

**EXPEDIENTE No.:** \*\*\*\*  
**QUEJOSO:** N1  
**AGRAVIADA:** N2  
**RESOLUCIÓN:** RECOMENDACIÓN No.  
25/2009  
**AUTORIDAD**  
**DESTINATARIA:** SECRETARÍA DE  
SALUD DEL ESTADO

Culiacán Rosales, Sin., a 22 de septiembre de 2009

**DR. HÉCTOR PONCE RAMOS,**  
**SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO**

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º; 3º; 4º Bis; 4º Bis C y 77 Bis de la Constitución Política del Estado; 1º; 2º; 3º; 5º; 7º, fracciones I, II y III; 16, fracción IX; 28; 57 y demás relativos de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa; 1º; 4º; 77, párrafo cuarto; 94; 95; 96; 97 y 100 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente \*\*\*\*, que derivó de la queja presentada por el señor N1, y visto los siguientes:

#### **I. HECHOS**

El 8 de diciembre de 2008, el señor N1 presentó queja ante esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos (CEDH), en la que hizo de nuestro conocimiento presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de su hermana N2, por parte de servidores públicos del Hospital General "*Martiniano Carvajal*", de la ciudad de Mazatlán, Sinaloa.

Tales hechos los deriva de una inadecuada prestación del servicio público de salud, ya que el día 1º de octubre de ese mismo año, sufrió un accidente de trabajo que le ocasionó una lesión en su brazo derecho, por lo cual tuvo que acudir a dicho nosocomio a recibir atención médica, donde la suturaron, pero tuvo que ser internada y al día siguiente intervenida quirúrgicamente.

El quejoso señaló que no se le pidió autorización para que dicha cirugía se llevara a cabo, además argumenta que su hermana es alérgica a varios medicamentos, por lo que al estarse practicando la cirugía hubo una complicación con la anestesia, y según le manifestó uno de los doctores que la

atendió, tuvo un shock que la había dejado inconsciente hasta la fecha en que se presentó la queja, por lo que agrega que los directivos no quieren asumir su responsabilidad.

## II. EVIDENCIAS

En el presente caso las constituyen:

1. Queja presentada por el señor N1, recepcionada por la Visitaduría Zona Sur del Estado, y recibida por esta Comisión el día 8 de diciembre de 2008, dentro de la cual el compareciente manifestó lo siguiente:

“Todo empezó un primero de octubre cuando mi hermana N2 acudió a recibir atención medica al Hospital General, en compañía de una vecina la cual se ubica enfrente de su trabajo en el fovissste \*\*\*\*, laborando mi hermana, es una tortillería de dicho fraccionamiento, desconociendo el nombre de la vecina, siendo las 11 ó 12 del día, quedando hospitalizada mi hermana la cual traía una lesión en el brazo derecho misma que fue suturada por los médicos del Hospital General, también quedo internada en dicho Hospital, así mismo aclaro que la patrona de mi hermana de nombre \*\*\*\* nos comunicó que se había accidentado pero no era de cuidado, y que ya la tenían en el Hospital General, fue aproximadamente a las 3 de la tarde llegué a visitar a mi hermana al Hospital, a la cual pude corroborar que ella estaba internada y en cama, a lo que le pregunté que si no era grave, para qué la dejaban internada, además que ya la habían cocido, pero ella me dijo que los dedos de mano los tenía entumidos y tal vez ese era el motivo para tenerla ahí.

“Pasando el día primero en el Hospital internada, el día 2 cuando la visité me dijo que la intervendrían quirúrgicamente, porque sí le interesaba a mi hermana quedar bien, fue que el día 3 siendo aproximadamente las 6:00 a.m. le hablé a mi hermana que no la metieran a quirófano hasta que yo llegara, esto lo dije porque mi hermana es muy nerviosa y se le necesita darle confianza y valor, pero ella me dijo, hermano ya te voy a colgar por que ya me están vendando los pies y le respondí diles a ellos que ya voy para el Hospital, que me esperen, se terminó la llamada fue que inmediatamente me fui al hospital y pasando aproximadamente 10 minutos llegue al Hospital, a mi hermana ya la habían metido a quirófano, encontrándome a una enfermera del Hospital y le cuestioné el por qué habían metido a mi hermana al quirófano si nadie autorizó, pero ella me dijo que no es posible eso toda vez que alguien tiene que firmar si no, no la meten, así mismo una enfermera me dijo que podía retirarme para ir a desayunar o atender otros asuntos y luego volviera porque tardaría en

entrar y salir mi hermana, así lo hice me retiré a mi casa y a las 9:00 a.m. regresé y no fue hasta las 10:30 a.m. que me hablaron para presentarme en el quirófano, una vez que estaba en el área de quirófano salió un doctor al parecer el que le realizó la operación de la mano y me dijo el parentesco que tenía con la paciente y le respondí que su hermano, me manifestó que había pasado algo que no se explicaban por qué toda vez que se baja la presión hasta cero y tuvo un shock con la anestesia, además le dije que no era eso y sus exámenes post operatorios no se los habían realizado, además por eso les decía que me esperaran, por que mi hermana es alérgica a muchos medicamentos, diciéndome el doctor que su trabajo él lo había hecho bien y en el expediente están las constancias inclusive lo trajo para mostrármelo y observé una letras en rojo, ve esa letras en rojo me dijo el doctor a esto es alérgica su hermana, en eso estábamos cuando salió una doctora del interior del quirófano llorando de apellidos \*\*\*\* y me dijo, que no estaba en sus manos y que se le había ido, que no se explicaba lo que pasó, con sus 27 años de carrera nunca había pasado que por favor la acompañara a la capilla del Hospital para rezar para que ella reaccionara, duró y está bajo como sin reaccionar, hasta el día de hoy 11 de octubre, además quiero agregar que los directivos no nos dan la cara queremos que mi hermana la cambien de Hospital para que la atiendan bien y la salven, pero no tenemos dinero y el Hospital no asume responsabilidad ni nos da la cara.”

2. Solicitud de informe formulado a la Directora del Hospital General “*Dr. Martiniano Carvajal*”, de la ciudad de Mazatlán, Sinaloa, respecto los actos que señala la queja.

3. Informe suscrito por la Directora del Hospital General “*Dr. Martiniano Carvajal*”, de Mazatlán, Sinaloa, mediante el que refiere los términos en que se atendió a la C. N2.

Con relación a los puntos:

“**A) Fecha y hora de ingreso:** La fecha de ingreso registrada según nota de Urgencias es el día 01 de Octubre del 2008 a las 12:20 hrs., con diagnóstico de Herida contuso cortante con un molino de tortillería según se refirió.

“**B) Diagnósticos:** Posteriormente se integran los diagnósticos de fractura distal de radio y lesiones nerviosas y/o de tendones distal de antebrazo derecho a nivel de muñeca motivo por el cual es ingresada al área de hospital para ser intervenida posteriormente para una exploración de tendones, procedimiento durante el cual ocurre una complicación derivada de los efectos secundarios de uno de los medicamentos

utilizados (se agrega bibliografía relativa a las complicaciones del medicamento) resultando un nuevo diagnóstico de encefalopatía hipóxica con secuelas de daño neurológico.

**“C) Exámenes médicos realizados:** Al ingreso a esta unidad hospitalaria se realizaron exámenes de laboratorio indicados, biometría hemática, química sanguínea y tipos de coagulación como se indica en la normatividad vigente, protocolo de atención para pacientes quirúrgicos y la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología. Posteriormente durante su estancia se estuvieron realizando controles de exámenes de laboratorio de acuerdo a la rutina del servicio de Terapia Intensiva.

**“D) Relación del personal médico y paramédico responsable de la atención médica.** El Médico tratante especialista en traumatología **DR. A1**, durante el procedimiento anestésico la médico especialista en Anestesiología **DRA. A2**, las **enfermeras A3 Y A4**, Instrumentista y circulante, el **A1** como traumatólogo y el médico interno de pregrado **A5** como ayudante. El Médico responsable de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos fue el **A6**, aclarando que en los turnos restantes la atención médica se proporcionó por los médicos internistas **DR. A7**, **DR. A8** (vespertino), **DR. A9** (nocturno), **DR. A10** (nocturno) **DR. A11**, **DR. A12**, **DR. A13** , **DR. A14** (jornada acumulada).

**“E) Nombre del médico que determinó se interviniera quirúrgicamente.** El Médico tratante especialista en traumatología **A1**.

**“G). Nombre completo y diagnósticos practicados por el médico de guardia en neurología que atendió a la paciente el día de los hechos:** **A6**, estable posterior a la complicación anestésica los diagnósticos de **encefalopatía, inestabilidad hemodinámica post bradicardia, probable bloqueo izquierdo de rama izquierda del haz de his, postoperada reparación de tendones palmar mayor y menor de mano derecha.**

**“H) Diagnóstico que sobre su estado de salud presenta la joven antes mencionada:** Secuelas neurológicas por encefalopatía anoxémica. EN COMA VIGIL, despierta con apertura palpebral espontánea, afasia, indiferencia al medio, cuadriparesia espástica, sin datos meníngeos secuelas de daño cerebral por encefalopatía.

**“COMENTARIOS/ACLARACIONES:** Relativos a la queja presentada, se trata de paciente femenino de 26 años que ingresa al Hospital a mi cargo el día 01 de Octubre del 2008, con el diagnóstico de traumatismo contuso cortante producido por maquinaria que ocasiona además de **herida cortante, fractura epifisaria de radio derecho y compromiso neurológico y tendinoso**, por lo que se programa para intervención quirúrgica el día 03 de Octubre del mismo año, a su ingreso y así consignado al interrogatorio y en el aparente fue atendida en una ocasión no específica donde por una reacción anafiláctica, por lo que deviene improcedente la afirmación de que es alérgica a muchos medicamentos. Los antecedentes quirúrgicos fueron negados motivo por el cual no pudo proporcionar sobre posibles alergias a otros medicamentos como los anestésicos ya que no ha estado en contacto con ellos. En cuanto al tiempo para su intervención en esta unidad se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos programados por horario motivo por lo cual no es posible suspender o retrasar los mismos esperando a que los familiares estén presente, en cuanto a la afirmación de que no se realizaron exámenes preoperatorios; estos fueron realizados desde el ingreso de la paciente al hospital en el área de urgencias 01/10/08 y son los que se mencionan en la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología y los protocolos establecidos, la paciente nunca refirió problema cardíaco ni sintomatología relacionada que pudiera indicar la necesidad de una valoración cardiológica.

“Durante el procedimiento quirúrgico, se utilizaron diversos medicamentos para la anestesia de la paciente. Midazolam, Nalbufina, y posteriormente Propofol y Vecuronio, para la intubación. Se refiere que iniciado el procedimiento quirúrgico aproximadamente a los 10 minutos inicia con bradicardia procediendo administrar ATROPINA sin obtener respuesta favorable continuando en descenso la frecuencia cardíaca agravándose repitiéndose la dosis agregando adrenalina y bicarbonato de sodio, incluso se revisa colocación del tubo endotraqueal, con pobre respuesta por lo que se procede a revertir el relajante muscular terminándose el procedimiento y solicitando la transferencia de la paciente a la unidad de cuidados intensivos realizándose los diagnósticos arriba señalados.

“Las complicaciones hemodinámicas presentadas corresponden a reacciones adversas de uno de los medicamentos utilizados al parecer PROPOFOL como se señala en la bibliografía anexa respecto a las características del medicamento. El bajo gasto cardíaco por la bradicardia severa, condicionó una hipoxia cerebral con el consecuente daño cerebral y las secuelas neurológicas al momento presentes, considerándose por el

neurocirujano son las que se ha recuperado hasta el momento no pudiendo establecer que otros avances de mejora podría presentar.

“En lo que señala respecto a que no damos la cara, en más de una ocasión nos hemos reunido la suscrita y el subdirector con familiares de la paciente, incluso en una ocasión sugiriendo que no se la llevaran de alta voluntaria toda vez que si existían posibilidades de mejoría de las condiciones clínicas se verían entorpecidas ya que referían no contar con dinero para continuar su manejo por lo que se les ofreció que continuara en el Hospital para mejorar sus condiciones, En más de una ocasión, a familiares y al ahora quejoso se le ha explicado la causa del problema, no siendo las reacciones adversas de medicamentos imputables sino a la idiosincrasia del paciente ya que las medidas implementadas durante y posterior al evento adverso fueron atendidas con oportunidad y agotándose los medios necesarios para controlar y revertir el daño, como son apoyo ventilatorio, y cuidados de terapia intensiva incluso facilidades para la rehabilitación de terapia física. De hecho, la paciente se encuentra dada de alta de este Hospital desde hace varios días, que a decir del médico tratante actual Dr. A7 sería lo mas conveniente dadas las posibilidades de infecciones nosocomiales. Apoyo médico y humanitario que parece ha sido mal entendido por los familiares atribuyendo de acuerdo a esta queja y la denuncia ante la Procuraduría General de Justicia como responsabilidad de personal de este Hospital.

“Si bien es cierto, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico no señala que la Comisión Estatal de Derechos Humanos sea autoridad para solicitar copias certificadas del expediente clínico, por esta ocasión y con el fin de aclarar y realicen los procedimientos pertinentes que conlleven a demostrar que no existió por parte de personal de esta institución violación alguna a los derechos humanos ni se trasgredieron principios de la práctica médica, se remite junto con la bibliografía de las características del medicamento implicado, copias certificadas del expediente clínico de la paciente **N2.**”

4. Copia certificada del expediente clínico de la C. N2, formado con motivo de la atención que le fue proporcionada en el Hospital General “*Dr. Martiniano Carvajal*”, de la ciudad de Mazatlán.
5. Solicitud de dictamen pericial y opinión técnica al Presidente de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, respecto a la atención médica que el Hospital General de Mazatlán “*Dr. Martiniano Carvajal*” proporcionó a la C. N2.

6. Contestación de oficio por parte del Presidente de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, en el cual informa que las constancias remitidas del expediente clínico de la C. N2, se encuentra incompleto.

7. Oficio dirigido a la Directora del Hospital General de Mazatlán "*Dr. Martiniano Carvajal*", en el cual se solicita remita copias certificadas de las constancias faltantes del expediente clínico requeridas por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, para poder emitir su opinión médica.

8. Contestación de la Directora del Hospital General de Mazatlán "*Dr. Martiniano Carvajal*", en el cual señala que dentro de las copias remitidas con anterioridad se encuentran los documentos solicitados por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa.

9. Oficio de la Directora del Hospital General de Mazatlán "*Dr. Martiniano Carvajal*", en el cual remite copia certificada del expediente clínico de la C. N2.

10. Oficio al Presidente de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, en el cual se solicita su colaboración para emitir dictamen pericial y opinión técnica con respecto a la atención médica que se le brindó a la C. N2, en el Hospital General de Mazatlán "*Dr. Martiniano Carvajal*".

11. Opinión médica emitida el 15 de abril de 2009 y suscrita por el Presidente de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, en la que se establecen las consideraciones técnicas sobre la atención médica otorgada a la C. N2, en el cual se concluye con lo siguiente:

**"ÚNICA:** Con los datos recabados del expediente clínico de la paciente N2, de \*\*\*\* años de edad, que entra a la sala de quirófano sana con una valoración de riesgo anestésico-quirúrgico I, hemodinámicamente y metabólicamente estable con signos vitales tensión arterial 110/60 mmhg, frecuencia cardíaca 70 por minuto, al inicio del procedimiento anestésico se premedica con midazolam 2 mg. intravenoso, nalbufina 10 mg. intravenosa, luego se aplica relajante muscular no despolarizante 4 mg. intravenoso que corresponde a una paciente de 60 kilogramos de peso, a una dosis de 80 microgramos por kilogramo de peso, y propofol 200 mg. intravenoso que sería muy elevada esta dosis para una paciente de 60 kilogramos de peso, porque le correspondería una dosis de 2.5 mg. por kilogramo de peso que sería 150 mg. de dosis total, esto ocasiona depresión miocárdica importante bajo gasto cardíaco, que provocaría la bradicardia, además del gas halogenado anestésico sevoflorante a 2.5., de MAC, y por no estar bien intubada, causándole hipoxia prolongada más

bradicardia y paro, desencadenándole una encefalopatía anoxo-isquémica.”

### III. SITUACIÓN JURÍDICA

El día 1º de octubre de 2008 ingresó al Hospital General “*Dr. Martiniano Carvajal*” de Mazatlán, Sinaloa, la C. N2.

Dicho ingreso se debió como consecuencia de una herida contuso cortante, que le había sido provocada por un molino de tortillería; por lo que posteriormente, se le diagnosticó fractura distal de radio y lesiones nerviosas y/o tendones distal de antebrazo derecho a nivel de muñeca, motivo por el cual tuvo que ser intervenida el día 3 del citado mes y año.

A los diez minutos de iniciado el procedimiento anestésico se percatan que la paciente presenta depresión miocárdica, además de no estar bien intubada, causándole hipoxia prolongada más bradicardia y paro, desencadenándose así una encefalopatía anoxo-isquémica.

Aunado a ello, el procedimiento quirúrgico que se le practicaba nunca se dejó de realizar, el cual tuvo que haber sido suspendido inmediatamente al presentar dicho paro cardíaco, lo que ocasionó un nuevo diagnóstico de encefalopatía hipóxica con secuelas de daño neurológico.

### IV. OBSERVACIONES

A. Que del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente iniciado con motivo de la queja formulada por el señor N1, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa considera que existen elementos que permiten acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud, por la negligencia médica cometida por servidores públicos adscritos al Hospital General de Mazatlán “*Dr. Martiniano Carvajal*”, al no proporcionar una adecuada prestación del servicio público de salud, en razón de las siguientes consideraciones:

Mediante oficio A01631 de fecha 11 de diciembre de 2008 y recibido el día 17 del mismo mes y año en esta CEDH, la Directora del Hospital General de Mazatlán “*Martiniano Carvajal*” anexó copia certificada del expediente clínico a nombre de la C. N2.

Para efectos de identificación y estructuración de la presente Recomendación, se establecen tres apartados en los cuales se analizarán las circunstancias de



hecho y de derecho que se aprecian en la violación al derecho a la protección de la salud en agravio de la C. N2.

El primer apartado corresponde al análisis de legalidad respecto la integración y administración del “expediente clínico” que fue remitido por las autoridades del Hospital General de Mazatlán, Sinaloa, a esta Comisión Estatal; el segundo, corresponde a las valoraciones médicas efectuadas por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa (CAMES) y por último, un tercer apartado respecto al señalamiento de disposiciones legales internacionales y nacionales en materia del derecho a la protección de la salud que indican los lineamientos a seguir en dicho procedimiento.

### 1. Respetto a la integración y administración del “expediente clínico”.

Revisión del Expediente Clínico de la C. N2 (Según la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico aplicable al caso que nos ocupa):

- 4.4 Expediente Clínico: conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.
- 4.9 Resumen clínico: documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá contener como mínimo:

DATO	CONTENIDO
Padecimiento actual	Si contiene (con excepción de evolución y pronóstico)
Diagnósticos	
Tratamientos	
Evolución	
Pronóstico	
Estudios de laboratorio y gabinete	

- 5.1 Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

- 5.2 Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

DATO	CONTENIDO
Tipo de establecimiento	Si contiene
Nombre del establecimiento	Si contiene
Domicilio del establecimiento	No contiene
Nombre de la institución a la que pertenece (en su caso)	Si contiene
Nombre del usuario	Si contiene
Sexo del usuario	Si contiene
Edad del usuario	Si contiene
Domicilio del usuario	Si contiene

- 5.7 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la presentación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.
- 5.8 Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma, deberán contener:

DATO	CONTENIDO
Nombre completo del paciente	Si contiene
Edad del paciente	Si contiene
Sexo del paciente	Si contiene
Número de cama o expediente (en su caso)	Si contiene

- 5.9 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener:

DATO	CONTENIDO
Fecha	Incompleta
Hora	Incompleta
Nombre completo de quien la elabora	Incompleto
Firma de quien la elabora	Ilegible

- 5.10 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.
  - Se encontraron diversas notas en el expediente clínico de la C. N2, elaboradas a mano, con letra ilegible.
- 5.13 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

### DE LAS NOTAS MÉDICAS EN URGENCIAS

- 7.1 Inicial: deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

NOTA MÉDICA No. 5: NOTA DE INGRESO A URGENCIAS	
DATO	CONTENIDO
Fecha y hora en que se otorga el servicio	Si contiene
Signos vitales	Si contiene
Motivo de la consulta	Si contiene
Resumen de interrogatorio, exploración física y estado mental (en su caso)	Si contiene
Diagnóstico o problemas clínicos	Si contiene
Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Si contiene
Tratamiento	Si contiene
Pronóstico	No contiene

- 7.2 Nota de evolución: deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.

DATO	CONTENIDO
Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)	Si contiene
Signos vitales	
Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	
Diagnósticos	
Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalado como mínimo: dosis, vía y periodicidad	

### DE LAS NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN

- 8.1 De ingreso: deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

NOTA No. 2: NOTA DE INGRESO A QUIRÓFANO/QUIRÓFANO 3P	
DATO	CONTENIDO
Signos vitales	Si contiene
Resumen del interrogatorio, exploración física y estado	Si contiene

mental (en su caso)	
Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	No contiene
Tratamiento	Si contiene
Pronóstico	No contiene

<b>NOTAS No. 6 y 7: NOTA DE INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	
<b>DATO</b>	<b>CONTENIDO</b>
Signos vitales	Si contiene
Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental (en su caso)	Si contiene
Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Si contiene
Tratamiento	Si contiene
Pronóstico	No contiene

- 8.2 Historia clínica: las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.1 de la presente Norma.

<b>DATO</b>	<b>CONTENIDO</b>
Interrogatorio (ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por apartados y sistemas)	Si contiene
Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales)	
Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.	
Terapéutica empleada y resultados obtenidos.	
Diagnósticos o problemas clínicos.	

- 8.3 Nota de evolución: deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma:

<b>NOTAS DE EVOLUCIÓN TODAS DE LA UCI</b>		
<b>DATO</b>	<b>NOTAS QUE SI LO CONTIENEN</b>	<b>NOTAS QUE NO LO CONTIENEN</b>
Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)	Si contiene (todas las notas lo contienen)	
Signos vitales		
Resultados de los estudios de los		

servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento		
Diagnósticos		
Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalado como mínimo: dosis, vía y periodicidad		

- 8.5 Nota pre-operatoria: deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas, y deberá contener como mínimo:

NOTA NO. 1. PRE-OPERATORIA	
DATO	CONTENIDO
Fecha de la cirugía	Si contiene
Diagnóstico	Si contiene
Plan quirúrgico	Si contiene
Tipo de intervención quirúrgica	Si contiene
Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)	Si contiene
Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios	Si contiene
Pronóstico	No contiene

- 8.6 Nota pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico: se realizará bajo los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables.
  - Apartado 9.4 de la NOM 170-SSA1-1998, para la práctica de la anestesiología. La nota pre-anestésica será elaborada por el anestesiólogo y deberá tener como mínimo:

NOTA NO. 2: LA NOTA PRE-ANESTÉSICA	
DATO	CONTENIDO
Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación a la anestesia	No contiene
Tipo de anestesia, que se aplicará de acuerdo a las condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica planeada	
Riesgo anestésico (ASA)	
Medicación pre-anestésica	

**Observaciones:**

No contiene esta hoja.

- Apartado 11 de la NOM 170-SSA1-1998, para la práctica de la anestesiología. Documentación del procedimiento anestésico:

DATO	CONTENIDO
Documentar los signos vitales. Cuando se utilice ventilación mecánica tendrá que emplearse una alarma para detectar desconexión	Si contiene
Registrar el inicio del procedimiento anestésico	Si contiene
Registrar el inicio del procedimiento quirúrgico	Si contiene
Registrar las dosis de los medicamentos o agentes usados y los tiempos en que fueron administrados	No contiene
Anotar la técnica utilizada	Si contiene
Tipo y cantidades de líquidos intravenosos administrados, incluyendo sangre y sus derivados	Si contiene
Registrar las contingencias	Si contiene
Anotar la duración del procedimiento quirúrgico	No contiene
Anotar la duración de la anestesia	Si contiene
Registrar el estado del paciente al concluir la anestesia	Si contiene

- 8.7 Nota post-operatoria: deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía. Constituye un resumen de la operación, y deberá contener como mínimo:

NOTA NO. 4: TAMBIÉN SE REFIEREN A ELLA COMO NOTA POST QUIRÚRGICA	
DATO	CONTENIDO
Diagnóstico pre-operatorio	No legible
Operación planeada	Si contiene
Operación realizada	Si contiene
Diagnóstico post-operatorio	No contiene
Descripción de la técnica quirúrgica	Si contiene
Hallazgos transoperatorios	Si contiene
Reportes de gasas y compresas	No contiene
Incidentes y accidentes	Si contiene
Cuantificación de sangrado, si lo hubo	No contiene
Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios	No contiene
Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante	No contiene
Estado post-quirúrgico inmediato	Si contiene
Plan de manejo y tratamiento post-operatorio inmediato	Si contiene
Pronóstico	No contiene
Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico	No contiene

Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer del médico	No contiene
Nombre completo y firma del responsable de la cirugía	Incompleto

**Observaciones:**

Se encuentra escrita a mano poco legible, sin hora ni fecha, firmada por el Dr. Martínez (Traumatólogo), no legible el diagnóstico preoperatorio en su nota.

**DE LOS REPORTES DEL PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y AUXILIAR**

- 9.1 Hoja de enfermería: deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

DATO	CONTENIDO
Habitus exterior	Si contiene
Gráfica de signos vitales	
Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía	
Procedimientos realizados	
Observaciones	

**Observaciones:**

Se encuentra escrita a mano sin hora ni fecha, firmada por las enfermeras A3 Y A4

- 9.2 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

DATO	CONTENIDO
Fecha y hora del estudio	Si contiene (con excepción de nombre y firma de personal que informa)
Identificación del solicitante	
Estudio solicitado	
Problema clínico en estudio	
Resultados del estudio	
Incidentes si los hubo	
Identificación del personal que realiza el estudio	
Nombre completo y firma del personal que informa	

**OTROS DOCUMENTOS**

Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por el personal médico, técnico y

auxiliar o administrativo. Enseguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

- 10.1.1 Cartas de consentimiento bajo información. Deberán contener como mínimo:

DATO	CONTENIDO
Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso	Si contiene
Nombre, razón o denominación social del establecimiento	Si contiene
Título del documento	Si contiene
Lugar y fecha en que se emite	Si contiene
Acto autorizado	Si contiene
Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado	Si contiene
Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva	Si contiene
Nombre completo y firma de los testigos	Incompletos (sólo firmas)

- 10.1.1.2 Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán: ingreso hospitalario, procedimientos de cirugía mayor, procedimientos que requieran anestesia general, salpingoclasia y vasectomía, transplantes, investigación clínica en seres humanos, de necropsia hospitalaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo, así como cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Del análisis del expediente clínico se advierte de igual forma que el día 1º de octubre de 2008 ingresó al Hospital de referencia dicha paciente como consecuencia de una herida de cinco centímetros contuso cortante que le produjo un molino de tortillería, sin datos de infección, encontrándose hemodinámicamente estable, diagnosticándose fractura distal de radio derecho, por presentar dolor al movimiento, hipoestesia de los primeros cuatros dedos de la mano derecha (disminución de la sensibilidad); en consecuencia, se realizó solicitud de cirugía para operar el día 3 de octubre del año en cita. Esta solicitud no fue firmada por la paciente ni por un familiar.

Al ingresar a quirófano en la fecha anteriormente señalada y aproximadamente a las 10:00 horas, del expediente clínico no se desprenden datos de exámenes de laboratorio clínico.



Con motivo de la intervención que se traduce en una exploración quirúrgica tendinosa de muñeca derecha, se inició el proceso de anestesia; a los diez minutos de haber iniciado éste, se advirtió que presentó registro de signos vitales de tensión arterial baja hasta caer de 20 a 25 pulsaciones por minuto, por lo que fue necesario administrar otro tipo de medicamentos para controlar dicha caída. Una vez controlada la presión arterial, fue enviada al servicio de terapia intensiva.

El expediente clínico también contiene nota post-operatoria escrita “a mano” poco legible, sin hora ni fecha, firmada por el A1 (Traumatólogo), que señala. *“cirugía realizada Tenorrafia, Cirujano Dr. Martínez. Complicaciones: Bradicardia. Hallazgos: ruptura palmar mayor y menor Plan: Continúa mismo manejo y pasa al manejo de medicina interna”*.

De lo anteriormente señalado, se debe destacar del expediente clínico de la C. N2, que más que no estar debidamente integrado, se advierte que en el caso particular la doctora A2, médico anesthesiologo, se apartó de sus responsabilidades como prestador del servicio, ya que no tuvo el cuidado de analizar el estado físico de la paciente sobre el riesgo operatorio y que en toda operación deben de realizar, según la Norma Oficial Mexicana 170 para la práctica de anesthesiología y en este caso, ni en la hoja de registro anestésico, ni en la hoja de anotación de la anesthesiologa, se encontró las cifras laboratoriales preoperatorios de la paciente en cuestión, estudios que deben ser imprescindibles para cualquier tipo de cirugía y para el momento de ser anestesiado.

Asimismo se destaca que de la misma nota de anestesia efectuada por la doctora A2 , se afirma que a los diez minutos de iniciado el procedimiento anestésico se presentó la bradicardia, con descenso de la saturación de oxígeno de pulso y tensión arterial, y refiere que revisó la sonda de entubación orotraqueal y que vuelve a entubar, por lo que se evidencia que dicha paciente no estaba bien entubada, lo que provocó una hipoxia prolongada por diez minutos; aunado a todo lo anterior, el procedimiento quirúrgico nunca fue suspendido.

## **2. Valoraciones médicas efectuadas por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa (CAMES)**

Por otra parte, se determina la inadecuada prestación del servicio público de salud en agravio de la C. N2, por parte del personal médico del Hospital General de Mazatlán que la atendió el 3 de octubre de 2008, ya que se incurrió en violación al derecho fundamental de la protección a la salud.

En efecto, como se advierte de la opinión médica emitida por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, en el presente caso, la C. N2, acudió al Hospital General de Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, al presentar una herida contuso cortante que le produjo un molino de tortillería.

Posteriormente se diagnosticó fractura distal de radio y lesiones nerviosas y/o de tendones distal de antebrazo derecho a nivel de muñeca, por lo que se decidió intervenirla quirúrgicamente para exploración, ya que presentó parestesias de los primeros cuatro dedos de la mano derecha, encontrándose hemodinámicamente y metabólicamente estable, procedimiento durante el cual ocurre una complicación derivada de los efectos secundarios de uno de los medicamentos utilizados para anestesia.

Al respecto, se señala en el dictamen emitido por la CAMES, que en la hoja de registro anestésico transoperatorio y recuperación, misma que fue firmada por la A2, anestesióloga y doctor A1, traumatólogo, se desprendió lo siguiente:

*“no se encuentran los datos de exámenes de laboratorio clínico, con diagnóstico de fractura de radio derecho, operación propuesta exploración quirúrgica tendiosa de muñeca derecha. La llegada a la sala quirúrgica a las 10:05 horas, con tensión arterial 90/60 mmhg, frecuencia cardíaca 70 por minuto, premedicando a las 10:10 horas, con midazolam 2 miligramos intravenosa, nalbufina 10 miligramos intravenosa; a las 10:15 horas inicia la anestesia general balanceada, usando relajante muscular no despolarizante 4 miligramos intravenosa, inductor anestésico propofol 200 miligramos intravenosa, se ventila con mascarilla facial oxígeno al 100% se entuba fácil al primer intento con sonda endotraqueal número 7.5. DI, se conecta a máquina de anestesia, y se abre gas anestésico inhalado sevoflourante al 2.5% a 2 litros de oxígeno al 100 % por minuto de flujo. A las 10:25 horas, 10 minutos de iniciado el procedimiento anestésico, presentando registro de signos vitales de tensión arterial 90/60 mmgh, frecuencia cardíaca 60 por minuto; esta frecuencia cardíaca fue disminuyendo gradual y progresivamente hasta 20 a 25 pulsaciones por minuto y cero de presión arterial; este registro se reporta de inicio a las 10:30 horas hasta las 11:00 horas (30 minutos). Al observar esta caída en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial se le administra 1 miligramo de atropina intravenosa y como no hubo respuesta inmediata se le administró 2 miligramos más intravenosa, siguiendo de 1 miligramo de adrenalina intravenosa, 1 ampula de bicarsol, 16 miligramos de dexametasona. Además se le administró un medicamento anticolinesterásico prostigmina para revertir el relajante muscular. Después de esto la paciente presenta*

*signos vitales de tensión arterial 151/80 mmhg, frecuencia cardíaca 150 por minuto, saturación en pulsoxímetro al 100%. Sale de quirófano en valoración de Aldrete 3, un punto para respiración, un punto para tensión arterial y un punto de coloración. Y es enviada al servicio de terapia intensiva...”*

Tampoco pasó desapercibido para esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, que dentro del informe de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, no se pudo determinar si el paro cardíaco que presentó esta paciente fue por no observar desde cuándo estuvo presente esta bradicardia; o bien, si la paciente no estuvo realmente bien intubada orotraquealmente, que a la vez ocasionó la hipoxia generalizada porque el procedimiento quirúrgico nunca se dejó de realizar, el cual debió haber sido inmediatamente suspendido.

De igual forma del expediente en cuestión no se especifica el tiempo que duró el paro; el tiempo y la forma de realizar las maniobras de resucitación; o si sólo con medicamento cedió este paro cardíaco, lo que dejó a la paciente en un estado inconsciente que mantiene hasta la fecha.

Con lo anterior, se considera que a la paciente N2 se le violentó el derecho a la protección a la salud, que es un derecho humano exigible y esencial para el desarrollo armónico de cualquier sociedad democrática.

El derecho a la protección de la salud demanda necesariamente la planeación de políticas públicas y programas nacionales que coadyuven en la creación de infraestructura material y en la formación de recursos humanos suficientes para brindar un servicio de salud de alta calidad y eficiencia en todo el país; por ello, en el caso que nos ocupa, al no tener el cuidado de llevar a cabo el procedimiento debido de su expediente clínico, así como tampoco los cuidados requeridos para anestesiarse al momento de su intervención quirúrgica, se afectó el derecho de la paciente.

Como lo indica la Norma Oficial Mexicana de la Especialidad, todo paciente requiere de un procedimiento anestésico quirúrgico, debiéndose verificar que cuente con todos y cada uno de los medicamentos, instrumentos e insumos que el acto médico requiera, precisamente para prevenir este tipo de situaciones como la que hoy nos ocupa, donde la paciente ingresa estable al momento de su operación, con signos vitales y tensión arterial normales, y a los diez minutos de iniciado el procedimiento quirúrgico se ocasiona un paro cardíaco; todo ello, por el hecho de habersele administrado medicamento anestésico de manera excesiva que no correspondía al peso de la paciente, tal y como concluyen en su informe los peritos que lo suscribieron por parte de la

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, doctores N3 y N4, Presidente y Director de la citada Comisión.

En el referido dictamen también señalaron lo siguiente:

*“Al inicio del procedimiento anestésico se premédica con midazolam 2 mg intravenoso, nalbupina 10 mg intravenosa, luego se aplica un relajante muscular no despolarizante 4 mg intravenoso que corresponde a una paciente de 60 kilogramos de peso, a una dosis de 80 microgramos por kilogramo de peso, y propofol 200 mg intravenoso que sería muy elevada esta dosis para una paciente de 60 kilogramos de peso, porque le correspondería una dosis de 2.5 mg por kilogramo de peso que serían 150 mg de dosis total, esto ocasiona depresión miocárdica importante bajo gasto cardíaco, que provocaría la bradicardia, además del gas halogenado anestésico sevoflorane a 2.5, de MAC, y por no estar bien intubada, causándole hipoxia prolongada mas bradicardia y paro, desencadenándole una encefalopatía anoxo-isquémica”.*

Con ello quedó demostrada la mala prestación del servicio de salud brindado a la C. N2, por parte de servidores públicos que laboran en el Hospital General “Dr. Martiniano Carvajal” de Mazatlán, Sinaloa.

A través de ellos el sistema de salud también tiene la responsabilidad de garantizar la igualdad en la prestación de ese servicio, facilitando el acceso a toda la población que lo requiera, especialmente a quienes están en condiciones socioeconómicas menos favorables.

Para tales efectos, el Estado está obligado a garantizar la eficacia en la prestación del servicio de salud, debiendo otorgar todas las facilidades materiales e institucionales previstas en el orden jurídico interno e internacional, a fin de poner en práctica políticas públicas sanitarias y sociales orientadas a proporcionar información de salud en general, así como para prevenir enfermedades y desnutrición, y brindar óptima atención médica a toda la sociedad en general, en especial a los grupos vulnerables y desprotegidos.

### **3. Disposiciones legales internacionales y nacionales en materia del derecho a la protección de la salud.**

Conforme lo señala la Recomendación General número 15, dictada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se reconoce que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe

ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.

La prestación indebida del servicio de salud, tal y como quedó expuesto, implica una violación al derecho que toda persona tiene a:

- la prolongación y el mejoramiento de su calidad de vida;
- a la conservación y al disfrute de condiciones de salud;
- a la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, y al disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Toda prestación indebida contraviene lo dispuesto en los artículos:

- 1º, párrafo tercero, y 4º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- 2º y 27 de la Ley General de Salud;
- 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos;
- los numerales 10.1, y 10.2, incisos a), d), e) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos;
- 8.1 de la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo;
- XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre;
- el inciso IV) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial;
- el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer;
- el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, y
- la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, reconocidos como ley suprema en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El derecho a la protección de la salud se encuentra regulado en el tercer párrafo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que:

*"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas*

*en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".*

La Ley General de Salud (LGS), en su artículo 2o., prevé como finalidades del derecho a la protección de la salud las siguientes:

*"el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el reconocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud."*

El artículo 27 de la Ley General de Salud prevé como servicios básicos los siguientes:

*"la educación para la salud; la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la prevención y el control de las enfermedades bucodentales, la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la protección de la salud, la promoción del mejoramiento de la nutrición y la asistencia social a los grupos más vulnerables."*

También resulta indispensable la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relativas a la prestación del servicio de salud, en su calidad de instrumentos legales que contienen criterios fundamentales, cuyo propósito es mejorar la calidad de los servicios de salud que prestan las instituciones del país, entre las cuales se encuentran las que tienen que ver con aspectos de: a) carácter preventivo; b) en materia de prestación de servicios médicos; c) trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud (de carácter técnico-administrativo, de capacitación, de infraestructura y administrativas) y de carácter técnico-clínico (equipamiento).

En el ámbito internacional existen normas respecto de la protección de la salud, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 señala que:

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

*2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

*a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*

*b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*

*c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, y*

*d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 26, establece:

*“la obligatoriedad de los Estados de buscar su cumplimiento progresivo, y señala que es el Estado quien debe hacer uso del máximo de sus recursos disponibles para garantizar el derecho a la protección de la salud.”*

Los numerales 10.1, y 10.2, incisos a), d), e) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", reconocen el derecho de toda persona a la salud, y que los Estados Partes se comprometen a reconocer a la salud como un bien público; además, en su "Preámbulo" asienta que:

*“[...] la estrecha relación que existe entre la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales y la de los derechos civiles y políticos, por cuanto las diferentes categorías de derechos, constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, por lo cual exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros.”*

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece, en su artículo 25, que:

*"1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."*

La Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, en su artículo 8.1, señala que:

*"Los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos"*

Y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica en su artículo XI que:

*"Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".*

Finalmente, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, de ahí que todo ser humano tenga derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

De igual manera, este organismo considera que el personal médico del Hospital General de Mazatlán, responsables de la atención médica brindada a la C. N2 no cumplió con lo establecido en los artículos 4o., párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 32, 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud, así como 74, 75, 77, fracción I y 78 de la Ley de Salud para el Estado de Sinaloa, y con ello incurrieron en el probable



incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 47, fracciones I y XIX de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa.

Por último, resulta de suma importancia señalar que el sistema jurídico mexicano contempla la posibilidad de demandar la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional ante el órgano jurisdiccional competente, de igual forma se ha ratificado también que el Sistema No Jurisdiccional de Protección de los Derechos Humanos, al atender lo sustentado en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130, de la Constitución Política del Estado de Sinaloa; 1794, 1799 y 1800, del Código Civil para el Estado de Sinaloa; y 55, de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sinaloa, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la autoridad pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo cual es necesario que se realice la reparación conducente a favor de la familia de la C. N2, en términos de la Ley.

Con base en lo expuesto anteriormente, y al tener como marco el artículo 1º de la Constitución Política del Estado de Sinaloa, que precisa como objetivo último en la entidad federativa la protección de la dignidad humana y la promoción de los derechos fundamentales que le son inherentes, así como al artículo 4º Bis, segundo párrafo, que afirma que los Derechos Humanos tienen eficacia directa y vinculación a todos los poderes públicos, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa se permite formular a usted, señor Secretario de Salud las siguientes:

## **V. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** Se giren instrucciones a toda autoridad sanitaria estatal respecto de la obligatoriedad exigible de cumplir con las Normas Oficiales Mexicanas emitidas por las autoridades de salud aplicable a la prestación de los servicios de salud y hacerles recordar de las responsabilidades en que incurren al omitir acatar tales disposiciones.

**SEGUNDA.** Se impartan cursos de capacitación y actualización en torno a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico a toda autoridad sanitaria estatal de Sinaloa, particularmente a los servidores públicos adscritos al Hospital General "*Martiniano Carvajal*", de la ciudad de Mazatlán, Sinaloa,

conminándoseles a cumplir con cada una de las exigencias que contiene respecto de la conformación y administración del expediente clínico a efecto de evitar en lo futuro, situaciones como la planteada en el cuerpo de la presente resolución.

**TERCERA.** Se dé inicio de manera inmediata al o los procedimientos legales a que haya lugar con la finalidad de que los responsables de las violaciones a la prestación indebida del servicio público, al derecho a la salud y a la vida perpetrados en la persona de N2, sean sancionados conforme a Derecho. Por tal circunstancia, le conmino a realizar las investigaciones exigidas por ley para deslindar responsabilidades administrativas, así como la de carácter penal que resulten aplicables.

**CUARTA.** Se repare el daño causado a los familiares de la C. N2, conforme lo marca la ley, de conformidad con los resultados de las investigaciones realizadas.

**QUINTA.** Se continúe con la atención médica que requiera la agraviada a efecto de posibilitar su pronta recuperación.

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

Notifíquese al doctor N5, Secretario de Salud del Estado de Sinaloa, de la presente Recomendación, misma que en los archivos de esta Comisión quedó registrada bajo el número 25/2009, debiendo remitírsele con el oficio de notificación correspondiente una versión de la misma con firma autógrafa del infrascrito.

Que de conformidad con lo estatuido por el artículo 58 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, dentro de un plazo de cinco días hábiles computable a partir del día siguiente de aquél en que se haga la notificación respectiva, manifieste a esta Comisión si acepta la presente Recomendación, solicitándosele expresamente que en caso de negativa, motive y fundamente debidamente la no aceptación; esto es, que exponga una a una sus contra argumentaciones, de modo tal que se demuestre que los

razonamientos expuestos por esta Comisión carecen de sustento, adolecen de congruencia o, por cualquiera otra razón, resulten inatendibles.

Todo ello en función de la obligación de todos de observar las leyes y específicamente, de su protesta de guardar la Constitución tanto la General de la República que la del Estado, así como las leyes emanadas de una y de otra. Ahora bien, en caso de aceptación de la misma, deberá entregar dentro de los cinco días siguientes, las pruebas correspondientes a su cumplimiento.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Estatal de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

Notifíquese al C. N1, en su calidad de quejoso de la presente Recomendación, remitiéndole con el oficio respectivo, un ejemplar de esta resolución con firma autógrafa del infrascrito para su conocimiento y efectos legales procedentes.

EL PRESIDENTE

DR. JUAN JOSÉ RÍOS ESTAVILLO