enfermera me dijo que no se le diera alimento hasta que vinieran de cirugía a revisar y ella fue al cuado de los doctores a avisar. Estaban de guardia el Dr. Castillo y el Dr. Herrera...” “C”.

Pasó el tiempo y nadie de cirugía venía a revisar la emergencia. Ninguno de los médicos de guardia había hecho la interconsulta.

“...Me asusté mucho cuando vi la cavidad expuesta. Se había salido la sonda gástrica. Salí corriendo a ver al doctor y me dyeron ahí que eso lo trataba cirugía. Bajé inmediatamente a cirugía y expliqué la emergencia y se negaron a acudir porque cirugía, me dyeron, no atiende sin interconsulta y hasta ese momento no habían recibido ninguna. Les supliqué que atendieran mi llamado y subí a suplicar que hicieran la interconsulta. Al rato llegó el Dr. Marroquín muy molesto, y arremetió en mi contra y contra la enfermera también, ella le respondió y le dj”o que ese era su trabajo. Así, expresando su molestia atendió la emergencia...” “E”.

Se muestra fotografía de una cánula en unas sábanas con el siguiente texto²: Cánula expuesta después de la primera cirugía. Ahí en el cuarto se reinstaló sin verificar su asepsia.

Después de la reinstalación de la sonda, hecho que ocurrió en la habitación sin anestesia ni protocolos pues no se revisó si la sonda estaba o no contaminada, se indicó que habría de esperar otra vez 24 horas para utilizarse; pero el mades 22 de enero a las 18:00 horas, cuando intentaban pasar el alimento; otra vez, este se derramó por entre la piel y el conducto de la sonda. La enfermera determinó que de nuevo estaba disfuncional y fue a avisar a cirugía de nueva cuenta. No se requieren conocimientos en medicina para darse cuenta de que algo estaba mal, muy mal, con la gastrostomía.

Lo más frustrante fue escuchar decir que el paciente se había jalado él mismo y arrancado la sonda. Nada más absurdo que eso. Cualquier persona que tuvo relación con el paciente y conocía su condición le parecía absurda e increíble esa explicación, pues estaba en completa inmovilidad desde el ingreso al hospital.

El doctor de apellido Madínez estuvo en la habitación y me dyo textualmente: “...Me dj”eron que fue el paciente el que se jaló la sonda”. No pude contener mi impotencia y desesperación al seguir escuchando esa explicación. Así que le pedí en tono firme, que ya dejaran de disculpar errores y dejaran de culpar al paciente por eso. Solo basta dj’ , que se dé la vuelta y lo vea para que se dé cuenta que eso es imposible. Y él me contestó en tono alto: “Yo solo le estoy diciendo lo que me dyeron...” “D”.

La gastrostomía no había funcionado apropiadamente en ningún momento desde su primera instalación ni en la corrección que se hizo

* Nota del Visitador.

en la segunda instalación en el cuado.

Finalmente, el Dr. Castillo admitió que la gastrostomía había estado mal hecha e informó que sería sometido a una nueva intervención quirúrgica; y que era, otra vez, urgente.

"...Les pedí firmemente que, por favor ni González, ni Madínez, médicos que realizaron la primera gastrostomía metieran esta vez sus manos..." "A".

Se sometió al paciente a dos gastrostomías en menos de 10 días. La primera de ellas, se nos dio verbalmente, que era una cirugía de alto riesgo considerando el estado delicado del paciente. La segunda, realizada para corregir la primera, no se nos mencionó nada.

Si el catéter que le practicaron en urgencias recién ingresado al hospital se nos dijo que era una intervención de mucho riesgo; la traqueotomía y la primera gastrostomía practicada el miércoles 16 de enero la consideraron de alto riesgo, ¿qué se podía entonces esperar de la segunda gastrostomía?, innecesaria si la primera hubiera sido efectuada con profesionalismo y considerando que durante este periodo no tuvo una alimentación adecuada por que la sonda estuvo disfuncional todo este tiempo. Bajo esta condición, nadie supera una invasión así; ni siquiera alguien joven y totalmente sano puede resistir.

Fue demasiado para alguien que desde su ingreso al hospital sufrió las consecuencias de malas prácticas médicas llamadas incompetencia. Cito como ejemplo:

1. La sonda nasogástrica que se intentó poner varias veces sin éxito. En otro intento en el que se logró colocar la sonda, se dañó tanto el conducto nasal que el paciente sangró profusamente todo el resto del día, sangrado que causó alarma también entre el equipo de enfermería. No fue hasta ya tarde del día, cuando se detuvo el sangrado; luego, cuando se retiró la sonda nos dimos cuenta de que al colocarla se había doblado y así había estado todo el tiempo, doblada; quien la colocó, quizá no supo detectar que algo había quedado mal o no le interesó que estuviera bien, en ambos casos, señala falta de profesionalismo médico.

Dr. Araujo, usted estuvo en la habitación cuando el enfermero en turno empujaba con el émbolo de la jeringa el alimento y este se regresaba por la boca y por la nariz. No es que estuviera tapada la sonda como se creía y así se dijo. Es que en el interior estaba doblada y siempre dio problema para que el alimento y la medicina que se suministraba por esa vía descendiera. Por consecuencia, ningún medicamento ni alimento llegó a su organismo por ese conducto.

Otro ejemplo más:

2. Una vez que se utilizaba la traqueotomía para aspirar las flemas. El

médico nos pidió estar pendientes de que no se introdujera toda la manguera, solo hasta la mitad. De otro modo podría causar daño. Aun así, hubo enfermeros y enfermeras que introducían toda la manguera desacatando la instrucción, no sin mostrar incomodidad al escuchar nuestra petición.

Otro ejemplo más:

3. A pesar de que supieron de su condición, nunca se le asignó un médico cardiólogo que lo controlara.

Otros ejemplos más:

4. Una enfermera, al realizar un procedimiento, desconecta el respirador. Hecho que se atendió casi de inmediato por la misma enfermera en compañía de personal médico, después de que el familiar les indicó que se había apagado el respirador.

5. El medicamento Carnitina, solicitado por el Dr. Castillo, nunca se le suministró y estuvo disponible inmediatamente después que lo solicitó. El medicamento quedó a disposición médica por más de ocho días, sin que haya sido utilizado.

Unos últimos ejemplos por citar, no que sean los últimos que hayan ocurrido:

6. En la segunda cirugía para la gastrostomía, le practicaron también una colostomía sin pedir autorización a la familia, hecho que nos damos cuenta, una vez que el Sr. "B" es puesto en el cuarto.

7. El Sr. "B", sufre de septicemia a consecuencia de que se reinstaló la cánula gástrica que inicialmente se había salido, sin verificar si estaba o no contaminada. A consecuencia de esta infección, el paciente presentó una diarrea severa.

Ante todas estas negligencias, nos preguntamos: ¿por qué no se dan las indicaciones médicas directamente del personal médico al personal de enfermería? O si se dan, ¿Por qué el personal de enfermería no las acata?

De la misma manera, nos cuestionamos también: ¿Por qué no se ponen de acuerdo entre médicos? El paciente se perdió muchas dosis de su medicina suministrada por su médico neurólogo (quien previamente lo tenía muy bien controlado) ya que el médico residente no indicaba dárselo, o bien después de la crisis de rigidez muscular y temblor involuntario, señaló otro horario distinto al indicado por el neurólogo, o bien, las sondas no funcionaron.

Igualmente nos surge la pregunta: ¿Por qué enfermería se siente con autoridad de ordenar al familiar, amistad, o a quien esté acompañando

al enfermo, qué es lo que debe hacer para auxiliar en su cuidado? Si el familiar tiene derecho a permanecer al lado de su ser querido para apoyar moral y psicológicamente al paciente. Apoyar al paciente a sobrellevar su pena y mitigar su padecimiento, para que la soledad no le abrume en su paso por el hospital. Aseguramos que todo familiar del paciente tiene disponibilidad y el mejor deseo de auxiliar a enfermería para bien de su ser querido. Una amable frase de parte de la enfermería como: ¿Podría...? ¿Quisiera...? Hasta un por favor, cambiaría todo el escenario, porque no hay familiar o amistad que no quiera ayudar a la recuperación del enfermo. Por eso se está ahí. Pero enfermería considera que es la obligación del familiar, el dar medicamentos, alimento, bajarlo, cambiarlo de postura y hacerle ejercicio físico.

Después de que doctor Navarrete prohibió a los familiares el dar medicamentos, había que insistir y suplicar a algunos enfermeros para que le dieran la medicina indicada por el Dr. Odiz Maldonado en el horario que había señalado, pues sin ella, implicaba considerable retraso en la recuperación de su condición previa.

Nos preguntamos también: ¿No sería más apropiado que la especialista en catéteres dejara instrucciones directas a enfermería? En vez de darle indicaciones al familiar; para que éste a la vez lo transmita a la enfermera. Así quedó registrado en la libreta familiar:

“...Le comuniqué a la enfermera que la especialista en catéteres me había indicado que era necesario cambiar el parche del catéter porque estaba despegado y era peligroso porque podía filtrarse humedad al momento del baño. La enfermera djo: ¿Cómo? ¿No lo cambió i Ñá! ¡Y ya se fue!...” “D”.

Por la mañana temprano, se hizo el cambio. Todo lo contrario sucedió el 25 de enero, con la también especialista de catéteres enfermera Rocha, quien hizo su trabajo con tal pulcritud y dedicación que sobresale del resto del personal. El mismo profesionalismo afirmamos de enfermeros como Pablo, Mauro y Lluvia, quienes al igual que la enfermera Rocha y el Dr. Jair Odiz Maldonado mostraron profesionalismo y sentido de servicio en todo lo que hicieron. Su actitud refleja que proporcionar un servicio público no significa deficiencia profesional.

Nosotros creemos firmemente que:

No son los bajos recursos económicos con que se opera una institución la causa de negligencia.

Que la pobreza, en ningún caso, es sinónimo de indiferencia.

Que lo escasez de recursos materiales no justifican la incompetencia.

Por todo lo anterior, solicitamos firmemente se revise el caso médico del Sr. “B” y se deslinden las responsabilidades médicas e institucionales a que haya lugar. Lo anterior, sobre todo con el fin de promover el surgimiento de protocolos de atención para evitar que errores como los narrados aquí, acaben con la vida de algún otro paciente.

Sin más por el momento...” [sic].

2.- En fecha 13 de junio de 2019, se recibió el informe de la autoridad mediante el oficio número SS/DJ/0331-2019, signado por el licenciado Omar Francisco Villagrán Hernández, Jefe del Departamento Jurídico de la Secretaría de Salud, en el cual expone lo siguiente:

“...FUNDAMENTOS Y MOTIVACIONES DE LOS ACTOS U OMISIONES

PRIMERO.- Visto el contenido de la queja, me permito manifestar que resultan infundados los hechos reseñados por “A” y “G”, lo anterior en virtud de lo que en primer término se puede apreciar de la explicación y narración que a continuación se proporciona:

Primeramente, resulta importante manifestar que dentro de los principales objetivos que tiene el Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”, se encuentra la prestación de los servicios de salud, mismo que consiste en todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, en conformidad con los artículos 23 y 29 respectivamente de la Ley General de Salud y Ley Estatal de Salud, siendo ésta de sus primordiales funciones, mismas que se busca otorgar en el máximo respeto de los derechos humanos de los usuarios; esto en virtud de que en dicho nosocomio se llevan a cabo todos los protocolos necesarios que tengan como fin inmediato que los usuarios tengan el acceso a prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, asimismo a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En atención a lo vertido, el paciente de nombre “B” se encontraba afiliado al Sistema de Protección Social en Salud; y que por dicho por parte de su familia y las constancias médicas recibió atención médica en el Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”, ubicado en esta ciudad, nosocomio donde ingresa por urgencias el día 31 de diciembre del año 2018, a las 16:16 horas, tratándose de un paciente de 74 años de edad que es trasladado en ambulancia de Cruz Roja por presentar paro cardiorrespiratorio secundario a bronco aspiración (al estar comiendo en su domicilio), según refieren paramédicos al menos 20 minutos hasta la llegada de los servicios de emergencia, encontrando al paciente sin signos vitales, por lo que, se

iniciaron maniobras de reanimación básica durante un ciclo únicamente recuperando circulación, sin ventilación espontánea o recuperación del estado neurológico, cuestión por la cual se decide por parte de los profesionales de salud su hospitalización, así como la secuencia de intubación como protección de la vía aérea, a su vez se aspiran secreciones con restos alimenticios, y se establecen medidas de neuroprotección, las cuales deben entenderse como las que hacen referencia al suministro de sustancias químicas, con efectos protectores en el sistema nervioso que previenen, mitigan o retrasan los procesos neurodegenerativos propios de enfermedades como el Alzheimer o lesiones cerebrales, tal como en el caso en concreto que se deriva en una evidente lesión dentro del cerebro del paciente, ante la falta de oxigenación por un tiempo considerable.

Es de destacarse que durante el internamiento del paciente “B”, desde un inicio hasta el final se le brindó una debida y oportuna atención médica, que se distinguió por ser profesional, inmediata y de calidad, ya que desde el momento en que ingresa derivado del área de urgencias, es internado e inmediatamente se le practican varios estudios de laboratorio como medios auxiliares de diagnósticos, entre los que destacan los de biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento H, TAC simple de cráneo, TAC de tórax, entre otros; y a su vez en cumplimiento con el numeral 7.5, contenido en el Proyecto de Modificación 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, para quedar como PROY-NOM-027-SSA3-2011, Regulación de los Servicios de Salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica; para de esta manera implementar un plan terapéutico efectivo que permita con un debido control, erradicar el problema de salud dentro de la dimensión del padecimiento, y como consecuencia directa para preservar la salud del paciente.

Aunado a lo anterior, los profesionales médicos deciden desde un inicio colocarle al paciente una sonda nasogástrica, misma que se utiliza para la alimentación, eliminación de contenido gástrico o administración de fármacos, sin embargo con posterioridad y ante la necesidad del paciente de mantenerse en ventilación mecánica por un tiempo prolongado se opta por la opción de realizarse una traqueotomía y gastrostomía, procedimientos que consisten en lo siguiente:

Traqueotomía es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello, y la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones, siendo uno de los procedimientos más realizados e indicados en las insuficiencias respiratorias agudas altas.

Gastrostomía es una intervención quirúrgica que consiste en la apedura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago, siendo un método seguro que se considera de elección en situaciones de nutrición enteral prolongada, ya que previene las complicaciones más habituales de la sonda nasogástrica.

Por lo que, el día 16 de enero del presente año, se le realizan al hoy extinto los procedimientos quirúrgicos previamente definidos, para lo cual se solicita a los familiares, en virtud del estado de inconciencia del paciente en conformidad con los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, su anuencia respecto del consentimiento bajo información en relación a la intervención quirúrgica programada, transfusión sanguínea, procedimiento de anestesia, previo a lo anterior se procede por parte del médico tratante a explicarle a la familia del paciente en cuanto a los riesgos inherentes que conlleva el procedimiento quirúrgico en concreto, ya que como es de conocimiento general todo procedimiento quirúrgico trae aparejado determinados riesgos que son factibles de presentarse, ya que aún y cuando antes de toda cirugía se realizan exámenes médicos para conocer las condiciones de salud del paciente, así como la idoneidad de someterlos a ellas en relación a la capacidad física que muestran para afrontarla.

Posterior a la intervención quirúrgica, el paciente se pasa a recuperación con la indicaciones médicas establecidas por el médico tratante, continúa bajo ventilación mecánica, estable y efectivamente como lo manifiestan los familiares, en ningún momento se le suministran medicamentos para tratar su padecimiento de Parkinson, derivado del criterio médico y ya que el paciente en todo momento se encontró inconsciente bajo sedación, por lo que, se consideró dar la prioridad a la afectación principal y que ponía en riesgo su vida e integridad.

A su vez, suceden determinados sucesos que denotan determinadas irregularidades con el funcionamiento de la sonda de gastrostomía, ante lo cual se decide una segunda intervención quirúrgica denominada laparotomía exploratoria, para efectos de verificar, y a su vez corregir el funcionamiento de la sonda mencionada, y la cual se llevará a cabo el día 24 de enero del presente año, previo a la misma se recaba el consentimiento de los familiares al procedimiento quirúrgico, explicándoles en todo momento el alcance de la cirugía así como los riesgos que se asumen, siendo falso lo aseverado por parte de la familia en el sentido que no se pone de conocimiento a los mismos en cuanto a los adversos que pudieran suscitarse, ya que como es conocimiento general dentro de las instituciones públicas y privadas no se lleva a cabo ningún procedimiento quirúrgico o invasivo sin antes recabar el consentimiento respectivo del paciente o familiares, en conformidad con el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Prestación de Servicios de Atención Médica, y el numeral 4.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, motivo por el cual es imposible que a la familia no se le abordara dentro de la segunda cirugía en cuanto los riesgos previsibles de la intervención quirúrgica.

Por otra parte y en relación con la denominación de disfuncional en cuanto a la sonda de gastrostomía correspondiente a la presente queja, se desconoce con claridad la causa que ocasionó que la sonda se volviera disfuncional, ya que son muy variados los factores que pueden provocar este incorrecto funcionamiento, los mismos pueden consistir desde que la sonda no cuenta con la limpieza adecuada, hasta algún accidente en el cual una tercera persona o el mismo paciente jala la misma ocasionando el desprendimiento, siendo este último una posible hipótesis aún y cuando el paciente se encontrara en estado de inconsciencia, ya que los pacientes bajo este estado también presentan movimientos involuntarios o por la friabilidad de los tejidos, sin embargo esta Secretaría no cuenta con los elementos necesarios para acreditar los motivos por los cuales se presentó el funcionamiento incorrecto en la sonda de gastrostomía, atendiendo a lo cual únicamente es factible mencionar posibles supuestos sin asegurar uno en concreto.

Sin embargo, al detectarse los problemas con la sonda mencionada, los profesionales médicos dentro de su ámbito de competencia efectúan los procedimientos necesarios para corregir la situación, mediante la intervención quirúrgica efectuada el día 24 de enero del presente año; no obstante que con posterioridad, el día 26 de enero se acude a las 9:30 horas a valoración del paciente por encontrarse en malas condiciones generales, se acude en tiempo y forma, se corrobora ausencia de signos vitales, por lo que se activa el código azul y se procede a iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar, se administran 3 dosis de adrenalina en el lapso de 3 minutos entre cada dosis, sin presentar respuesta, tras 20 minutos de maniobra de reanimación cardiopulmonar continua con ausencia de signos vitales, se le coloca oxímetro de pulso sin desafortunadamente lograr lectura, por lo que se procede a realizar electrocardiograma encontrando ausencia de actividad eléctrica, únicamente línea isoeletrica con datos no compatibles con la vida, por lo que se declara su defunción a las 9:55 horas, de quien en vida llevará el nombre de "B".

Es indudable que para la Secretaría de Salud, la presente defunción o como las demás que se generan dentro de las instituciones de salud, son evidentemente lamentables, ya que son pérdidas humanas irreparables que truncan sueños, vidas y redes familiares, y que hasta determinado punto existe la empatía con sus familiares ante tales circunstancias tan dolorosas; sin embargo es importante establecer que las reclamaciones presentadas por la familia son infundadas, ya que en primera instancia es necesario recordar las condiciones de salud del paciente en las cuales ingresa al Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo", mismo que ingresa el 31 de

diciembre del 2018, por paro cardiorrespiratorio secundario a broncoaspiración, presentándose en estado inconsciente y manteniéndose bajo el mismo estado hasta el final, cabe señalar que a pesar del esfuerzo humano del equipo de médicos y enfermeras en ningún momento fue posible restablecer la salud del paciente, ya que no puede pasar desapercibido el mal estado en que ingresa, aunado a que es una persona de la tercera edad con padecimientos previos que complican la respuesta favorable de su cuerpo ante el padecimiento presentado.

En cuanto a las aseveraciones manifestadas por sus familiares, es menester mencionar que las mismas no encuentran sustento alguno, ya que del expediente clínico de "B" se permite visibilizar la ausencia en la mayoría de los casos de los familiares del paciente, por lo que es complicado que los mismos puedan sostener sus dichos cuando la gran parte del tiempo no se encontraron presentes, aún y cuando hayan formado un diario respecto la atención de su familiar, no es fidedigna la información proporcionada por los mismos cuando se asume que la misma tiene su origen a simplemente oídas, es decir presunciones de terceras personas, sirviendo de sustento los siguientes criterios jurisprudenciales:

"TESTIGOS DE OÍDAS. VALOR DE LOS.- Carece de valor el dicho de los testigos de oídas, a quienes no les constan personalmente los hechos".

"DECLARANTE POR REFERENCIA DE TERCEROS. LA CONFUSIÓN TERMINOLÓGICA POR EL USO DE LA INCORRECTA EXPRESIÓN "TESTIGO DE OÍDAS", NO GENERA AGRAVIO AL QUEJOSO. Los llamados "testigos de oídas" (cuya denominación técnica realmente viene a ser "declarante por referencia de terceros"), en realidad no pueden considerarse como testigos de aquello que no presenciaron, por tanto, es obvio y de lógica elemental que sus declaraciones no tienen valor convictivo alguno ni aquéllos el carácter de testigos, sencillamente porque no lo son. Sin embargo, lo anterior no quiere decir que una narración ante la autoridad ministerial de aquello que se supo por referencia de terceros, no puede ser útil para construir la notitia criminis y, por ende, incentivar el inicio de una averiguación previa, sobre todo tratándose de un delito de persecución oficiosa, toda vez que sería ilógico pensar que por no ser testigo presencial en sentido estricto puede controvertirse la racionalidad de tal planteamiento, cuando no es así, sino por el contrario, precisamente dicho criterio diferenciador aclara que en tales supuestos no se está ante la presencia de un verdadero testimonio, pero por esa razón es que sólo puede apreciarse a este tipo de declaraciones (respecto de referencias de terceros), como un dato o indicio genérico derivado de la existencia de tal declaración como diligencia formal emitida ante una autoridad, sin mayor alcance que ése y sin pretensión de equiparación a un verdadero testimonio. En consecuencia, si la autoridad responsable, al dictar la resolución reclamada, no le asigna al dicho del denunciante valor de testimonio auténtico (pues nunca lo dio de esa manera)

y utiliza incorrectamente la expresión "testigo de oídas", resulta inconcuso que tal determinación no causa agravio al quejoso, toda vez que dicho error de lenguaje (testigos de oídas) se traduce en una cuestión meramente terminológica que en nada le afecta".

En virtud a lo anteriormente expuesto, y en cuanto a lo manifestado por la familia en relación al supuesto error que hubo dentro de la solicitud del material respecto a la intervención que se realizó el día 16 de enero, no existe constancia que acredite su dicho, ya que del expediente clínico no se desprende ningún supuesto bajo esos términos, aconteciendo exactamente lo mismo en cuanto a la colostomía que supuestamente se le practicara al paciente, sin pedir autorización a la familia, hecho que en ningún momento sucedió y es de corroborarse mediante la lectura del expediente clínico que integra todas las actuaciones médicas efectuadas al paciente.

Por lo que, en el presente caso, se destaca que la prueba recae sobre quien alega algo, es decir, respecto de "A" y "G" ya que "el principio establece que quien alega debe probar. El que afirma algo debe acreditar lo que afirma mediante un hecho positivo, si se trata de un hecho negativo el que afirma deberá acreditarlo mediante un hecho positivo". Tal y como lo dispone el artículo 81 del Código Federal de Procedimiento Civiles.

En síntesis, la obligación de probar dependerá de la situación adquirida por las partes en un proceso. Cada una de ellas deberá probar los hechos sobre los que funda su defensa. Sirviendo de sustento, la jurisprudencia sustentada por la Sala Superior, publicada en la Tercera Época, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, del Tomo VIII, con número de registro 920772, cuyo contenido es el siguiente:

"AGRAVIOS. PARA TENERLOS POR DEBIDAMENTE CONFIGURADOS ES SUFICIENTE CON EXPRESAR LA CAUSA DE PEDIR. - En atención a lo previsto en los artículos 2º., párrafo 1º, y 23, párrafo 3º, de la Ley General del Sistema de Medios de Impugnación en Materia Electoral, que recogen los principios generales del derecho *iura novit curia* y *da mihi factum* *dabo tibi jus* ("el juez conoce el derecho" y "dame los hechos y yo te daré el derecho"), ya que todos los razonamientos y expresiones que con tal proyección o contenido aparezcan en la demanda constituyen un principio de agravio, con independencia de su ubicación en cierto capítulo o sección de la misma de ando o recurso, así como de su presentación, formulación o construcción lógica, ya sea como silogismo o mediante cualquier fórmula deductiva o inductiva, puesto que el juicio de revisión constitucional electoral no es un procedimiento formulario o solemne, ya que basta que el actor exprese con claridad la causa de pedir, precisando la lesión o agravio que le causa el acto o resolución impugnado y los motivos que originaron ese agravio, para que, con base en los preceptos jurídicos aplicables al asunto sometido a su decisión, la Sala Superior se ocupe de su estudio".

Asociado a lo anterior, también es de destacarse como se hace, que intrínsecamente con la obligación de la carga de la prueba con la que cuentan las familias del paciente, en la que se encuentra el principio general del derecho denominado como iura novit curia y da mihi factum dabo tibi jus ("el juez conoce el derecho" y "dame los hechos y yo te daré el derecho").

Así pues, es que se señala que toda afirmación debe ser probada, pues el concepto de prueba en derecho, no es otra cosa más que la actividad necesaria que implica demostrar la verdad de un hecho, su existencia o contenido según los medios establecidos por la ley; cuestión que la presente queja no sucede, ya que en momento alguno acreditan sus dichos manifestados en la queja.

Dado lo anteriormente esgrimido ante esa H. Comisión, se considera bajo el criterio de esta Secretaría de Salud, que la atención médica que se brindó a favor de "B", se le proporcionó bajo el estricto cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas, las guías de práctica clínica, ofedando en todo momento servicios médicos integrales, en los cuales intervinieron varios especialistas en conformidad con las necesidades de especialidad que el mismo fue mostrando dentro del padecimiento mostrado desde el día 31 de diciembre del año 2018, sin embargo no debe pasar desapercibido que lamentablemente las condiciones bajo las cuales ingresa al Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo", son muy desfavorables ya que inclusive ingresa inconsciente, aunado a su edad y demás padecimientos que fueron condicionantes en que no lograra sobrevivir, a pesar de todo el esfuerzo humano de los profesionales de la salud, no fue posible mantener la vida del paciente, ya que existen cuestiones que se alejan del alcance del profesional de la salud, porque quienes no ejercen la medicina, no llegan a comprender que esta difícil disciplina científica no es una ciencia exacta, sino de medios, lo cual implica que la obligación por parte del facultativo es de poner al alcance del paciente todos los conocimientos, estructuras, material y equipo médico en favor de su tratamiento respectivo, más no necesariamente implica garantizar un resultado curativo.

En virtud a lo mencionado, todo profesional que se desempeña dentro del campo de la medicina lleva consigo una serie de responsabilidades e incluso su actuar se encuentra normado por un código de ética que tiene como fin asegurar que la profesión de la medicina se desarrolle de la manera más precisa, eficaz y eficiente, siempre apegado a principios rectores científicos, éticos y jurídicos que regulen su conocimiento y actuación, también es cierto que la medicina no es una ciencia exacta, tan es así que no se puede reprochar el actuar del médico ante el fallecimiento del paciente, ya que el mismo como ser humano, se encuentra limitado y no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando se presenta la muerte natural derivada de varias complicaciones que la

condicionan más a presentarse, sirve de analogía para el anterior razonamiento los siguientes criterios:

"RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. SIGNIFICADO DEL CONCEPTO LEX ARTIS PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN. De los artículos 9°. del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 2°, fracciones XIV y XV, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se advierte que la lex artis médica o "estado del ade médico", es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades, y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. Esto es, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo. Lo contrario supondría que cualquier persona, por el simple hecho de someterse a un tratamiento, cualquiera que éste sea, tendría asegurado, por lo menos, una indemnización por responsabilidad profesional en el supuesto de que el resultado obtenido no fuera el pretendido, por lo que es necesario romper, en ocasiones, la presumida relación de causalidad entre la no consecución del resultado pretendido, es decir, el restablecimiento de la salud del paciente y la actuación negligente o irresponsable del médico, puesto que, además, no son pocos los casos en que las consecuencias dañosas producidas tienen su origen, no en la asistencia prestada por éste, contraria a la lex artis, sino en las patologías previas y a menudo gravísimas que presentan los pacientes".

"LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, dada la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones padiculares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, finalmente, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto. Por tanto, puede decirse que la lex artis ad hoc es un concepto jurídico indeterminado que debe establecerse en cada caso, en el que el médico, a través de un proceso de deliberación, aplica las medidas con prudencia a la

situación clínica concreta y en la medida de las condiciones reinantes. En la órbita del derecho comparado, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo español ha delineado paulatinamente el referido término hasta definirlo como “aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o ade médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)”.

Por lo que es de notarse, que por regla general, la obligación del profesional de la medicina es de medios, y no de resultados, por ende supone que el profesionista no se obliga al logro de un concreto resultado, sino al despliegue de una conducta diligente, cuya apreciación está en función de la denominada lex adis ad hoc, entendida como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos —estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria—, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida, en tal caso, la falta de diligencia y la negligencia del profesional médico, son las que habrán de probarse.

Atendiendo al presente caso, es indispensable puntualizar como anteriormente se expuso, que todo médico dentro del desarrollo de su profesión se enfrenta a desafíos tales que muchas veces no se puede reprochar el resultado, sino su actuación y diligencia dentro de la situación que se le enfrenta, tal como sucedió en la queja que nos ocupa, que desde el primer momento se le proporcionó la atención médica requerida, y se le practicaron todos los estudios necesarios, en cumplimiento puntual y en forma con lo estipulado por el Proyecto de Modificación 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, para quedar como PROY-NOM-027-SSA3-2011, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica; sin embargo lamentablemente no es posible impedir la muede de “B” por las razones previamente expuestas.

cAPiTcLO iv

EXISTENCIA DE LOS ACTOS U OMISIONES

Por lo expuesto líneas arriba se considera que no existen actos, omisiones, que hayan agredido o violentado derechos fundamentales, de quien en vida llevara el nombre de “B” en virtud de que:

En ningún momento se le vulneraron sus derechos humanos con una mala atención médica.

El trato que se le proporcionó a “B” fue siempre en cumplimiento a las normas oficiales mexicanas y los parámetros médicos brindando el mejor servicio y logrando el mejor de los resultados posibles.

cAPiTcLO V

MATERIAL PROBATORIO

Para acreditar los hechos manifestados en el cuerpo del presente escrito me permito ofrecer los siguientes medios de convicción:

A).- Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención de los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, para quedar como PROY-NOM-027-SSA3-2011, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

B).- Resumen clínico emitido por el Dr. José Morales Astorga, médico adscrito a la Jefatura de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”.

C).- Copia cedificada del expediente clínico del paciente “B”.

D).- Opinión médica suscrita por el Dr. Alejandro Albedo Santos Rubio, en su carácter de médico legal de valoración de daño corporal.

CAPITULO VI

CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS CAUTELARES

En este rubro se informa a esta H. Comisión que no se hace manifestación alguna, toda vez que no fue indicada alguna de estas medidas.

Por lo anteriormente expuesto y fundado a esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos solicito:

PRIMERO. - Con este escrito, copias y anexos que acompaño se me tenga dando cumplimiento a su oficio VG5/086/2019, solicitud realizada por esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

SEGUNDO.- Se me reconozca la personalidad que ostento, se me tenga señalando domicilio procesal y autorizando para oír y recibir notificaciones a los profesionistas de mérito señalados en el proemio del presente ocurso.

TERCERO. - Se me tenga ofreciendo medios de convicción considerándolos desahogados por su propia naturaleza.

CUARTO. - Previos trámites de ley, díctese la resolución respectiva en el sentido de no existir violación alguna a los Derechos Humanos...” [sic].

II.- EVIDENCIAS

3.- Escrito de queja presentado por “A” y “G” ante este Organismo, con fecha 3 de abril de 2019, mismo que ha quedado transcrito en el punto 1 del capítulo de hechos. (Fojas 1 a 9).

4.- Oficio número VG5/086/2019 de fecha 9 de abril de 2019, signado por el licenciado Jair Jesús Araiza Galarza, Visitador General de esta Comisión, mediante el cual solicita el informe de ley al Secretario de Salud. (Foja 12).

5.- Oficio número VG5/124/2019 de fecha 3 de mayo de 2019, signado por el licenciado Alejandro Carrasco Talavera, Visitador General de este Organismo, mediante el cual remite recordatorio de la solicitud de informe de ley al Secretario de Salud. (Foja 13).

6.- Oficio número VG5/163/2019 de fecha 20 de mayo de 2019, signado por el licenciado Alejandro Carrasco Talavera, Visitador de esta Comisión, mediante el cual remite segundo recordatorio de la solicitud de informe de ley al Secretario de Salud. (Foja 14).

7.- Oficio número SS/DJ/0366/2019 recibido el 3 de junio de 2019, signado por el licenciado Omar Francisco Villagrán Hernández, Jefe del Departamento Jurídico de la Secretaría de Salud mediante el cual solicita una prórroga para rendir el informe de ley. (Foja 16).

8.- Oficio número SS/DJ/0331-2019 recibido el 13 de junio de 2019, firmado por el licenciado Omar Francisco Villagrán Hernández, Jefe del Departamento Jurídico de la Secretaría de Salud, mediante el cual rindió el informe de ley requerido, mismo que se encuentra transcrito en el punto número 2 del apartado de

antecedentes de la presente resolución (Fojas 18 a 34), al cual anexó los documentos siguientes:

8.1.- Copia simple de dictamen médico pericial de “B”, emitido por el Dr. Alejandro Alberto Santos Rubio, perito médico legal de daño corporal. (Fojas 35 a 40).

8.2.- Copia simple de resumen clínico de “B”, elaborado por el Dr. José Morales Astorga, médico adscrito a la Jefatura de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”. (Fojas 41 a 43).

8.3.- Copia simple del Proyecto de modificación 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, para quedar como PROY-NOM-027-SSA3-2011, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. (Fojas 44 a 55).

8.4.- Copia certificada del expediente clínico de “B”. (Anexo I, fojas 1 a 185).

9.- Citatorio de fecha 25 de junio de 2019, elaborado por el licenciado Alejandro Carrasco Talavera, Visitador de este Organismo, dirigido a “A” y “G”. (Foja 56).

10.- Acta circunstanciada de fecha el día 5 de julio de 2019, realizada por el licenciado Alejandro Carrasco Talavera, Visitador General de esta Comisión, mediante la cual le notificó a las quejas el informe rendido por la autoridad. (Foja 58).

11.- Escrito signado por las quejas “A” y “G” mediante el cual realizan diversas manifestaciones en relación al informe de la autoridad. (Fojas 60 a 66).

12.- Opinión Técnico Médica de fecha 7 de enero de 2020, realizada por la doctora María del Socorro Reveles Castillo, médica adscrita a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en relación al expediente clínico de “B” y la queja presentada por las impetrantes. (Fojas 69 a 73).

III.- CONSIDERACIONES

13.- Esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos es competente para conocer y resolver en el presente asunto, atento a lo dispuesto por 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4, párrafo tercero, inciso A, de la Constitución Política del Estado de Chihuahua, en relación con los numerales 3 y 6, fracciones I y II, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos

Humanos, así como 6, 12 y 84, fracción III, del Reglamento Interno de este organismo.

14.- Según lo establecido en el artículos 39 y 40 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, resulta procedente, por así permitirlo el estado que guarda la tramitación del presente asunto, analizar los hechos, los argumentos y las pruebas, así como los elementos de convicción recabados y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades o los servidores han violado o no derechos humanos, al haber incurrido en actos ilegales o injustos, por lo que las pruebas recabadas durante la investigación, deberán ser valoradas en su conjunto de acuerdo a los principios de la lógica y la experiencia, con estricto apego al principio de legalidad que demanda nuestra carta magna para que, una vez realizado ello, se pueda producir convicción sobre los hechos materia de la presente queja.

15.- Corresponde ahora analizar si los hechos planteados por “A” y “G” en perjuicio de “B”, quedaron acreditados, para en su caso, determinar si los mismos resultan ser violatorios a derechos humanos.

16.- De conformidad con la queja planteada por las impetrantes, tenemos que la controversia se centra esencialmente, en que el personal del Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo” no se comportó conforme a las prácticas médicas establecidas en las diversas guías médicas, protocolos y diversas Normas Oficiales Mexicanas, ni desempeñó su trabajo con la calidad que establece la normatividad aplicable o de manera profesional, caracterizándose por la irresponsabilidad de algunos integrantes del personal médico cuando atendieron al señor “B” en el nosocomio antes mencionado; mientras que de acuerdo con el informe emitido por la autoridad sanitaria, ésta se condujo con el profesionalismo que debe caracterizar a los servidores públicos que laboran para el mencionado hospital y que la atención brindada al paciente “B” mientras estuvo hospitalizado, se llevó a cabo conforme a lo señalado por la *lex art/s* médica.

17.- En cuanto a las condiciones en que se dieron los hechos motivo de la queja, tenemos que “B”, de 74 años, fue internado por paro cardiorrespiratorio secundario a broncoaspiración, en el Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”, el día 31 de diciembre de 2018, donde permaneció con diversos padecimientos hasta el día 26 de enero de 2019, fecha en que falleció.

18.- Ahora bien, establecidas las premisas anteriores, se procede a realizar un análisis de las principales evidencias que obran en el expediente y que le permiten a este Organismo llegar a una determinación, por lo que en el caso se cuenta principalmente con el expediente clínico de “B” así como con el dictamen médico pericial elaborado por el perito médico Alejandro Alberto Santos Rubio adscrito a la Secretaría de Salud (en el cual analiza la atención que se le brindó a “B”) y la opinión técnico médica de la doctora María del Socorro Reveles Castillo, médica adscrita a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, misma que

realizó dicha opinión con base en el análisis que realizó del expediente clínico de “B” y la queja presentada por las impetrantes.

19.- De las mencionadas evidencias, se desprende que por lo que se refiere al dictamen médico pericial elaborado por el perito médico Alejandro Alberto Santos Rubio adscrito a la Secretaría de Salud, se concluyó lo siguiente:

“... PRIMERA.- La atención proporcionada al paciente “B” por el personal médico del Hospital General durante las primeras horas y días se llevó a cabo conforme a la lex adis médica cumpliendo con lo estipulado en la Ley General de Salud en los artículos 32 y 33 en lo que a la atención médica se refiere; para luego, según notas escuetas y falta de notas por personal médico quienes tuvieron a su cargo la atención, sí existió una conducta médica irregular por parte de los citados profesionistas, misma que no evidencia repercusión de causa-efecto con el deceso del paciente.

SEGUNDA.- Existen notas médicas de enfermería y demás personal auxiliar quienes tuvieron a su cargo la atención médica proporcionada al señor “B”, que no reúnen los requisitos señalados en la citada Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico en lo que a orden y falta de legibilidad en algunas notas se refiere.

TERCERA. - No se puede establecer que exista una relación de causa-efecto-daño entre el deceso del paciente “B” y el personal médico de base, médicos residentes y de enfermería, quienes pusieron a su cargo su atención proporcionada derivado de la falta de notas de evolución, notas de visita y exploración física.

CUARTA.- No se puede determinar que el pronóstico del paciente “B” fuese diferente derivado de la falta de notas de evolución médica, ya que existen las notas de indicaciones médicas.

QUINTA.- Se desprende del expediente clínico de referencia, según notas médicas, que sí hubo un retardo en la colocación de la sonda de gastrostomía por parte del personal médico a cargo en la atención proporcionada al paciente “B”, dependientes del Hospital General “Salvador Zubirán Anchondo”.

SEXTA.- Durante la atención médica proporcionada al paciente “B” se presentaron agravamientos de los padecimientos de los que era portador, que se definen en el caso que hoy nos ocupa, como “hechos esperados” no relacionados con una atención médica irregular, sufriendo falla orgánica múltiple irreversible al tratamiento médico instalado, mismos hechos que no son

atribuibles al personal médico que tuvo a su cargo la atención médica del paciente en el Hospital General "Salvador Zubirán Anchondo" de la ciudad de Chihuahua..." (Visible en foja 40).

20.- De igual manera, en dicho dictamen médico pericial, el Dr. Alejandro Alberto Santos Rubio, indicó que: *"...Es necesario hacer valer, que el citado paciente "B", fue atendido en un inicio (primeras horas y días) con oportunidad y calidad, por parte del personal médico y de enfermería del área de urgencias y medicina interna del Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo", quienes lograron reanimarlo después de un tiempo mayor a los 20 minutos de estado de inconsciencia; para posteriormente, según notas médicas escuetas y la falta de algunas de estas notas de evolución y visita por parte del personal médico de base y residente, ya que solo obran o aparecen notas de indicaciones, lo que se deriva, del mismo expediente clínico, la existencia de la duda, si se realizó o no, la visita médica, denotando el retardo de la recolocación de la sonda de gastro, del paciente..."* (Visible en foja 40).

21.- Respecto al cumplimiento con la Norma Técnica NOM-004-SSA3-2012, se aprecia en el expediente clínico de "B", la siguiente tabla (Visible en la foja 6 del Anexo I):

	IDENTIFICACIÓN	LEGIBILIDAD	COMPLETA	NOMBRE MÉDICO Y CED. PROF.	FIRMAS
HOJA FRONTAL	✓	✓	NO	✓	W0
HISTORIA CLÍNICA	✓	✓	NO	PARCIAL	PARCIAL
NOTA DE INGRESO	✓	✓	NO	NO	NO
NOTAS DE EVOLUCIÓN	✓	✓	NO	PARCIAL	PARCIAL
NOTA DE INTERCONSULTA	NO HAY	NO HAY	NO HAY	NO	
NOTA PREOPERATORIA	NO HAY	NO HAY			
NOTA POSTOPERATORIA	✓	✓	NO	✓	PARCIAL
NOTA PREANESTÉSICA	✓	✓	✓	✓	✓
HOJA REGISTRO ANESTÉSICO	✓	✓	NO	PARCIAL	PARCIAL
NOTA POSTANESTÉSICA	✓	✓	NO	✓	✓
NOTA DE EGRESO	NO HAY	NO HAY	—		
CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN	✓	✓	NO	PARCIAL	W0
NOTAS DE ENFERMERÍA	✓	✓	✓	✓	✓

22.- De la tabla que antecede, es fácil apreciar que no se cumplió a cabalidad con lo que la multicitada Norma Oficial relativa al expediente clínico establece, muchas notas se encuentran sin identificación, ausentes, sin los datos del médico encargado, sin firma o incompletas.

23.- Asimismo, por lo que hace a la opinión técnico médica de la doctora María del Socorro Reveles Castillo, médica adscrita a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, tenemos que del cuerpo del escrito de su análisis relativo al caso en estudio, se desprende que ésta manifestó que en el expediente clínico no existían notas médicas que acreditaran el debido manejo de las complicaciones que había presentado “B”, agregando que durante la atención del paciente, el personal médico había incumplido las obligaciones de medio de tratamiento que el caso ameritaba, incurriendo en una mala práctica, destacando que el expediente clínico no cumplía con la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, ya que el personal médico había omitido realizar algunos registros importantes durante la atención que se le había brindado a “B”, al no existir notas de evolución en todos los días de internamiento, existir notas ilegibles y que un documento de consentimiento informado, se encontraba “firmado en blanco”, y que si bien esto no era relevante para la evolución del paciente, sí indicaba que no había existido un trato digno y adecuado, ya que el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados de forma veraz, clara, precisa, legible y completa, en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable.

24.- En lo que respecta a las deficiencias en la atención médica prestada al paciente, se aprecia que los familiares de “B” refieren algunas situaciones como las siguientes: *“5 de enero de 2019: el Dr. Castillo instala la sonda nasogástrica; desde un inicio presentó imposibilidad para pasar el alimento (...), debido a este procedimiento presentó sangrado nasal abundante por 24 horas”*, observando la doctora Reveles que no existen notas de evolución del 3 al 6 de enero de 2019, por lo que no se puede valorar la atención médica, sin embargo sí es posible observar que el personal de enfermería reporta desde el 2 de enero que la sonda nasogástrica presentaba problemas obstructivos intermitentes. El 9 de enero a las 9:30 a. m., el doctor Castillo indica *“solicitar traqueostomía y gastrostomía”*, y, no es hasta el 15 de enero que se le realiza la cirugía; al no existir notas de evolución, no podemos saber la razón por la cual no se realizó alrededor de esa fecha, requiriendo nueva colocación de sonda orogástrica.

25.- Manifiestan las quejas que en fecha *“9 de enero de 2019: El Dr. Navarrete y el Dr. Castillo informan la necesidad de una traqueostomía y una gastrostomía urgentes”*, no existiendo en el expediente notas médicas ni alguna indicación con esa característica de urgencia. Tomando en cuenta que el diagnóstico preoperatorio fue: intubación prolongada, y la nueva sonda orogástrica era funcional, no se puede inferir el carácter urgente del procedimiento. No hay

datos sobre la confusión en la medida de la cánula de traqueostomía que también refieren los familiares.

26.- En lo relativo a lo manifestado por la familia de "B" en el sentido de que el *"17 de enero de 2019, (...) se le inicia con el medicamento Levodopa, después de 8 días que el Dr. Odíz Maldonado lo prescribió en reiteradas ocasiones"*, en las notas de enfermería se establece que ese medicamento se administró desde el día 7 de enero.

27.- Concluyendo la doctora Reveles su opinión técnico-médica de la siguiente manera: *"...Se observa mala práctica por parte del personal médico en no atender oportunamente las complicaciones que fue presentando el paciente; sin embargo no es posible afirmar que su deceso sea consecuencia directa (causa-efecto) de estas omisiones, ya que su estado de salud desde su ingreso fue muy grave y su pronóstico malo para la vida y la función. El expediente clínico no cumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico..."* (Visible en foja 73).

28.- En ese orden de ideas, debemos establecer como premisas que en el caso, la atención de los pacientes hospitalizados se encuentra regulada en la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana en materia de manejo del expediente clínico y la Ley General de Responsabilidades Administrativas, toda vez que el personal médico adscrito al Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo" entra en la categoría de servidores públicos por pertenecer a un ente público, como lo es la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua.

29.- El artículo 4º de la Constitución Política garantiza el derecho a la protección de la salud, y el artículo 123, tanto en su apartado A como en su apartado B, reconoce el derecho social a la seguridad social. Por su parte en la Ley General de Salud se establece que los usuarios de los sistemas de salud tienen derecho de obtener prestaciones oportunas y de calidad idónea y de recibir atención profesional y éticamente responsable, así como de obtener trato respetuoso, digno de los profesionales, de los técnicos y de los auxiliares que se dediquen a la salud.

30.- De acuerdo con lo establecido en el segundo párrafo del artículo 32 de la Ley General de Salud se establece lo siguiente:

"...Artículo 32.- (...) Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud...".

31.- Asimismo, el artículo 51 de la Ley General de Salud, establece lo siguiente:

"... Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de

salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares...”

32.- Por su parte, la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico, dispone en relación al caso que nos ocupa en sus numerales 5.3, 5.8, 5.11, que:

“...5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional (...)

5.8 Las notas médicas, repodes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso (...)

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado...”

33.- En tanto que la Ley General de Responsabilidades Administrativas establece en sus artículos 3º, fracción XXV; 4º, fracción I; 7º fracciones I, V, VII, VIII y 49 fracción I, lo siguiente:

“...Adículo 3. Para efectos de esta Ley se entenderá por:

(...) XXV. Servidores Públicos: Las personas que desempeñan un empleo, cargo o comisión en los entes públicos, en el ámbito federal y local, conforme a lo dispuesto en el adículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; (...)

Artículo 4. Son sujetos de esta Ley:

I. Los Servidores Públicos. (...)

Artículo 7. Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices:

I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones; (...)

V. Actuar conforme a una cultura de servicio orientada al logro de resultados, procurando en todo momento un mejor desempeño de sus funciones a fin de alcanzar las metas institucionales según sus responsabilidades; (...)

VII. Promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución; (...)

VIII. Corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido; tendrán una vocación absoluta de servicio a la sociedad, y preservarán el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general; (...)

Artículo 49. Incurrirá en falta administrativa no grave el servidor público cuyos actos u omisiones incumplan o transgredan lo contenido en las obligaciones siguientes:

I. Cumplir con las funciones, atribuciones y comisiones encomendadas, observando en su desempeño disciplina y respeto, tanto a los demás Servidores Públicos como a los particulares con los que llegare a tratar, en los términos que se establezcan en el código de ética a que se refiere el artículo 16 de esta Ley...”.

34.- De igual manera, debemos considerar los artículos 42, 50, 374 y 375, todos de la Ley Estatal de Salud, mismos que disponen:

“...Adículo 42. Son servicios públicos a la población en general, los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. (...)

Artículo 50. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportuna, segura y de calidad óptima y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. (...)

Artículo 374. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias del Estado, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Adículo 375. Las sanciones administrativas podrán ser:

1. Amonestación con apercibimiento.

II. Multa.

III. Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total.

IV. Arresto hasta por treinta y seis horas.

V. Revocación de licencia o autorización...".

35.- Por su parte la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador, determinó respecto a la importancia de un expediente clínico bien integrado lo siguiente:

"...68. En términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza ³

36.- En los actos médicos nos encontramos ante la asunción por el facultativo de una obligación de medios, no estando el médico obligado a curar siempre al paciente, puesto que la finalidad de la prestación médica se agota al proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y la *lex adis*. Ahora bien, en el expediente clínico no existen notas médicas que acrediten el debido manejo de las complicaciones que presentó el enfermo. Durante la atención de "B", el personal médico incumplió con las obligaciones de medios de tratamiento que el caso ameritaba incurriendo en mala práctica.

37.- Como puede observarse, tanto el dictamen médico pericial elaborado por el perito médico Alejandro Alberto Santos Rubio adscrito a la Secretaría de Salud como la opinión técnico médica de la doctora María del Socorro Reveles Castillo, médica adscrita a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos coinciden entre sí en cuanto a que en el expediente clínico de "B" no existen notas de evolución en todos los días de internamiento, que existen algunas notas ilegibles, que existe un documento de consentimiento informado en blanco, que el expediente clínico no cumplía con la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 y que existió una conducta médica irregular por parte de los médicos que atendieron a "B", lo que trajo como consecuencia que no existiera un trato digno y adecuado de dicho paciente, todo lo cual lleva a este Organismo derecho humanista a determinar que efectivamente fueron violados los derechos humanos del agraviado "B" al no cumplirse con la normatividad establecida en los párrafos 13 a 16 de la presente determinación, sobre todo en aquellas cuestiones que tuvieron que ver con su derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención

Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador, Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas). Serie C No. 17. Párrafo 68.

profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, que de igual forma trascienden a la dignidad de “B”, sin embargo; es importante hacer énfasis en que de ninguna manera se está concluyendo que exista una relación causa-efecto entre la conducta médica irregular documentada y el fallecimiento de “B”.

IV.- RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

38.- De esta forma, al haberse violentado el orden jurídico establecido en las premisas de la presente determinación, es claro que la consecuencia necesaria de no haberse cumplido con los mencionados preceptos legales por parte del personal médico del Hospital General "Salvador Zubirán Anchondo", es que se inicie y se lleve a cabo un procedimiento administrativo de responsabilidades por faltas administrativas no graves en contra de los servidores públicos que atendieron a “B” como paciente en dicho nosocomio con motivo de las violaciones a los derechos humanos analizados y evidenciados en la presente determinación, que concluya con alguna de las sanciones establecidas por los artículos 75 de la Ley General de Responsabilidades y 375 de la Ley Estatal de Salud, cuyo contenido es idéntico y concuerda con lo dispuesto por el artículo 417 de la Ley General de Salud, se les informe a los quejosos de forma periódica el estado o el avance de los procesos judiciales y administrativos en los que evidentemente tendrán un interés como intervinientes y asimismo, se les otorguen todos y cada uno de los derechos que tendrán en ese procedimiento de acuerdo con último dispositivo legal en las fracciones mencionadas.

V.- REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

39.- Por todo lo anterior, se determina que las víctimas indirectas tienen derecho a la reparación integral del daño por los hechos que denunciaron, en los términos de la jurisprudencia que ha establecido la Corte Interamericana de Derechos Humanos y con base en la obligación que tiene el Estado de reparar las violaciones a los derechos humanos, así como por los daños que con motivo de la actividad administrativa irregular hubiere causado el Estado en los bienes o derechos de las personas, teniendo el particular el derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos establecidos en los artículos 1º párrafo tercero y 109, último párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 178, fracción VI, cuarto párrafo de la Constitución Política del Estado de Chihuahua.

40.- Por lo tanto, al haberse acreditado una violación a los derechos humanos atribuible al Estado, la Recomendación formulada debe incluir las medidas efectivas de restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado a los quejosos, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las

violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

41.- Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 4, 7 en sus fracciones I, II, V, VII, XII, XIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII y XXIX, 27 fracciones IV y V, 96, 97 fracción III, 106, 110 fracción IV, 111, 112 y 126 fracciones VII y VIII, todos de la Ley General de Víctimas; se deberá reparar el daño de manera integral a quien acredite su calidad de víctima indirecta por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de “B” y suyo, las cuales han quedado precisadas en la presente Recomendación, así como su inscripción ante el Registro Estatal de Víctimas, debiendo tenerse como parámetro para la reparación integral del daño lo siguiente:

Medidas de satisfacción: De acuerdo con la jurisprudencia establecida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, esta resolución constituye, por sí misma, una forma de reparación.

Medidas de no repetición: Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, el Estado y sus autoridades, deben adoptar todas las medidas legales y administrativas para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las personas a que su expediente clínico este completo y conforme a las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico, haciendo énfasis en sus numerales 5.3, 5.8 y 5.11, para lo cual deberá capacitar a todo su personal con la finalidad de que no se repitan cuestiones como las analizadas en el presente caso y asimismo, se les capacite en la importancia que tiene la atención oportuna de los padecimientos y las complicaciones que pudieran presentar los pacientes en casos como el que ahora se resuelve.

42.- Atendiendo a los razonamientos y consideraciones antes detallados, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos estima que a la luz del sistema de protección no jurisdiccional, se desprenden evidencias para considerar violados los derechos fundamentales de “B”, específicamente al derecho de los pacientes a tener un trato digno. Por lo que en consecuencia, respetuosamente y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 42 y 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, así como los numerales 84, fracción III, inciso a), 91, 92 y 93, del Reglamento Interno de esta Comisión resulta procedente emitir las siguientes:

VI.- RECOMENDACIONES

A Usted **doctor Jesús Enrique Grajeda Herrera**, en su carácter de **Secretario de salud**:

PRIMERA.- Conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño a quien acredite su calidad de víctima indirecta en términos de la Ley General de Víctimas y de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, tomando en consideración lo detallado en los párrafos 38 a 42 de la presente determinación,

SEGUNDA.- Se inscriba a las personas referidas en el Registro Estatal de Víctimas y se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA.- Se instruya a quien corresponda para que se inicie, sustancie y resuelva conforme a derecho, un procedimiento administrativo con motivo de los hechos analizados, en el cual se tomen en consideración las evidencias y razonamientos contenidos en la presente resolución y en su caso se impongan las sanciones que correspondan a los servidores públicos que tuvieron relación con los hechos descritos en esta recomendación.

CUARTA.- Se capacite al personal médico en el estado conforme a las medidas de no repetición establecidas en la presente recomendación.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado por el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44 primer párrafo de la Ley que rige nuestra actuación, tiene el carácter de pública y con tal carácter se publica en la Gaceta de este organismo.

Se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto a una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trata.

Las recomendaciones de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos no pretenden en modo alguno, desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, sino que, por el contrario, deben ser concebidas como instrumentos indispensables en las sociedades democráticas y en los Estados de Derecho para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad.

Dicha legitimidad se robustecerá de manera progresiva cada vez que se logre que aquellas y éstos, sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de

justicia que conlleven el respeto de los derechos humanos.

En todo caso, una vez recibida la recomendación, la autoridad o servidor público de que se trata informara dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si se acepta. Entregará en su caso, en otros quince días adicionales las pruebas correspondientes de que ha cumplido, ello según lo establecido en el artículo 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

La falta de respuesta dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En caso de que se opte por no aceptar la presente recomendación, le solicito en los términos del artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, funde, motive y haga pública su negativa. No dudando de su buena disposición para que sea aceptada y cumplida.

ATENTAMENTE

NÉSTOR MANUEL ARMENDÁRIZ LOYA

PRESIDENTE

c. c. p.- Quejas.- Para su conocimiento.

c. c. p.- Lic. Jair Araiza Galarza, Secretario Técnico de la CEDH.- Mismo fin