



## RECOMENDACIÓN 7/2019<sup>1</sup>

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/TOL/788/2018**, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y resolvió que existen elementos que comprueban violación a derechos humanos,<sup>2</sup> sustentan lo anterior, las consideraciones siguientes:

### DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El diecisiete de septiembre de dos mil dieciocho se recibió la queja escrita presentada por **V**, en la cual dio a conocer que el doce de agosto de dos mil dieciocho asistió al Hospital General "Dr. Nicolás San Juan" de Toluca, México, alrededor de las diez horas, debido a que sufrió una caída, lastimándose la muñeca izquierda. Al llegar a dicho hospital fue atendida por el médico traumatólogo de urgencias (**SPR1**), quien solicitó la toma de radiografías, diagnosticándole fractura de radio en mano izquierda, le colocó una férula y le recetó medicina, sin embargo, pasó por alto una herida en el área de la lesión. En razón de que tenía dolor, el trece de agosto del mismo año, **V** volvió al mismo hospital y un servidor público (**SPR2**) le aplicó medicina para disminuirlo, sin embargo, continuó con malestar. Posteriormente, el diecisiete de agosto, **V** asistió de nuevo al hospital "Dr. Nicolás San Juan" pues sentía dolor intenso en la mano y sus dedos estaban fríos. Al ser valorada por otro médico especialista, **V** debió ser internada por presentar *síndrome de compartimiento*. El galeno encargado de la revisión (**SP4**) retiró la férula y advirtió inflamación en la mano, así como ámpulas en la muñeca, razones por las cuales la paciente fue atendida en quirófano, encontrándose gangrena, por lo que debió realizarse la amputación en la extremidad superior izquierda de la víctima, por encima del codo.

<sup>1</sup> Emitida al Director General del ISEM, el 15 de agosto de 2019, por la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y a la debida integración del expediente clínico en perjuicio de **V**. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 27 fojas.

<sup>2</sup> Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de los quejosos y agraviados, en su lugar se manejarán siglas. Sin embargo, los datos se citan en anexo confidencial que se adjunta a la presente. De igual modo, se omiten aquellos datos que se consideran del dominio personal de los quejosos y agraviados, en cumplimiento a las obligaciones que imponen la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios.



## PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley a la Secretaría de Salud, además de requerir de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM), una opinión médica. Se recabaron las comparecencias de la quejosa (V) y de los servidores públicos relacionados. También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas durante el trámite.

## PONDERACIONES

### I. PREÁMBULO

La salud puede ser comprendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente (como) la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>3</sup> El derecho a la protección de la salud es un derecho individual y social que corresponde a toda persona y colectividad al encontrarse en territorio de la República Mexicana. Por sí mismo, no tutela la salud, protege el acceso en condiciones de igualdad a servicios de salud dignos que proporcionen atención en todos los casos y bajo cualquier circunstancia. En ese sentido, el Estado mexicano se encuentra obligado a instaurar los mecanismos requeridos para brindar a toda la población acceso a esos servicios y a la asistencia médica.<sup>4</sup>

En términos de la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud no debe entenderse (sólo) como un derecho a estar sano, sino que implica libertades, como son las del control de la salud y el cuerpo, además de derechos, como el correspondiente a un sistema de protección de la salud que brinde iguales

<sup>3</sup> Ley General de Salud, artículo 1° Bis.

<sup>4</sup> SCJN-IIIJ UNAM. *Decisiones relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Derecho a la salud*, 84, México, SCJN-UNAM, 2016, p. 12.



oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud, esto último, precisado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La prerrogativa que nos ocupa es un derecho de tipo inclusivo que comprende la atención oportuna y apropiada de la salud, y al mismo tiempo un derecho complejo cuya finalidad es alcanzar un bienestar general formado por el estado físico, mental, emocional y social del ser humano, del que deriva el derecho fundamental a la integridad físico psicológica.<sup>5</sup>

Por lo antes enumerado, la salud es una meta prioritaria y al mismo tiempo es sustento para la vigencia de otros derechos, sin salud, sin bienestar, es difícil vivir en condiciones dignas y ejercer otros tantos derechos.<sup>6</sup>

A continuación se lleva a cabo un análisis lógico-jurídico de las evidencias que obran en el expediente de queja, en contraste con los derechos humanos siguientes:

## II. DERECHOS A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA Y A LA DEBIDA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

**EL DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA ES LA PRERROGATIVA DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA. EN TANTO QUE EL DERECHO A LA DEBIDA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, ES LA FACULTAD DE LA PERSONA A CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO QUE CONTENGA INFORMACIÓN VERAZ, CLARA, PRECISA, LEGIBLE Y COMPLETA<sup>7</sup>**

La Real Academia Española de la Lengua conceptualiza la negligencia como el descuido, la falta de cuidado, la falta de aplicación.<sup>8</sup> Se presenta negligencia médica cuando un profesional de la salud, al proporcionar sus servicios, comete descuido, falta de precaución, de atenciones calificadas como necesarias en la actividad profesional médica, es decir, se incurre en defectos al

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 45.

<sup>6</sup> *Ídem*.

<sup>7</sup> Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, pp. 217 y 221.

<sup>8</sup> Cfr. RAE. Diccionario de la Lengua Española, voz: negligencia, disponible en: <https://dle.rae.es/?id=QMABIOd> consultado el seis de marzo de 2019).



realizar el acto o en omisiones, cuando a pesar del conocimiento de lo que se debe hacer, no se aplica, provocándose un daño.<sup>9</sup>

La negligencia médica es una violación a las normas de atención aplicables a los pacientes cuando el prestador de servicios de salud incurre en defectos, descuidos u omisiones en cuanto a precauciones y acciones necesarias en su actividad profesional.

Los profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar los cuidados necesarios de conformidad con la *lex artis*,<sup>10</sup> la deontología médica y el derecho sanitario, a efecto de conseguir los fines deseados, sin la garantía de la curación del paciente.<sup>11</sup>

El deber de los profesionales de la salud es de medios, no de resultados. Para el prestador de atención médica es imperativo, inexcusable, ofrecer los conocimientos de la ciencia y de su pericia al paciente, actuando con prudencia, diligentemente, sin que se le pueda responsabilizar por resultados adversos, siempre y cuando no incurra en abandono o descuido del enfermo o no aplique los tratamientos adecuados a pesar de saber que eran los indicados.<sup>12</sup>

Por otra parte, el expediente clínico documenta los servicios médicos proporcionados a los pacientes, es en dicho instrumento donde se observan, evidencian y demuestran, ya sean intervenciones diligentes, como las acciones y omisiones en que incurren los profesionales de la salud.

Conforme a lo dispuesto por los artículos 3 fracción XI y 40 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, una Norma Oficial Mexicana es toda regulación técnica de

<sup>9</sup> Cfr. Choy, GSA. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina, Puebla, OGS, 2002, p. 52.

<sup>10</sup> 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. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN) Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.

<sup>11</sup> Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en Octavo Simposio Internacional CONAMED, 2003.

<sup>12</sup> Ídem.



observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, para un servicio que puede dañar la salud humana.

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, fija los criterios y da certeza sobre el tema al determinar que los profesionales de la salud tienen la obligación de documentar de manera escrita los servicios médicos que se otorgan al paciente, que ésta debe ser de forma adecuada, y a la vez –se reitera- constituye la principal evidencia del acto médico del servidor de la salud al ser el medio por el cual puede demostrar que actuó con ética, profesionalismo y máxima diligencia.

En ese contexto, la NOM-004-SSA3-2012 es relevante en la materialización del derecho a la protección de la salud, al constituir una herramienta de uso obligatorio para el personal sanitario, toda vez que en el expediente clínico se consignan los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, recogiendo aspectos del estado de salud del paciente, resultando dichos registros elementales para su correcta integración, pues así el proceso de atención generará los mayores beneficios. En consecuencia, el correcto llenado del expediente clínico constituye una obligación y no una elección sujeta a la simple voluntad del trabajador de la salud.

Con base en lo documentado en el expediente del caso, se estableció que el doce de agosto de dos mil dieciocho, **V** sufrió una caída sobre su extremidad superior izquierda, razón por la cual acudió al Hospital General "Dr. Nicolás San Juan" del ISEM, donde fue atendida por la médico general **SP1**, quien documentó edema y limitación funcional de la muñeca y mano izquierdas. A partir de la radiografía halló fractura impactada de la epífisis radial izquierda, prescribió analgésicos y solicitó interconsulta a la especialidad de traumatología y ortopedia.



El mismo doce de agosto, el traumatólogo ortopedista **SPR1** realizó la valoración de **V**, documentó dolor, deformidad y edema de la muñeca izquierda. Con soporte en el estudio radiográfico de la muñeca, diagnosticó fractura radial metafisaria, la trató por medio de reducción, aplicó férula en "U" y citó a la paciente una semana después para efectuar su revaloración.

De acuerdo con la evaluación técnica médica efectuada por la CCAMEM, el interrogatorio y semiología realizados por **SPR1**, respecto del mecanismo de lesión y antecedentes de la paciente, fueron deficientes, no los asentó en su registro de atención, así como la falta de datos clínicos de relevancia, tales como las características de la piel, el tejido involucrado y el tamaño de las lesiones, las cuales **SPR1** sí refirió durante su comparecencia ante este Organismo en los términos siguientes: "[...] la paciente mencionó que tenía una herida, a lo que yo le especificué que era un raspón, es decir una escoriación en la cara ventral de la muñeca izquierda, precisamente en el lugar donde estaba la fractura [...]".

Tal como señala la CCAMEM, los datos antes enunciados eran de la mayor importancia en razón de que la paciente desarrolló gangrena gaseosa, lo que representaba un factor de riesgo para la infección por gérmenes anaerobios.

El día catorce de agosto de dos mil dieciocho, **V** presentó dolor en su extremidad superior izquierda, lo que la llevó a concurrir de nuevo al servicio de urgencias del hospital antes citado, sin que puedan conocerse los detalles clínicos de la valoración, en virtud de que el expediente clínico carece de nota de atención del servicio de urgencias, solicitud de interconsulta al servicio de ortopedia por parte del médico de urgencias y nota de valoración de Ortopedia, con lo que se contravino la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Lo único que existe es una nota de fecha quince de agosto de dos mil dieciocho, elaborada por **SP2**, donde se mencionó que **V** fue revalorada por Traumatología y Ortopedia, recolocándole la férula y con la aplicación de tramadol-ketorolaco, sin datos adicionales.



No obstante, en su comparecencia de treinta de octubre de dos mil dieciocho ante servidores públicos de esta Defensoría de Habitantes, el traumatólogo ortopedista **SPR2** afirmó que fue él quien valoró a la víctima (**V**) el catorce de agosto de dos mil dieciocho en el servicio de urgencias. Aseveró haber encontrado dolor en la muñeca izquierda, causada según su opinión, por la presión ocasionada por la férula de yeso, con leve aumento de volumen en el sitio de la fractura y escoriaciones, sin compromiso neurocirculatorio; de manera que realizó ajuste de la férula, con lo que la paciente le refirió sentir mejoría, por lo que decidió su egreso, indicó seguimiento con su médico tratante, especialista con quien la paciente tenía cita cinco días después.

Es necesario mencionar que en su informe de atención a **V**, **SP2**, médico adscrita al servicio de urgencias del hospital antes aludido, señaló haberla atendido a las cuatro horas con treinta y tres minutos del quince de agosto de dos mil dieciocho, con dolor intenso en la muñeca izquierda, por lo que solicitó estudio radiográfico de esa mano, desconociéndose si fue considerado por **SPR2** en la valoración que realizó a **V**, ya que no consta en el expediente, ni **SPR2** documentó los hallazgos de ese estudio.

Lo expuesto en el párrafo anterior, como expresa la CCAMEM impide conocer si el quince de agosto del año próximo pasado, existían datos radiográficos de gangrena gaseosa, así como también, se carece de evidencia documental que permita observar la atención que proporcionó **SPR2** a la víctima (**V**).

Debido a la limitación en la movilidad de los dedos de la mano izquierda y paresia<sup>13</sup> de la extremidad superior izquierda, el diecisiete de agosto de dos mil dieciocho, **V** acudió al servicio de urgencias del mismo hospital, ocasión en que fue atendida por la médico general **SP3**, cuyo diagnóstico fue probable síndrome compartimental<sup>14</sup> por esa razón solicitó estudios preoperatorios y valoración por parte de la especialidad de Ortopedia.

<sup>13</sup> Parálisis o pérdida de la capacidad de actuar o bien parálisis parcial o incompleta. Cfr. Panda, UN. *Diccionario médico conciso y de bolsillo*, Panamá, Jaypee-Highlights Medical Publishers, Inc., 2013.

<sup>14</sup> "Es una condición en la que la presión elevada en un espacio anatómico, afecta el sistema circulatorio y las funciones de las estructuras contenidas en su interior en forma grave significando aquello también graves repercusiones en otros sectores..." Cfr.



La evaluación ortopédica del diecisiete de agosto fue realizada por **SPR2**, servidor público que documentó edema importante de la extremidad, desde el antebrazo hasta la mano, con palidez de la muñeca y dedos, retardo del llenado capilar de cuatro segundos, dolor intenso, crepitación subcutánea<sup>15</sup> a nivel del dorso de la mano y muñeca; su diagnóstico fue fractura distal de radio más síndrome compartimental, por lo que la paciente fue ingresada a hospitalización para vigilancia estrecha y valoración de fasciotomía<sup>16</sup>.

Es necesario señalar, tal como acota la CCAMEM, que no es posible conocer el estado de las escoriaciones descritas en la valoración efectuada por **SPR2** el quince de agosto de dos mil dieciocho, según lo manifestado en su comparecencia ante personal de este Organismo, pues no fueron descritas en el registro del diecisiete de agosto del mismo año, además, tampoco existe comentario alguno sobre el posible origen de la crepitación de los tejidos expresada en su nota de atención de esa fecha.

El mismo diecisiete de agosto de dos mil dieciocho, alrededor de dos horas después de la valoración efectuada por **SPR2**, la víctima (**V**) fue evaluada por el traumatólogo ortopeda **SP4**, profesionalista que encontró palidez del tercio medio a la parte distal, ausencia de pulsos periféricos, sin capacidad de llenado capilar, actitud de mano en garra, con incapacidad total para la flexión y extensión activa, extremidad fría y edema moderado. **SP4** asentó el resultado de un estudio radiográfico de fecha no especificada, describió fracturas de estiloides radial y cubital, con desalojamiento mínimo, desconociéndose si se trató del estudio radiográfico realizado ese mismo día a las ocho horas con cincuenta y seis minutos, en el cual había datos francos de gangrena gaseosa. El diagnóstico de **SP4** fue síndrome compartimental de antebrazo y mano izquierdos.

---

Díaz, M. Hernán y Ruberg, Florian, "Síndrome compartimental abdominal" en *Revista chilena de cirugía*, Vol. 52, N° 2, abril 2000, pp. 193-198.

<sup>15</sup> "Sonido de crujido que se escucha en 1. los pulmones en neumonía, 2. movimientos de huesos fracturados, 3. tejidos reblandecidos en infecciones por anaerobios formadores de gas y en 4. enfisema subcutáneo". Panda, UN. Op. cit., nota 35, p. 166.

<sup>16</sup> "Es la disminución de la presión de un compartimiento, realizando la apertura de este". Cfr. Carmona Romera, Ana Belén. *Soporte vital básico*, Málaga, IC Editorial, 2013.





Ante la gravedad de sus hallazgos, **SP4** llevó a cabo los trámites administrativos para la programación quirúrgica, realizó la fasciotomía del antebrazo y la mano izquierdos, encontró durante el procedimiento, salida de gas fétido desde el tercio distal del brazo hasta la mano del lado izquierdo, así como trombosis de la arteria radial, músculo necrótico de antebrazo y mano, que sólo era viable hasta el tercio distal del húmero, por lo que con autorización de los familiares de **V**, junto con el traumatólogo ortopeda **SP5**, decidió realizar la amputación supracondílea humeral izquierda.

De acuerdo con el criterio de la CCAMEM, las cirugías practicadas por **SP4** y **SP5** fueron las requeridas por **V**, de conformidad con la teoría y la práctica médica vigentes, puesto que se limitó el daño, la propagación de la infección e incluso el desarrollo de sepsis generalizada.

Es necesario señalar que durante su comparecencia en este Organismo, **SP4** manifestó haber encontrado una lesión puntiforme a nivel ventral de la muñeca, lesión que omitió asentar en su nota postquirúrgica del diecisiete de agosto de dos mil dieciocho y que tampoco fue detectada por **V**, quien sí mencionó una lesión por abrasión producida con una jaula de conejos, herida que se hallaba en fase de cicatrización, sin que **SP4** haya especificado las características y el sitio anatómico en que se encontraba.

Lo anterior contradice lo expresado por **SPR1**, quien afirmó haber encontrado lesiones por abrasión, pero no de tipo puntiforme, por lo que de acuerdo con el dictamen de la CCAMEM: "era necesario (que **SPR1**) efectuara una anamnesis<sup>17</sup> y exploración completas de la región y que estuvieran registradas en el expediente, hechos que impiden conocer cuál era el estado real de la piel de la región lesionada".

---

<sup>17</sup> "En medicina se denomina anamnesis o interrogatorio, al diálogo que realiza el médico con el enfermo para conocer su enfermedad. El médico con este fin busca en el diálogo con el enfermo toda la información necesaria". Cfr. Arias, Jaime, Aller, María Ángeles, Fernández-Miranda, Enrique, Lorente, Laureano y Arias, José Ignacio, "Historia clínica" en *Propedéutica quirúrgica. Preoperatorio, operatorio y postoperatorio*, Madrid, Tébar, 2004, p. 33.



En virtud de que la evolución postquirúrgica de **V** fue satisfactoria, el veintidós de agosto de dos mil dieciocho egresó del hospital por mejoría. Posteriormente, se llevaron a cabo valoraciones de seguimiento postoperatorio, con evolución favorable, así lo muestra el registro de atención brindada por **SP4** de diecinueve de septiembre de dos mil dieciocho, día en que la víctima fue enviada al Centro de Rehabilitación y Educación Especial, para valoración de órtesis en la extremidad torácica afectada, según asentó dicho servidor público en la nota respectiva.

El día en que **SP4** acudió a declarar ante esta Defensoría de Habitantes, dijo que se tomaron biopsia y cultivo del área del antebrazo de **V** y que por procedimiento, las muestras se envían al área de laboratorio y patología para su estudio. En este caso, la solicitud de laboratorio se hizo el diecisiete de agosto de dos mil dieciocho. Los reportes de laboratorio, fechados el diecinueve de agosto de dos mil dieciocho, en los cuales se realizaron cultivos de secreción, reportaron: "sin crecimiento a las 48 hrs de incubación". Sin embargo, no se envió a laboratorio para su análisis muestra alguna de la extremidad amputada, que permitiera conocer los detalles de la patología desarrollada en la extremidad superior izquierda de **V**.

Con posterioridad, el veintinueve de mayo de dos mil diecinueve, **V** asistió a este Organismo a efecto de conocer el avance en la integración del expediente de queja, ocasión en la cual señaló que una vez dada de alta del hospital del caso, no recibió ningún tipo de apoyo ni había sido rehabilitada por institución alguna. En esa oportunidad **V** manifestó que a consecuencia de la amputación de su mano izquierda, su estilo de vida cambió, limitándola en su vida cotidiana y para el ejercicio de su profesión de médico veterinario.

Con apoyo en lo antes enunciado y de acuerdo con el dictamen emitido por la CCAMEM, incurrieron en mala práctica médica<sup>18</sup> los especialistas en traumatología y ortopedia, **SPR1** y

<sup>18</sup> "Fallo de la diligencia o la competencia de un profesional que causa una pérdida o una lesión y genera responsabilidad jurídica. Esta definición restringida significa lo mismo que 'negligencia profesional'. Algunos utilizan el término *mala praxis* en un sentido más general para describir todos los actos de un profesional sanitario en el curso de la prestación de atención de salud -incluido el incumplimiento de contrato- que pueden derivar en responsabilidad jurídica". Cfr. Organización Mundial de la Salud. *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente*, Anexo técnico 2, Referencias, sl, 2009, p. 138.



**SPR2**, servidores públicos que laboran en el Hospital General "Dr. Nicolás San Juan" del Instituto de Salud del Estado de México.

El día doce de agosto de dos mil dieciocho, **SPR1** "no realizó una anamnesis y exploración física completas, que permitieran conocer el estado de la piel de la región lesionada", datos que no fueron asentados en el registro de atención por el especialista, pero que sí mencionó en su comparecencia del treinta de octubre de dos mil dieciocho ante esta Comisión de Derechos Humanos, en donde refirió la existencia de escoriaciones, a las que tuvo que haber realizado curación y tratado con antibioteoterapia, existiendo con ello una relación causal con la evolución que la paciente presentó.

Además de que el propio **SPR1** no hizo adecuadamente el registro de la atención proporcionada a **V**, de acuerdo con lo que dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, con lo que incumplió la normatividad.

En el caso de **SPR2**, no existe evidencia documental de que el quince de agosto de dos mil dieciocho: "haya realizado una exploración física completa y detallada, así como de que haya valorado los estudios radiográficos del mismo día, con los que pudo haberse percatado de la existencia desde ese momento de datos de infección y de sufrimiento neurovascular de la extremidad, existiendo con ello inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico".

No obstante, durante su comparecencia ante esta Defensoría de Habitantes, **SPR2** manifestó haber sido el médico que valoró a **V** en el día mencionado, dijo haber retirado y ajustado la férula, sin precisar los datos obtenidos de la exploración efectuada, especificó que había pequeñas escoriaciones y ausencia de compromiso neurovascular, cuya evolución derivó, dos días después, en la necesidad de practicar la amputación supracondílea humeral izquierda.



El conjunto de acciones y omisiones de **SPR1** y **SPR2** contravino los parámetros de calidad en función del debido cuidado que las instituciones de salud deben proporcionar a las personas con base en los medios de que disponen. Medios dentro de los cuales la diligencia de los servidores públicos es un elemento indispensable para la adecuada prestación de los servicios, y cuya efectividad incide directamente en la materialización de los derechos humanos.

Con base en la evidencia objetiva reunida durante la tramitación del expediente del caso, se corroboró sin duda que **SPR1** y **SPR2** incurrieron en negligencia médica en perjuicio de **V**, pues como profesionales de la salud incumplieron el deber que tienen de recurrir a todos los medios y recursos a su alcance para proporcionar una atención adecuada a las personas y con ello hacer realidad su derecho a la protección de la salud.

**SPR1** y **SPR2**, en tanto profesionales de la salud, al proporcionar sus servicios a **V**, cometieron descuidos, faltas de precaución, de atenciones calificadas como necesarias en su actividad profesional médica, esto es, incurrieron en defectos y en omisiones al realizar el acto médico. A pesar del conocimiento de lo que debieron hacer, no lo aplicaron, provocándose un daño; por lo tanto, con su proceder negligente, vulneraron los derechos fundamentales de **V**.

Adicionalmente, se evidenció la ausencia de registro de diversas notas médicas por parte del personal de la salud involucrado en los hechos, así como la omisión de varios elementos y precisiones que las constituyen, incluso por parte de quienes proporcionaron una atención médica apropiada, configurándose una contravención a la Norma Oficial Mexicana de mérito, evidencia de una atención médica inadecuada e insuficiente.

En la especie, era obligación de todos los servidores públicos registrar de manera debida los servicios de salud otorgados, por lo que las omisiones son contrarias a la multicitada Norma Oficial Mexicana y vulneraron el derecho a la debida integración del expediente clínico de **V**.



Así, en el caso particular se transgredieron los artículos: 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; además del principio 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre Derechos del Paciente; los numerales 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

De la misma forma, los artículos: 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2, 51, 77 bis 9 fracción V y 77 bis de la Ley General de Salud; 9, 21 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como 5 párrafos primero y tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.

En consecuencia se formularon las siguientes:

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA.** Con el propósito de reparar la afectación que sufrió **V**, en su calidad de víctima de violaciones a derechos humanos, previo consentimiento, deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionar a la víctima la **atención psicológica y de rehabilitación que corresponda en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, conforme lo establece la **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **III** apartado **A numeral 1** de la sección de ponderaciones de la Recomendación. Además, a fin de minimizar el daño corporal que la víctima ha sufrido, deberá proveerle de la prótesis que restaure la funcionalidad y cosmética de su antebrazo y mano izquierdos, siendo responsabilidad de la autoridad recomendada garantizar los servicios descritos a la víctima, procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización.



Para tal efecto, se insta a esa institución, realice las gestiones que permitan que la atención recomendada se brinde dentro de un perímetro accesible al domicilio de la agraviada (**V**). Recomendación que debe ser atendida de manera inmediata y documentarse su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Como **medida de compensación** contemplada en el punto **III** apartado **B** numeral **1** de la resolución, el ISEM, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la Recomendación, deberá remitir evidencia respecto de la inscripción de **V** en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, incluida la indemnización compensatoria que corresponda, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida ley de la materia. La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad.

**TERCERA.** Como **medida de satisfacción** señalada en el punto **III** apartado **C** numeral **1**, de la sección de ponderaciones de la Recomendación, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, el Instituto de Salud del Estado de México deberá **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación:

- a) Remitir por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de la Recomendación, para que se agregue a las actuaciones que integran la investigación penal formada con motivo del caso. El escrito de la autoridad involucrada debe precisar a la institución autónoma penal que se investigue la probable responsabilidad penal en que pudieron incurrir los servidores públicos: **SPR1** y **SPR2**, así como su compromiso de coadyuvar con la debida integración de la indagatoria.
- b) Remitir copia certificada de la Recomendación al Órgano Interno de Control del Instituto de Salud del Estado de México, a efecto de que pueda tomar en consideración sus elementos dentro de la investigación desarrollada en el expediente respectivo.



- c) Adicionalmente, deberá anexarse copia certificada de la Recomendación en los expedientes laborales de **SPR1** y **SPR2**.

Haciéndose llegar a este Órgano constitucional autónomo, evidencias de su cumplimiento.

**CUARTA.** También como **medida de satisfacción**, de conformidad con el punto **III** apartado **C**, número **2**, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, se debe entregar una *disculpa institucional* por escrito, en la que se incluirá el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades por los actos documentados, la cual será formalizada por el Director del Hospital General de Toluca "Dr. Nicolás San Juan", en forma escrita y ofrecida personalmente en reunión con **V**, a celebrarse en dicho nosocomio, acto en el que además deberá gestionarse la presencia de un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Remitiéndose a esta Defensoría de Habitantes, pruebas de su debida atención.

**QUINTA.** Como **medida de no repetición** estipulada en el punto **III** apartado **D** número **1**, del documento de Recomendación, **en un lapso que no exceda de treinta días**, contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, la autoridad responsable deberá implementar en el Hospital General de Toluca "Dr. Nicolás San Juan", las circulares necesarias para instruir al personal de la salud sobre la indispensable observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Lo cual deberá documentar debidamente.

**SEXTA.** Igualmente, como **medida de no repetición**, expuesta en el punto **III** apartado **D** numeral **2**, con enfoque de prevención y para que el personal médico pueda conducir su actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos, más aún cuando se trate de brindar atención médica de urgencia, el ISEM como autoridad responsable, deberá proporcionar a este Organismo, **en un lapso que no exceda de treinta días** contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, el programa de cursos o talleres de capacitación en el que señale: a la institución o



dependencia que dictará las sesiones de capacitación, el número de sesiones y las fechas en que se llevarán a cabo, el personal al que irá dirigido de los servicios de traumatología y ortopedia del Hospital General de Toluca "Dr. Nicolás San Juan", así como el temario referente al marco normativo relacionado con los hechos motivo de Recomendación. **Para lo cual, la autoridad recomendada debe constatar que la capacitación se realice en los términos que determine el programa respectivo y se ajuste a las temáticas que se refieren en el punto III apartado D numeral 2 de la Recomendación.**

