

RECOMENDACIÓN

NÚMERO:	R-VG-0002-2022
QUEJOSO:	Q1
AGRAVIADO:	A1
EXPEDIENTE:	CDHEH-VG-0008-20
AUTORIDADES INVOLUCRADAS:	AR1, PERSONAL DIRECTIVO DEL HOSPITAL GENERAL DE ACTOPAN; AR2, AR5 Y AR6, PERSONAL MÉDICO; AR3, AR4, Y AR7 PERSONAL ADSCRITO AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL; TODOS ELLOS ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL ACTOPAN.
HECHOS VIOLATORIOS:	DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA Y DERECHO A NO SER SOMETIDO A VIOLENCIA INSTITUCIONAL.

Pachuca de Soto, Hidalgo, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

**SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO.
P R E S E N T E.**

VISTOS

Para resolver los autos del expediente al rubro citado con motivo de la queja iniciada por Q1 a favor de A1 -persona que perdió la vida-, por considerar se vulneraron los derechos humanos de este último, en específico a su derecho a una atención médica libre de negligencia y a no ser sometido a violencia institucional, por parte de Ar2, médico general; Ar3, trabajadora social; Ar4, trabajadora social; Ar5, médico general; Ar6, médico general y Ar7, trabajadora social, autoridades involucradas adscritas al Hospital General en Actopan; por lo anterior, en uso de las facultades que me otorgan los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° Bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 33, fracción XI; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; así como 127 del Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado

de Hidalgo, se han examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:

HECHOS

1.- El cuatro de enero de dos mil veinte, se inició la presente queja con la comparecencia de Q1, quien manifestó que su hermano A1 de cuarenta años de edad, ingresó al Hospital General de Actopan, Hidalgo, el jueves dos de enero del mismo año, aproximadamente a las trece horas, debido a un infarto, donde fue atendido por los médicos M.V.H. y Ar2, en tanto que la trabajadora social Ar3 atendió a los familiares del paciente.

Dijo que el personal médico que atendió a su hermano omitió solicitar que lo revisara un cardiólogo, aun cuando les hicieron saber que no eran especialistas en cardiología; por lo que solicitaron un resumen médico para poder trasladarlo a otro hospital, pero no se los dieron porque supuestamente primero tenían que pagar ciento cincuenta mil pesos en el Patronato del Hospital General en Pachuca de Soto.

En consecuencia, A1 falleció el cuatro de enero de dos mil veinte, debido a que no fue revisado por un especialista y por la falta del equipo médico que requería (fojas 3 a 5).

2.- Mediante diversos oficios, esta Comisión solicitó a Ar3, a Ar2 y M.V.H., trabajadora social y personal médico del Hospital General de Actopan, respectivamente; rindieran un informe respecto a los hechos que se les atribuyeron. (Fojas 7-9)

3.- El veintitrés de enero de dos mil veinte, el doctor Ar1, director del Hospital General en Actopan, informó que en esa unidad hospitalaria no laboraba la doctora M.V.H.

4.- Informe rendido por el médico Ar2.

El veintitrés de enero de dos mil veintidós, Ar2, médico adscrito al Hospital General en Actopan, quien, en calidad de autoridad involucrada, manifestó que el paciente A1 ingresó a ese hospital el dos de enero de dos mil veinte, a las catorce horas con cincuenta minutos y que su horario laboral terminaba a las catorce horas.

Informó también, que el tres de enero de dos mil veinte, a las siete horas, encontró al paciente A1 en área de choque, reportándose muy grave, **en espera de aceptación en el Hospital General de Pachuca, para la realización de una angioplastia coronaria, en el área de hemodinamia.**

Señaló que en el expediente clínico del paciente había una nota médica correspondiente a la valoración realizada por medicina interna, la hoja de resumen médico para envío, una hoja de referencia y nota de traslado al Hospital General de Pachuca.

Que comentó el caso con el doctor “AI3”, encargado del turno vespertino del Hospital General de Pachuca y con el doctor “G”, Cardiólogo del mismo nosocomio; quienes indicaron que los familiares del paciente debían acudir al día siguiente al “Patronato” para recibir información para su aceptación.

Dijo que después de revisar al paciente realizó una nota de evolución e indicaciones y se comunicó vía *WhatsApp* con la doctora Ai1, enlace del Hospital General de Pachuca de Soto, a quien le envió la información para que valorara la aceptación del paciente A1 y quien le informó que le enviaría una respuesta.

Refirió haberle informado a la esposa del paciente A1, que se encontraban en espera de aceptación del paciente en el Hospital General de Pachuca y le indicó el proceso a seguir, enviándola al área de trabajo social para que le diera continuidad a dicho trámite, por lo que le entregó una hoja de referencia como parte del proceso de traslado.

Mencionó, que a las doce horas aproximadamente se acercó un grupo de familiares de Q1 y lo abordaron solicitando de manera urgente el traslado de paciente a Hospital General de Pachuca, para valoración por cardiólogo pues allá se contaba con el equipo necesario para su atención y él les respondió ***“nosotros no podemos enviar a un paciente, sin previa aceptación, ya que la unidad receptora debe contar con un espacio físico asignado, equipo médico que se requiere para dar continuidad a su manejo”*** pues son los requisitos solicitados por la unidad receptora.

Por último, manifestó que su jornada laboral terminaba a las catorce horas del tres de enero de dos mil veinte y que el manejo que se otorgó al paciente A1 fue con base en una valoración previa por medicina interna, además que durante su

jornada el paciente no fue aceptado en Hospital General de Pachuca (fojas 10 y 12 a 13).

5.- Informe rendido por la trabajadora social Ar3.

El veintisiete de enero de dos mil veinte, se recibió el informe rendido en calidad de autoridad involucrada, suscrito por Ar3, quien manifestó que el tres de enero de dos mil veinte, durante el turno matutino en el área de urgencias el doctor Ai2, médico de traslados en turno, le informó de la existencia de dos traslados que se encontraban en el área de urgencias y que abordó al médico de urgencias Ar2, con el propósito de conocer la prioridad y urgencia de cada uno de ellos para proceder a los trámites del traslado.

Refirió que A1 se encontraba en el “*área de choque*” y que por el diagnóstico que cursaba estaba en espera de que lo aceptaran en Hospital General de Pachuca. Dijo que los familiares le informaron que ya habían acudido al Patronato del Hospital General Pachuca, por lo que les solicitó algunos documentos del agraviado y le entregó los mismos junto con la referencia médica a K.C.T., hermana del paciente, para que se presentara al Patronato del Hospital General Pachuca.

La involucrada refirió que K.C.T. les dijo que le informaron que tenía que depositar ciento veinte mil pesos, lo cual no le constaba, ya que el argumento se lo dio solo de palabra y que posteriormente, **esperó a lo largo del turno información sobre la respuesta que el familiar obtuvo con la documentación que se llevó al Patronato del Hospital General de Pachuca sin que hubiera respuesta para seguimiento al siguiente turno** (fojas 14 y 15).

6.- El dieciséis de febrero de dos mil veinte, se dio vista a Q1 de lo informado por las autoridades involucradas, el médico general Ar2 y la trabajadora social Ar3, ambos adscritos al Hospital General de Actopan. Lo anterior para que manifestara lo que a su derecho conviniera (foja 16).

7.- El tres de marzo de dos mil veinte, se solicitó al doctor Ar1, Director General del Hospital General de Actopan, remitiera copias certificadas del expediente clínico a nombre de A1, las cuales remitió debidamente certificadas (foja 17 a 54).

8.- El veinte de marzo de dos mil veinte, se citó al médico Ar2, así como a la trabajadora social Ar3, ambos adscritos al Hospital General de Actopan, Hidalgo, para que comparecieran ante esta Comisión, para realizar una ampliación de su informe rendido en calidad de autoridades involucradas. (fojas 56 y 67).

9.- Ampliación de informe en calidad de autoridad involucrada del doctor Ar2.

El treinta de marzo de dos mil veinte, compareció en esta Comisión, **Ar2**, médico general del servicio de urgencias en el Hospital General de Actopan, Hidalgo, quien ratificó el informe rendido y agregó que el paciente A1 ingresó al Hospital General de Actopan el dos de enero de dos mil veinte y le brindó atención solamente el tres de enero de dos mil veinte; que al momento en que lo atendió se encontraba grave y se le estaba suministrando dopamina y norepinefrina, las cuales son utilizadas para mantener presión arterial y frecuencia cardiaca en límites normales y así evitar complicaciones de hipoperfusión (disminución de flujos a nivel renal, cerebral, etcétera), ya que el paciente ingresó presentando un infarto agudo al miocardio.

Añadió que, antes de que él tuviera contacto con el paciente ya lo había valorado el médico internista y se había realizado el enlace con el Hospital de apoyo que sería el Hospital General de Pachuca para dar seguimiento y tratamiento definitivo (cardiología y hemodinamia), pues el Hospital General de Actopan era de segundo nivel de atención y el Hospital General de Pachuca era de tercer nivel y ahí tenían todas las subespecialidades.

Agregó que desde el dos de enero de dos mil veinte, es decir, desde el día que ingresó el paciente, el doctor **AI3**, encargado del turno vespertino del Hospital General de Pachuca, le dijo a la familia que debían acudir al “*Patronato*” para que les informaran sobre la aceptación del paciente, lo cual se hizo hasta el día tres de enero de dos mil veinte, toda vez que en el “*Patronato*” solamente trabajan por las mañanas. Dijo que el traslado del paciente A1 al Hospital General de Pachuca tenía como finalidad que en ese Hospital se le realizara una **angioplastia coronaria**, la cual debía realizarse en una sala de hemodinamia, con equipo especial para la atención de pacientes con enfermedad cardíaca, equipo con el que no se contaba en el Hospital General de Actopan y que el día tres de enero de dos mil veinte, realizó enlace con la doctora Ai1, del Hospital General de Pachuca, a quien se le envió la información médica para la valoración y aceptación del paciente A1.

Añadió que generalmente el dinero que solicitaba el Patronato del Hospital General de Pachuca era para el equipo médico que se utilizaba en la intervención del paciente. **Dijo que los familiares del paciente le solicitaron de manera urgente su traslado a Pachuca para que lo revisara un cardiólogo y que les explicó que no lo podían enviar al Hospital General de Pachuca ya que sería contraproducente subirlo a la ambulancia y tenerlo esperando hasta que hubiera un lugar para su ingreso y que siempre deben esperar la aceptación del Hospital General para poder hacer el traslado** y al llegar fuera atendido inmediatamente al contar con un espacio físico y materiales para su atención.

10.- Ampliación de informe de la trabajadora social Ar3.

El treinta de marzo de dos mil veinte, se desahogó la ampliación de informe de Ar3, trabajadora social del Hospital General de Actopan, Hidalgo, quien ratificó su informe rendido a esta Comisión y agregó que siempre, cuando llega al Hospital a trabajar, lo primero que hacía era dar un recorrido y conocer a los pacientes, revisando qué estudios pendientes tenían y que en el hospital no se realizaban, como las tomografías y las especialidades que no tenían en el hospital, en conjunto con el médico de cada paciente.

Dijo que el tres de enero de dos mil veinte, llegó al área de urgencias y el doctor Ai2, quien era el médico de traslados en turno, le comentó que existían dos traslados, por lo que se contactó con el médico de urgencias, el doctor Ar2, a quien le preguntó que cuál de los pacientes era de mayor prioridad, **respondiéndole que era el paciente que se encontraba en el área de choque de nombre A1, a quien había que trasladar al Hospital General de Pachuca de Soto.**

Refirió que estando el doctor Ar2 y ella reunidos con K.C.T., esta última les comentó *“de palabra”* que en el Patronato del Hospital General de Pachuca les pedían la cantidad de ciento veinte mil pesos para aceptar que su hermano fuera trasladado, para lo cual le pidió que le proporcionara algunos documentos entre los cuales se encontraba la hoja de referencia, documentos que organizó en tres paquetes, refiriéndole a K.C.T. que con esos documentos tenía que ir al Patronato del Hospital General de Pachuca y una vez que ingresara los documentos tenía que regresar a informar cuál había sido la respuesta; sin embargo, al finalizar su turno no regresaron y ya no tuvo contacto con las personas nuevamente, pues se *“atravesó”* el fin de semana y la atención al paciente A1 la continuó dando durante la noche la

trabajadora social Ar7 y, posteriormente, el cuatro de enero de dos mil veinte, quien continuó con el seguimiento fue la trabajadora social Ar4.

A preguntas que formuló personal de esta Comisión, contestó que el procedimiento a seguir para realizar los traslados de pacientes al Hospital General de Pachuca era **que el paciente contara con el recurso y se generara el lugar en el Hospital General de Pachuca; que a ella lo que le tocaba hacer era el trámite administrativo, es decir, verificar que hubiera chofer para la ambulancia, que se contara con la documentación requerida consistente en el CURP, la referencia médica, la identificación, etcétera;** agregando que en cuanto al dinero ellos no intervenían y que también le preguntaba al médico si el paciente estaba en condiciones para moverse y que de todo lo demás se encargaba el médico, quien enlazaba con el Hospital General de Pachuca para presentar al paciente (fojas 58 a 63).

11.- El veinticinco de mayo de dos mil veinte, se dio vista a Q1, de lo informado por Ar2, médico y Ar3, trabajadora social, ambos adscritos al Hospital General de Actopan (foja 64).

12.- El veinticuatro de agosto de dos mil veinte, el doctor L.A.C.V., subdirector médico del Hospital General de Pachuca de Soto, remitió los informes rendidos por las tres autoridades involucradas que tuvieron conocimiento de los hechos motivo de queja, adscritos al Hospital General de Pachuca; así como un oficio suscrito por el Secretario Administrativo del Patronato del Hospital General en Pachuca de Soto, quienes informaron lo siguiente:

El veinticuatro de agosto de dos mil veinte, el doctor **AI3**, adscrito al Hospital General de Pachuca, manifestó que el paciente A1, de cuarenta años de edad, fue internado en el Hospital de Actopan, el jueves dos de enero de dos mil veinte, sin que haya conocido al paciente; dijo que el trámite para ingreso a la sala de hemodinamia era a través de un servicio subrogado por el Patronato del Hospital General en Pachuca, siendo la vía para realización del procedimiento y que una vez terminado el trámite se procedía a la recepción de paciente.

El siguiente informe fue suscrito y signado por la médica cirujana **AI4**, en el cual manifestó que el tres de enero de dos mil veinte, vía *WhatsApp* recibió la solicitud de interconsulta para el servicio de hemodinamia del paciente A1, internado

en el Hospital General Actopan, por diagnóstico de infarto agudo al miocardio de más de 24 horas de evolución, a lo cual respondió por la misma vía que el servicio de hemodinamia era subrogado a través del Patronato del Hospital General de Pachuca, que era la vía para solicitar el procedimiento y que, en cuanto tuvieran el trámite completo con ellos, se procedería con la recepción del paciente.

Asimismo, se recibió el informe signado por el doctor **AI5**, cardiólogo intervencionista, en el cual informó que se enteró del lamentable deceso del señor A1 de cuarenta años de edad, como médico de turno aunque él no conoció al paciente

Por último, **J.C.M.**, secretario Administrativo del Patronato del Hospital General de Pachuca A.C., hizo del conocimiento de este Organismo, que, de acuerdo a guías médicas, el paciente requería un cateterismo cardiaco y/angioplastia coronaria para restablecer el flujo sanguíneo el cual es realizado por un médico cardiólogo intervencionista en sala de hemodinamia.

Hizo referencia a que, durante la vigencia del Seguro Popular, se tenía la acreditación para dar atención a los pacientes que fueran menores de sesenta y cinco años, otorgando el material especializado que se requería para dicha intervención y, ante la extinción de Seguro Popular por Decreto Oficial y creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), desapareció la Comisión Nacional de Protección Social de Salud, encargada de operar al Seguro Popular y “se dejó” de tener el material especializado.

Agregó que el *Patronato del Hospital General de Pachuca A.C.*, cuenta con una sala de hemodinamia para hacer los procedimientos de cateterismos cardiacos y/o angioplastia coronaria, pero el material especializado debe ser adquirido con un proveedor que contara con todo el material necesario. (fojas 68 a 73).

13.- El uno de octubre de dos mil veinte, compareció ante esta **Comisión Ar1, Director del Hospital General de Actopan**, quien manifestó que, el dos de enero de dos mil veinte, A1 ingresó al Hospital General de Actopan, con diagnóstico de ingreso de choque cardiogénico, bloqueo auriculo ventricular completo, persona que fue valorada por la especialidad de medicina interna, así como también se envió resumen y hora de referencia al Hospital General de Pachuca, donde fue valorado por vía telefónica y vía *WhatsApp* por parte del doctor “G”, quien era cardiólogo del Hospital General de Pachuca, y quien diagnosticó infarto inferior extenso, con tratamiento a seguir por angioplastia. Agregó que se les indicó que el

tres de enero de dos mil veinte deberían acudir los familiares al Patronato para realizar el trámite de angioplastia y que por medio del Patronato debían localizar al doctor “G”.

Dijo que el día tres de enero de dos mil veinte se continuó con la búsqueda del traslado y se pusieron en contacto con la doctora Ai1 del hospital General de Pachuca y que los familiares refirieron haber acudido al Patronato del Hospital General de Pachuca, donde les informaron que tenían que hacer un pago de ciento cincuenta mil pesos para realizar el procedimiento.

Señaló que por parte del Hospital General de Actopan se continuó con el tratamiento establecido por el especialista en medicina interna V.R. y la doctora E.G.L. de medicina interna.

Agregó que el día cuatro de enero de dos mil veinte, a las ocho horas con diez minutos, el paciente presentó paro cardio respiratorio, en el cual se le dieron medidas de reanimación avanzada; posteriormente, volvió a presentar otro paro cardio respiratorio y realizaron seis ciclos de masaje cardiaco, medicamentos vaso activos y se utilizó desfibrilador con carga de 300 joules, siendo irreversible el paro cardiaco.

A preguntas que le formuló esta Comisión contestó que todos los médicos de urgencias eran los encargados de realizar los traslados.

También contestó que en Hidalgo, el único lugar donde existía una sala de hemodinamia para realizar la angioplastia era el Hospital General de Pachuca y **desconocía si en hospitales privados la realizaban; que a los familiares de A1 se les dio la opción de que acudieran al Patronato del Hospital General de Pachuca, para que realizaran el trámite y el pago del procedimiento ya que no lo cubría INSABI¹**; que tenían un protocolo para realizar los traslados y dependía de la ocupación del Hospital al cual iban a referir; que era un Protocolo de “referencia” y “contra referencia”, en el cual se generaba la hoja de “referencia” y “contra referencia”, se entablaba comunicación directa con el encargado del Hospital o con el encargado de cada turno del Hospital al que se refiera al paciente, incluso tenían una carpeta en donde realizaban el archivo de las “referencias” y “contra referencias”; además del Comité de “referencia” y “contra

¹ Instituto de Salud para el Bienestar.

referencia”, que estaba integrado por Trabajo Social, Director, Subdirector, Calidad y los Jefes del Servicio y tenían como función sesionar cada mes las áreas de oportunidad en cuanto a las “referencias” y “contra referencias”, con la finalidad de mejorar todas las referencias de primero y segundo nivel y viceversa.

De igual forma, contestó a preguntas que le formuló esta Comisión que las áreas del hospital que intervenían para el traslado del paciente eran médicos de urgencias, Trabajo Social, Subdirección, Administración y Dirección; **que la función de los médicos de urgencia respecto a las “referencias” y “contra referencias” de los pacientes era realizar el enlace con los encargados del hospital a referir, presentar al paciente y esperar la resolución y aceptación; dijo que la función del área de trabajo social respecto a las “referencias” y “contra referencia” de pacientes, era establecer el enlace y archivar todas las hojas de “referencia y contra referencia” y que, por lo regular, los familiares no tenían que acudir al hospital de referencia, pero en casos especiales como este, en donde se solicitó se realizara la valoración para realizar una angioplastia y/o colocación de marcapasos, el Hospital General de Pachuca envió a los familiares al Patronato para cubrir el procedimiento en caso de que INSABI no cubría la patología.**

Mencionó también que la función del área de Subdirección respecto de las “referencias” y “contra referencias” de pacientes, era establecer el enlace y archivar todas las hojas de “referencia” y “contra referencia”, así como presentar al paciente; que la función del área de administración respecto de las “referencias” y “contra referencias” de pacientes, es prever que exista ambulancia y chofer para el traslado; que la función del área de Dirección respecto a las transferencias y contra referencias de pacientes, era establecer comunicación directa con el encargado del Hospital o encargado de turnos para presentar al paciente, lo cual en este caso realizó personalmente por la urgencia de la situación.

Ante la pregunta de si existía la posibilidad de que A1, pudiera haber sido trasladado a algún otro Hospital, dijo que pudiera ser a algún otro Hospital privado dentro del Estado, ya que los Hospitales que no se encuentran en el Estado, no eran recomendables por la inestabilidad hemodinámica que presentaba el paciente, quien pudiera “haber caído” en paro cardio respiratorio durante el traslado. Aclaró que ellos como Hospital público no realizaban traslados a hospitales privados y solo los

realizaban a hospitales de la Secretaría de Salud, **pero en caso de que los familiares quisieran irse a un hospital privado, se firmaba un acta voluntaria y se egresaría del hospital**; dijo que desconocía si se hizo del conocimiento de los familiares la posibilidad de referir a A1 a un hospital privado en caso de que ellos lo dispusieran así; **que en el expediente no estaba plasmado que los familiares hayan firmado por haber recibido un resumen médico, pero que los doctores de urgencias y él personalmente enviaron un resumen al Hospital de referencia en diferentes ocasiones** (fojas 75 a 79).

14.- Informe rendido por la trabajadora social Ar4, adscrita al Hospital General en Actopan.

El veintisiete de noviembre de dos mil veinte la trabajadora social informó que, el cuatro de enero del mismo año, en la libreta de los pendientes del turno nocturno encontró que en cuanto al paciente A1 ***“Los familiares aún no habían realizado el depósito ante Patronato por falta de recursos para poder trasladarlo al Hospital General de Pachuca a cardiología”***. También informó que la única entrevista que tuvo con los familiares del fallecido A1, fue el cuatro de enero de dos mil veinte, para trámite de entrega de certificado de defunción y su egreso por defunción. Anexó hoja manuscrita con anotaciones fechada el tres de enero de dos mil veinte.

15.- Informe rendido por la doctora Ar5, adscrito al Hospital General Actopan.

El veintisiete de noviembre de dos mil veinte, la citada médico informó que el dos de enero del mismo año, ingresó al área de urgencias el paciente A1, de treinta y nueve años de edad, a las catorce horas con nueve minutos, por inicio de padecimiento actual de siete días de evolución, con presencia de dolor en epigastrio irradiado a dorso acompañado de dificultad para respirar, la cual se fue incrementando, cefálea, sensación de plenitud gástrica y abdominal; el motivo de consulta fue incremento de dificultad para respirar de dos días de evolución previo al ingreso. Se automedica ciprofloxacino, ambroxol y paracetamol VO sin notar mejoría.

Añadió que, el cuatro de enero del mismo año, el paciente presentó paro cardio respiratorio a las seis horas con cincuenta y cinco minutos, se iniciaron maniobras de reanimación con compresiones torácicas externas e intubación orotraqueal y administración de medicamentos a dosis convencionales, con

respuesta a maniobras de quinto ciclo de reanimación, con presión arterial 57/36, frecuencia cardíaca 85 latidos por minuto, saturación de oxígeno 95%, apoyo ventilatorio, presentando un segundo evento a las siete horas con veinticinco minutos, saliendo a ritmo sinusal al tercer ciclo de reanimación, presentando un tercer paro cardíaco sin respuesta a maniobras, realizando desfibrilación eléctrica a 300 joules, sin éxito, por lo cual se da como fallecido a las nueve horas con treinta y cinco minutos, informando a familiares (fojas 91 a 95).

16.- Informe rendido por la doctora Ar6, adscrita al Hospital General de Pachuca.

El veintisiete de noviembre de dos mil veinte, la citada rindió su informe en calidad de autoridad involucrada, en el que expuso que A1 de 39 años, ingresó el dos de enero de dos mil veinte por dificultad respiratoria, que el tres de enero por la mañana, se reportó presión arterial 165/75, frecuencia cardíaca 109 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 29, saturación 92% con oxígeno, con datos de congestión pulmonar por lo cual se inició diurético tipo furosemide y se reporta muy grave. Se continuó espera de su aceptación en unidad de apoyo.

En turno nocturno con incremento de la dificultad respiratoria a pesar de oxígeno, presentó paro cardio respiratorio a las seis horas con cincuenta y cinco minutos, iniciando compresiones torácicas externas e intubación orotraqueal con respuesta a maniobras de reanimación al quinto ciclo, con presión arterial de 57/36, frecuencia cardíaca 85, saturación 95%, presentando segundo evento a las siete horas con veinticinco minutos, saliendo ritmo sinusal al tercer ciclo.

Dijo que A1 presentó un tercer paro cardíaco sin respuesta a maniobras, realizando desfibrilación eléctrica a 300 joules sin éxito por lo cual se da por fallecido a las nueve horas con treinta minutos, lo cual, se le informó a familiares. Información tomada de expediente clínico (fojas 96 a 100).

17.- Informe rendido por la trabajadora social Ar7, adscrita al Hospital General de Actopan.

El veintisiete de noviembre de dos mil veinte, la referida trabajadora social manifestó que el tres de enero de dos mil veinte, a las veinte horas con ocho minutos llegó al departamento de trabajo social y, entre los pendientes que le dejó de turno anterior escritos en el libro de pendientes para la trabajadora social Ar3, dijo que en la sala de choque estaba un paciente de nombre A1, que solo se esperaba la respuesta por parte de los familiares para que hicieran el depósito de dinero al Patronato.

Añadió que, a las veintiún horas del mismo día, al estar haciendo el pase de visita le preguntó el familiar que se encontraba al cuidado del paciente, señora K.C.T., hermana del paciente, **si ya tenían el recurso económico que les había solicitado el turno anterior, el cual depositarían al Patronato del Hospital General de Pachuca, para que pudieran aceptar a su paciente, ya que era uno de los requisitos que solicitaba el hospital, a lo cual la respuesta fue que aún no recibían el recurso.**

Dijo que al siguiente día se siguió dejando como pendiente para el siguiente turno, por medio de una nota de trabajo social, donde asentó lo que el familiar comentó un día antes por la noche. Anexó copia de nota de los pendientes que se recibieron y los que se dejaron (fojas 86 a 107).

18.- Por medio del oficio 04140, notificado el siete de diciembre de dos mil veinte, se solicitó al doctor L.R.M.F., Comisionado Estatal de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, que emitiera una opinión técnico-médica respecto a los hechos motivo de queja (foja 108).

19.- El quince de diciembre de dos mil veinte, se recibió el oficio CAMEH/289/2020, signado por el doctor L.R.M.F., Titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, en cual solicitó copias certificadas del presente expediente y manifestó que las opiniones técnicas y dictámenes institucionales que emitía esta Comisión se realizaban a su leal saber y entender y, en ejercicio de su autonomía técnica contenían el criterio institucional, que no se trataba de una mera apreciación del signatario a título de perito persona física, que deberán tenerse por ratificadas desde su firma y para efectos de ampliación deberá solicitarlo por escrito a fin de que ese Órgano desconcentrado pudiera obtener la información necesaria, agotar su protocolo institucional y dar respuesta a la solicitud de información ulterior por la misma vía, en el entendido de que se trataba de una opinión técnica o dictamen institucional; hizo notar que esa Comisión de Arbitraje Médico no tenía posibilidad de trasladar personal al interior del Estado y solo bajo las condiciones anteriores ha aceptado rendir la opinión solicitada (fojas 109 y 109 vuelta).

20.- Ampliación de informe rendido en calidad de autoridad involucrada, a cargo de la doctora Ai4.

El treinta de marzo de dos mil veintiuno, compareció esta Comisión, Ai4, manifestó que en ese momento fungía como médico adscrita al Hospital General de Pachuca de Soto; la citada doctora ratificó su informe de autoridad y agregó que, al

estar de guardia recibió una llamada telefónica de parte del médico de urgencias que estuvo de guardia en Actopan, sin recordar el nombre, a efecto de poner a consideración una interconsulta para el área de hemodinamia, específicamente para un cateterismo cardíaco, por lo que su respuesta fue que se comunicaran al Patronato, **ya que el servicio era subrogado o brindado a través del Patronato del Hospital General, el cual era una asociación civil sin fines de lucro, esto debido a que, si bien el Hospital General de Pachuca contaba con una sala de hemodinamia, no tenía con los insumos para realizar el cateterismo, los cuales tenían un precio elevado, pues eran un hospital de segundo nivel, siendo que solo los hospitales de tercer nivel contaban con esos insumos.**

Refirió también que, a partir del treinta y uno de diciembre de dos mil diecinueve, se extinguió el programa de Seguro Popular y el primero de enero de dos mil veinte inició el programa INSABI para población no derechohabiente, el cual, de primera instancia, cubría únicamente atención de primero y segundo nivel. También agregó que ella no era quien aceptaba al paciente, sino solamente realizaba gestoría administrativa para realizar interconsulta con los diversos servicios con los que contaba el Hospital General de Pachuca (fojas 113 y 114).

21.- Mediante oficio notificado el diecinueve de junio de dos mil veintiuno, según razón actuarial, se dio vista a Q1, de lo informado por el doctor Ar1, Director del Hospital General Actopan, doctor Ar2, médico adscrito al Hospital General de Actopan así como por la trabajadora social Ar3, adscrita al Hospital General de Actopan, en carácter de autoridades involucradas en la presente queja para que manifestaran lo que a su derecho conviniera (fojas 116 y 117).

22.- El veintiuno de septiembre de dos mil veintiuno, se recibió el oficio CAME/522/2021, suscrito por el doctor L.R.M.F., Comisionado de Arbitraje Médico en el estado, mediante el cual se rindió dictamen médico institucional, en el cual constan las siguientes conclusiones:

1.- En la atención médica otorgada al paciente A1 en Hospital General de Actopan de los Servicios de Salud de Hidalgo, se encuentra apego a *lex artis ad hoc* y buena *praxis*² del servicio de urgencias por manejo inicial de la bradicardia.

² XIV. Principios Científicos de la Práctica Médica (*lex artis medica*), Artículo 2 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/reg_procedimiento.pdf

2.- En la atención médica otorgada al paciente A1 en Hospital General Actopan de los Servicios de Salud de Hidalgo se encuentra no apego a lex artis ad hoc y mal praxis del servicio de medicina interna al no completar el protocolo de estudio y manejo en el diagnóstico de choque cardiogénico.

3.- En el servicio de atención médica otorgada al paciente A1 en Hospital General Actopan de los Servicios de Salud de Hidalgo, se encuentra mal praxis, sin nexo causal, por incumplimiento de directivos, en obligaciones de medios consistente en la falta de gestión que ocasiona demora a referencia a otro nivel de atención como unidad de cuidados intensivos o hemodinamia.

El presente Dictamen Médico Institucional se emite de acuerdo con los principios éticos y científicos que orientan a la práctica médica. La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, en ejercicio de su autonomía técnica contiene el criterio institucional, no se trata de la mera apreciación del signatario a título de perito persona física; debe ser evaluado por la parte peticionaria a la luz de sus atribuciones y en el contexto de las pruebas y alegaciones desahogadas durante el procedimiento.

Deberá tenerse por ratificada desde su firma, para efectos de ampliar la información será menester solicitarlo por escrito a fin de que éste órgano desconcentrado pueda obtener la información necesaria, agotar su protocolo institucional y dar respuesta a la solicitud de información ulterior por la misma vía; en el entendido de tratarse de un peritaje institucional, hacemos notar que la institución no tiene posibilidad de trasladar personal al interior del Estado y solo bajo las condiciones anteriores ha aceptado rendir el presente dictamen (fojas 121 a 184).

Narrados los hechos se puntualizan las siguientes:

EVIDENCIAS

- 1) Queja realizada por Q1 (fojas 3 a 5).
- 2) Oficio 0015/2020, suscrito y signado por el doctor Ar1, Director del Hospital General Actopan, donde informó que la doctora M.V.H. no labora en ese Hospital (foja 10).
- 3) Oficio 0016/2020, signado por el doctor Ar1, Director del Hospital General Actopan, junto al cual remitió el informe del doctor Ar2 (foja 20).
- 4) Informe de ley rendido por el médico Ar2 (foja 12 y 13).
- 5) Oficio 0018/2020, signado por el doctor Ar1, director del Hospital General Actopan, al cual anexó informe de la trabajadora social Ar3 (foja 14).
- 6) Informe de la trabajadora social Ar3 (foja 15).
- 7) Oficio 0055/2020, suscrito por el director del Hospital General Actopan, mediante el cual envió copias certificadas del expediente clínico de A1 (foja 18 a 54).
- 8) Acta circunstanciada del diecinueve de marzo de dos mil veinte, donde se dio fe de haber realizado llamada telefónica al número proporcionado por el quejoso Q1 (foja 55).

- 9) Comparecencia de Ar2, médico general del servicio de urgencias en el Hospital General de Actopan, Hidalgo (fojas 58 a 60).
- 10) Ampliación de informe de Ar3, trabajadora social del Hospital General de Actopan, Hidalgo (fojas 61 a 63).
- 11) Oficio signado por el doctor L.A.C.V., subdirector médico del Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo, junto con el cual remitió informes de tres servidores públicos que tuvieron conocimiento de los hechos (fojas 68 y 69).
- 12) Informe de AI3, médico adscrito al Hospital General de Pachuca (foja 70).
- 13) Informe de la médico cirujano AI4, adscrita al Hospital General Actopan (foja 71).
- 14) Informe del licenciado J.C.M., secretario Administrativo del Patronato del Hospital General de Pachuca (foja 72).
- 15) Informe del doctor AI5, cardiólogo intervencionista (foja 73).
- 16) Comparecencia de Ar1, director del Hospital General de Actopan (foja 75 a 79)
- 17) Oficio 00274/2020, signado por el doctor Ar1, director del Hospital General Actopan, al cual anexó el informe de la licenciada Ar4 (foja 86).
- 18) Informe de la trabajadora social adscrita al Hospital General de Actopan, licenciada Ar4 (foja 87 a 90).
- 19) Oficio 000275/2020, signado por el doctor Ar1, director del Hospital General Actopan, al cual anexó el informe de la doctora Ar5 (foja 91).
- 20) Informe realizado por la doctora Ar5, médico general adscrita al Hospital General Actopan (foja 92 a 95).
- 21) Oficio 00273/2020, signado por el doctor Ar1, director del Hospital General Actopan, al cual anexó informe de la doctora Ar6, adscrita a ese hospital (foja 96).
- 22) Informe de la doctora Ar6, adscrita al Hospital General Actopan (foja 97 a 100).
- 23) Oficio 00276/2020, signado por el doctor Ar1, director del Hospital General Actopan, al cual anexó informe de Ar7 (foja 101).
- 24) Informe de la trabajadora social Ar7 (foja 102 a 107).
- 25) Comparecencia de Ai4, doctora entonces adscrita al Hospital General de Pachuca (foja 113 a 115).
- 26) Oficio CAME/522/2021, suscrito por el doctor L.R.M.F., Comisionado de Arbitraje Médico en el estado, mediante el cual remitió dictamen médico institucional (fojas 122 a 84).

SITUACIÓN JURÍDICA

I. Competencia de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.- La competencia de este organismo público defensor de derechos humanos, tiene su fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo. Se han examinado los hechos manifestados por Q1, quien inició la presente queja en favor de su hermano hoy occiso A1, de acuerdo a las disposiciones constitucionales, legales e instrumentos internacionales aplicables al caso, vistas las violaciones a los derechos humanos deducidas de los hechos expuestos, se concluye que se han vulnerado sus derechos humanos.

II.- Controversia.- Del análisis de los antecedentes, se advierte que el quejoso se dolió, en esencia, de las siguientes situaciones:

- Que su hermano ingresó al Hospital General de Actopan debido a un infarto, donde no lo revisó ningún cardiólogo; y
- que no les dieron el resumen médico que solicitaron para trasladarlo a otro hospital y derivado de eso falleció.

Por ello, la presente queja se inició por los hechos violatorios de derechos humanos consistentes en derecho a una atención médica libre de negligencia y derecho a no ser sometido a violencia institucional, definidos de la siguiente manera por el Catálogo de Hechos Violatorios de Derechos Humanos:

9.2. Derecho a una atención médica libre de negligencia

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención médica libre de descuidos u omisiones que pongan en peligro la salud o la vida.

3.1. Derecho a no ser sometido a violencia institucional

Definición: derecho del gobernado a recibir una atención oportuna, eficaz, eficiente y congruente a las funciones públicas de la autoridad, evitando la dilación, obstaculización y el impedimento del goce y ejercicio de sus derechos.

III.- Análisis.- Esta Comisión considera que se vulneró el derecho de A1 a recibir atención médica libre de descuidos u omisiones, lo cual puso en peligro su vida misma que luego perdió; de igual forma, se acreditó la vulneración a su derecho a recibir atención oportuna, eficaz, eficiente y congruente con las funciones de las autoridades involucradas, sin que se evitara la dilación, lo cual obstaculizó el

ejercicio de sus derechos, en este caso al mayor de ellos que es la vida, todo lo cual se analizará en párrafos subsecuentes.

En el presente asunto A1 perdió su vida, derecho fundamental que es reconocido por los siguientes ordenamientos jurídicos:

El derecho a la vida reconocido en el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, establece:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

De igual forma, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”³, donde se preconiza que la “salud es un derecho fundamental”; ello es reconocido también por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴, en su artículo 12.1, que indica:

Artículo 12.

- 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.

Tal derecho impone a los Estados Partes la obligación de respetar y por ende abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud, así como impedir que terceros realicen alguna acción que interfiere en el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual se impone una obligación al Estado de adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

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

³ Observación General 14, sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

documento consultable en el enlace electrónico <https://accesoalajusticia.org/glossary/derecho-a-la-salud/>

El derecho a la protección de la salud, incluye por supuesto el derecho a una atención médica libre de negligencia, es decir, de omisiones o descuidos, mismo que tiene como finalidad que el Estado satisfaga en forma eficaz y oportuna la necesidad de aquella persona que requiera atención o servicios médicos.

Los artículos 1º y 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁵, reconocen el derecho de toda persona a la protección de la salud, así como a la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

La Ley General de Salud⁶, define en el artículo 1 Bis, a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; en este tenor, el Estado debe garantizar que se realicen todas las acciones posibles para el restablecimiento de la salud, que la atención de los servidores públicos de las instituciones sea eficaz, libre de omisiones, disponible, accesible y de calidad.

En el presente caso, de las constancias que integran el expediente de queja, se advirtió que A1, ingresó al Hospital General Actopan, el dos de enero de dos mil veinte debido a un infarto, que no se realizó su traslado a un hospital donde se tuviera el equipo médico necesario para atenderlo y que finalmente falleció el cuatro de enero de dos mil veinte, lo cual se tiene por comprobado con la queja de Q1 (fojas 3 a 5) y con las copias certificadas del expediente médico de A1 (fojas 19 a 54).

De las constancias existentes en el presente expediente de queja se desprende que el presente asunto reviste complejidad técnica, pues el hecho del cual se dolió el quejoso en agravio de su hermano A1, implica procesos y términos de la ciencia médica que no son accesibles fácilmente a personas que no cuentan con estudios profesionales en esa materia, por lo cual, a los Organismos defensores de derechos humanos como lo es esta Comisión, corresponde hacer un estudio a efecto de determinar si existió proceder ilógico o arbitrario, tal y como se apuntó en el criterio jurisprudencial de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, de la Décima Época, en materias(s): Administrativa, Tesis: I.10.A.E.27 A (10a.), de fuente: Gaceta del Semanario Judicial

⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

⁶ Ley General de Salud: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

de la Federación. Libro 16, Marzo de 2015, Tomo III, página 2347, tesis Aislada⁷, con número de registro digital: 2008764, cuyo rubro y texto son como sigue:

CONTROL JUDICIAL DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE ELEVADA COMPLEJIDAD TÉCNICA. SUS CARACTERÍSTICAS. Ante la dificultad de probar o de conocer y evaluar adecuadamente los referentes o soluciones técnicas que gobiernan a los actos de elevada complejidad técnica, considerando que se trata de una realidad fáctica de difícil acceso para no expertos, resulta aconsejable que el control judicial se limite a corregir procederes ilógicos, abusivos o arbitrarios (escrutinio débil), al verificar que se hayan acatado los principios que deben regir la actividad administrativa, que se cumplan las reglas de la sana crítica y se apliquen máximas de experiencia que hagan razonable lo decidido, es decir, debe comprobarse únicamente si se respetaron las normas de procedimiento y motivación, la exactitud material de los hechos, la falta de error manifiesto de apreciación y que no exista desvío de poder.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO DE CIRCUITO EN MATERIA ADMINISTRATIVA ESPECIALIZADO EN COMPETENCIA ECONÓMICA, RADIODIFUSIÓN Y TELECOMUNICACIONES, CON RESIDENCIA EN EL DISTRITO FEDERAL Y JURISDICCIÓN EN TODA LA REPÚBLICA.
Amparo en revisión 28/2014. Alvafig, S.A. de C.V. y otras. 16 de octubre de 2014. Mayoría de votos. Disidente: Rosa Elena González Tirado. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretaria: Claudia Patricia Peraza Espinoza.
Esta tesis se publicó el viernes 27 de marzo de 2015 a las 09:30 horas en el Semanario Judicial de la Federación.

Bajo esta perspectiva, se solicitó apoyo a la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo (CAMEH), la cual emitió un dictamen médico institucional dentro del expediente 272/2020, en la que se **determinó que efectivamente existió mal praxis al en medicina interna no completar el protocolo de estudio y manejo en el diagnóstico de choque cardiogénico así como incumplimiento de directivos, en obligaciones de medios consistente en la falta de gestión que ocasionó la demora a referencia a otro nivel de atención como unidad de cuidados intensivos o hemodinamia**, por lo que esta Comisión estima que existieron omisiones en perjuicio de la víctima.

En el citado dictamen, la Comisión de Arbitraje Médico realizó una narración histórica de los hechos y circunstancias clínicas, en la que de manera cronológica se precisaron las actuaciones médicas practicadas en la persona de la víctima, así como las omisiones en que se incurrió, por lo que el referido dictamen resulta importante para esta Comisión al haberse concluido en el mismo que existió buena praxis en el servicio de urgencias del Hospital General de Actopan, **pero no apego y mal praxis en el servicio de medicina interna al no completar el protocolo de estudio y manejo en el diagnóstico de choque cardiogénico, así como mal praxis por incumplimiento de directivos consistentes en falta de gestión**

⁷ Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 16, Marzo de 2015, Tomo III, página 2347, tesis Aislada <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2008764>

que ocasionó demora a otro nivel de atención como unidad de cuidados intensivos o hemodinamia (foja 183).

Es así, que ha resultado probado el hecho de que la persona que en vida llevara el nombre de A1 ingresó al Hospital General de Actopan, Hidalgo, a las catorce horas con cincuenta minutos y que fue atendido los días dos, tres y cuatro de enero de dos mil veinte, pero no se logró su traslado al Hospital General de Pachuca y en esta última fecha falleció; de igual forma, **está probado que la pauta médica del personal del Hospital General en Actopan, era que debía ser trasladado al Hospital General de Pachuca, donde se contaba con una unidad médica de hemodinamia, que es lo que necesitaba el hoy agraviado como acción necesaria para tratar que hubiera mejoría en su salud; sin embargo, ello no fue realizado fundamentalmente porque no se cumplió con el requisito de que los familiares depositaran ciento veinte o ciento cincuenta mil pesos -sin que del expediente se desprenda la cantidad exacta-, al Patronato del Hospital General de Pachuca, por lo que si bien se solicitó el traslado al Hospital General de Pachuca, sin el cumplimiento de ese requisito nunca se realizó y ello derivó en el fallecimiento del agraviado.**

En el citado dictamen, se asentó que del expediente del paciente -A1-, de cuarenta años de edad, se desprendía la siguiente secuencia de hechos relevantes:

1.- Paciente masculino de 40 años, que ingresa al Hospital General Actopan, el día 02 de enero 2020, a las 14:50 horas por presentar dolor en epigastrio de 7 días de evolución, agudizando tos y dificultad para respirar, así como dolor irradiado a región dorsal.

2.- Diagnósticos de ingreso:

Bradycardia en estudio

Estado de choque

Síndrome de dificultad respiratoria

Desequilibrio ácido base

Descartas alteración electrolítica

Hiper glucemia

Se indican soluciones, medicamentos, biometría hemática, perfil cardíaco, cuantificación de Troponina I, ultrasonido abdominal anterior, electrocardiograma.

3.- Valoración de medicina interna 02 enero 2020 a las 18:30 horas. Con diagnósticos de:

a) Choque cardiogénico

b) Bradycardia extrema sintomática. Bloqueo auriculo ventricular completo.

c) Probable miocarditis aguda

No se cuenta con marcapasos transcutáneo, no ECOTT en nuestra institución.

Se coloca catéter venoso central. Se logra estabilizar paciente con Norepinefrina y Dopamina. Se solicita traslado urgente a hospital de tercer nivel.

4.- Nota de referencia y contra referencia a Patronato Hospital General Pachuca servicio de hemodinamia, son conseguirlo el día 3 de enero de 2020. Y que no se tiene registro de Trabajo Social en cuanto a documento trámite y respuesta de Hospital General Pachuca, solo hasta el 03 enero 2020 a las 23:33 horas, en que el familiar comenta que aún no han reunido el recurso económico.

5.- Se mantiene inestable y fallece el día 04 de enero de dos mil veinte, a las 09:35 horas con los diagnósticos:

a) Choque cardiogénico 42 horas

b) Infarto anteroseptal 42 horas

c) Bloqueo auriculo ventricular completo y bloqueo de rama izquierda 42 horas. (foja 141).

Del anterior dictamen y sus conclusiones (foja 183), mismas que se transcribieron en el rubro de antecedentes, se arriba a la conclusión de que en el servicio médico de urgencias del Hospital General Actopan se brindó a la víctima una debida atención médica, libre de negligencia; tan es así, que se logró estabilizarlo, pero también destaca que se solicitó su traslado urgente a hospital de tercer nivel (foja 141); sin embargo, fue posteriormente que los procesos administrativos no fueron adecuados, no se le trasladó al Hospital General de Pachuca ni se agotaron todas las gestiones posibles para lograr el referido traslado.

Lo anterior cobra apoyo con lo manifestado en vía de informe por Ar2, médico adscrito al Hospital General de Actopan, turno vespertino, pues manifestó que el tres de enero a las siete horas encontró al paciente A1 en el área de choque, que se reportaba muy grave, que se estaba en espera de aceptación en Hospital General de Pachuca, para el área de hemodinamia para la realización de angioplastia coronaria, que encontró hoja de referencia y nota de traslado en donde se comentó caso con doctor AI3, encargado del turno vespertino de HGP/Dr G Cardiólogo HGP, “indicando acudir el día de mañana a patronato para recibir información de aceptación de paciente” (foja 12); de este informe de autoridad se encuentra que, el tres de enero de dos mil veinte ya se encontraba la indicación de que el paciente debía ser trasladado para su tratamiento adecuado al Hospital General de esta ciudad y si bien no se especificó quién iba a acudir al Patronato para recibir información para aceptación de paciente, el hecho es que no se llevó a cabo pues al final no fue traslado, no recibió el tratamiento adecuado y eso derivó en la pérdida de su vida.

Aquel médico incluso manifestó en su informe que se comunicó vía WhatsApp con la doctora Ai4, enlace en Hospital General y le envió la información para valoración de aceptación de A1 a lo cual contestó que enviaría respuestas, por lo que se realizó nota de traslado, se informó a quien dijo ser esposa del paciente que se encontraban en espera de la aceptación, la enviaron con Trabajo Social para dar

continuidad al trámite y le entregaron hoja de referencia; también se le acercaron familiares quienes pedían el traslado del paciente a Hospital General y les explicó que no podían enviar un paciente sin previa aceptación. Añadió que durante su jornada laboral no fue aceptado en Hospital General de Pachuca (foja 13).

En su comparecencia ante esta Comisión, Ar2 reiteró que él solo atendió al paciente el tres de enero de dos mil veinte, que ingresó presentando un infarto agudo al miocardio, que antes que él lo valorara ya se había realizado un enlace con el Hospital General por ser de tercer nivel de atención donde tenían las subespecialidades, que en el Patronato solo trabajan por las mañanas, que la finalidad del traslado de A1 era que se le realizara una angioplastia coronaria en una sala de hemodinamia pues no se contaba con ese equipo en el Hospital General de Actopan; que el dinero que solicitó el Patronato del Hospital General de Pachuca era para el equipo médico que se utilizaría en la intervención del paciente y que siempre deben esperar la aceptación del paciente en el Hospital General de Pachuca (fojas 58 y 59).

También la trabajadora social Ar3, autoridad involucrada, informó a esta Comisión que no se aceptó a A1, pues platicó con el doctor Ar2, quien le dijo que estaba en espera de que lo aceptaran en Hospital General Pachuca, que los familiares les informaron que ya habían acudido al Patronato del Hospital General, que les solicitaron los documentos del paciente y que K.C.T., hermana del paciente, manifestó que le informaron que como requisito tenía que depositar ciento veinte mil pesos, por lo que **esperó a lo largo del turno información sobre la respuesta que el familiar obtuvo con la documentación que se llevó al Patronato de Hospital General de Pachuca, sin que hubiera respuesta.** por lo que se dejó para seguimiento al siguiente turno (foja 15).

De lo anterior se advierte que hubo una omisión por parte de esta trabajadora social **al no realizar gestión para que el paciente fuera aceptado en el Hospital General de Pachuca**, pues incluso mencionó que la hermana del paciente le dijo que debía depositar ciento veinte mil pesos pero que ello no le constaba, por lo que justamente porque no le constaba, **debió realizar gestiones para indagar cuánto dinero se le solicitó al paciente e intentar que fuera recibido, corroborando con ello que no realizó ninguna acción objetiva sino solamente esperar.**

En su comparecencia, la trabajadora social Ar3, manifestó que el doctor Ar2 le dijo que el paciente de mayor prioridad era A1 a quien debían trasladar al Hospital General de Pachuca, que no le constaba lo que dijo la hermana del paciente de que les pedían ciento veinte mil pesos para que fuera trasladado, que pidió documentos a la hermana del paciente para que ella los llevara al Patronato y regresara con la respuesta, pero se terminó su turno y no regresaron, que durante la noche continuó

con la atención la trabajadora social Ar7y el cuatro de enero la trabajadora social Ar4.

Además aseveró que el procedimiento a seguir para traslados al Hospital General era que el paciente contara con el recurso y que se generara el lugar en ese hospital, que a ella le tocaba hacer el trámite administrativo que consistía en que hubiera chofer para la ambulancia, que se contara con la documentación referida pero en cuanto al dinero no intervenían, siendo el médico quien enlaza con Hospital General (fojas 61 y 62), declaraciones de las que se advierte que la trabajadora social en cita **omitió realizar alguna otra gestión pues su actuación se limitó a esperar, sin verificar cuál era el obstáculo para que se pudiera trasladar al paciente y sin constatar que fueran ciento veinte mil pesos los que les solicitaban a los familiares** y consecuentemente, siendo omisa en el cumplimiento del objetivo de su profesión, el cual consiste en ayudar a la población más desamparada económica y socialmente; lo cual derivó en que en esa espera A1 falleciera.

Por su parte, AI3, médico adscrito al Hospital General Pachuca, manifestó que no conoció al paciente, que el trámite para el ingreso a sala de hemodinamia era a través de un servicio subrogado por el Patronato del Hospital General de Pachuca, siendo la vía para realización de ese procedimiento y una vez terminado el trámite se procedió a la recepción del paciente (foja 70); manifestación de la que se desprende que era el Patronato del Hospital General de Pachuca quien subrogaría el ingreso de un paciente a la sala de hemodinamia, sin que de aquí se desprendieron los costos o cómo se tabulaban.

Del informe signado por la médico Ai4, adscrita al Hospital General de Pachuca, se desprende que recibió la solicitud de interconsulta para el servicio de hemodinamia de A1, por infarto agudo al miocardio de más de veinticuatro horas de evolución, a lo cual respondió que el servicio de hemodinamia era subrogado a través del Patronato del Hospital General de Pachuca, que era la vía para solicitar el procedimiento y que, en cuanto tuvieran el trámite completo con ellos en el Hospital General procederían con la recepción del paciente (foja 71); de lo anterior también se puede establecer que, en efecto, era necesario que los familiares depositaran una cantidad de dinero al Patronato del Hospital General de Pachuca para que se reciba al paciente y se le tratara en una sala de hemodinamia, por lo que fue verdad que a los familiares se les solicitó aportar una cantidad de dinero, pero también es cierto que **ninguno de los médicos o trabajadoras sociales adscritos al Hospital General Actopan, realizaron alguna otra gestión para intentar que se recibiera al paciente en el Hospital General de Pachuca o a algún otro Hospital que tuviera el equipo y material necesario para realizar la intervención que requería A1.**

Cabe mencionar, que, el licenciado J.C.M., Secretario Administrativo del Patronato del Hospital General de Pachuca A.C. informó a esta Comisión que durante la vigencia del sistema de aseguramiento público de salud, denominado “Seguro Popular”, la asociación civil denominada Patronato del Hospital General de Pachuca A. C. se encontraba acreditada para dar atención a los pacientes que fueran menores de 65 años, para otorgarles el material especializado que se requería para dicha intervención, sin embargo, ante la extinción del Seguro Popular por decreto oficial publicado en el Diario Oficial de la Federación, con fecha veintinueve de noviembre de dos mil diecinueve, se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y desapareció la Comisión Nacional de Protección Social de Salud, por lo que dejaron de tener el material especializado para realizar el cateterismo cardiaco y angioplastia coronaria para restablecer el flujo sanguíneo de A1.

Agregó que el *Patronato del Hospital General de Pachuca A.C.*, contaba con una sala de hemodinamia para hacer el cateterismo cardiaco y angioplastia coronaria, pero no contaban con el material especializado para realizarlo, por lo que debía ser adquirido, siendo para ello que se requería el dinero que refirieron los familiares del agraviado, siendo que ninguna de las autoridades involucradas, realizaron alguna gestión para apoyar a los familiares de A1, para conseguir el material necesario para hacer el cateterismo o referirlos a la institución que pudiera apoyarlos para conseguir el dinero o en su caso, brindarles alguna otra opción de Hospital al que pudiera ser transferido.

Se cuenta también con lo manifestado por el doctor Ar1, Director del Hospital General de Actopan en su comparecencia ante esta Comisión, quien respecto a los hechos motivo de queja dijo que del Hospital General se indicó que los familiares debían acudir al Patronato para realizar el trámite de angioplastia y que por medio del Patronato se localizara al doctor G, que los familiares refirieron haber acudido al Patronato y que tenían que hacer un pago de ciento cincuenta mil pesos para que se realizara el procedimiento, que mientras tanto en el Hospital General de Actopan se continuó con el tratamiento, que el cuatro de enero falleció del paro cardíaco, que todos los médicos de urgencias eran los encargados de realizar los traslados, que el único lugar donde existía una sala de hemodinamia para realizar la angioplastia era en el Hospital General y que **la opción que se dio a los familiares es que acudieran al Patronato del Hospital General de Pachuca para que se realizara el trámite y pago del procedimiento ya que no lo cubría el INSABI (foja 76), de donde es posible advertir que los médicos de urgencias eran los encargados de hacer los traslados, pero nadie, ni médico ni trabajadora social, gestionó o se encargó de saber cuánto dinero en realidad tenían que aportar los familiares al Patronato para el procedimiento que necesitaba, o si había otras opciones como la posibilidad de que aportaran una parte, firmar un pagaré, otorgaran una garantía o alguna**

otra opción si es que no reunían el dinero en ese momento, sino que todas las autoridades involucradas -médicos y trabajadoras sociales-, únicamente les dieron la opción de ir al Patronato y en el Patronato solamente la opción de depositar el dinero, ciento veinte o ciento cincuenta mil, según las versiones anteriormente analizadas.

En similares condiciones se encuentra el testimonio de por la licenciada Ar4, trabajadora social de turno sábados, domingos y días festivos, quien mencionó que el cuatro de enero en la libreta de los pendientes recibió del turno nocturno que del paciente A1 ***“Los familiares aún no habían realizado el depósito ante el Patronato por falta de recursos para poder trasladarlos al Hospital General de Pachuca a cardiología”*** y que la única entrevista que tuvo con ellos fue para la entrega del certificado de defunción (fojas 87 y 88); de lo que se advierte que la trabajadora social en cita únicamente advirtió que los familiares aún no habían realizado el depósito al Patronato, **pero tampoco realizó ninguna gestión para saber qué cantidad de dinero se les solicitaba o si había alguna otra opción que lo trataran aunque no se depositara el total del dinero en ese momento.**

Del informe de la doctora Ar5, médico general adscrita al Hospital General de Actopan, destaca que se hizo la solicitud de traslado a tercer nivel para colocación de marcapasos transitorio, realizando resumen médico, presentándose vía electrónica a Hospital General de Pachuca con contestación por parte de dicha institución de que se trataba de un infarto inferior extenso no agudo, dando la indicación de que se enviara a familiar de paciente para realizar trámite en Patronato para su aceptación; que el tres de enero durante su guardia recibió al paciente, los familiares acudieron a Patronato del Hospital General de Pachuca en turno matutino, sin lograr su aceptación (fojas 92 y 93); manifestación de donde se advierte, al igual que de las otras, que se enviaba a los familiares al Patronato pero no se logró su aceptación y solo se advierte como causa que no reunían el recurso económico que el Patronato les solicitaba, por lo que resalta que el paciente al fin y al cabo falleció por falta del recurso económico, **pero no hay pruebas de que se hubiera gestionado a los familiares alguna otra opción fuera de depositar al Patronato del Hospital General de Pachuca.**

En términos coincidentes se encuentra lo informado por la doctora Ar6, adscrita a urgencias del Hospital General de Actopan, pues manifestó que tras el ingreso del paciente se le logró estabilizar, se solicitó traslado a tercer nivel, se realizó resumen médico; el tres de enero, hermana del paciente acudió al Patronato del Hospital General de Pachuca, donde le refirieron que debía depositar cierta cantidad de dinero para su aceptación (foja 98); manifestación de donde tampoco se tiene por cierto qué cantidad se les solicitó a los familiares, pero lo cierto es que por falta de esa cantidad no se le pudo aceptar en el Hospital General de Pachuca, por ello no se

le dio el tratamiento que su padecimiento requería cuando ya se había reportado muy grave y el deceso ocurrió.

Obra en el presente expediente, un informe signado por Ar7, trabajadora social del Hospital General Actopan, donde también se lee que el tres de enero de dos mil veinte, del turno anterior entre los pendientes le dejaron anotado que en sala de choque estaba A1, **que solo se esperaba la respuesta de parte de los familiares que depositaran el dinero al Patronato y que ella preguntó ese mismo día al familiar si habían reunido el recurso económico que depositarían en el Patronato para que aceptaran a su paciente y la respuesta fue que aún no lo reunían** (fojas 102 a 104); informe de donde **tampoco se advierte la cantidad exacta de dinero que se solicitó a los familiares depositaran al Patronato, pero es claro que no lograron reunirlo ni se les apoyó o gestionó alguna alternativa**, dando como resultado que nunca se logró el traslado del A1 al Hospital General de esta ciudad.

Ilustra también sobre este punto, lo declarado por Ai4, médica adscrita al Hospital General de Pachuca, quien en comparecencia ante esta Comisión amplió su informe de autoridad y agregó que recibió una llamada telefónica del médico de urgencias del Hospital General de Actopan donde pedían interconsulta para el área de hemodinamia para un cateterismo cardiaco, por lo que ella respondió que se comunicaran al Patronato, que el servicio era subrogado o brindado a través del Patronato del Hospital General que era una asociación civil sin fines de lucro, debido a que si bien el Hospital General de Pachuca contaba con una sala de hemodinamia, no contaba con los insumos para realizar el cateterismo, los cuales tenían un precio elevado, que el Hospital General era de segundo nivel y los hospitales de tercer nivel contaban con esos insumos, que los insumos no se encontraban en su catálogo, que desde que se extinguió el programa Seguro Popular y el primero de enero de dos mil veinte se inició el INSABI para población no derechohabiente, de primera instancia cubría únicamente atención de primero y segundo nivel y que ella no es quien aceptaba al paciente sino solo realizaba gestoría administrativa para realizar interconsulta con los diversos servicios con los que contaba el Hospital General de Pachuca (foja 113); manifestación de la que tampoco se desprende la cantidad exacta que los familiares del hoy occiso debían depositar al Patronato, pero si se advierte que falleció porque no había los insumos para realizar el procedimiento que necesitaba y los familiares no lograron reunir los recursos económicos para pagarlos, aún si eran ciento veinte mil pesos o ciento cincuenta mil pesos, simplemente les fue difícil reunirlos y acceder al tratamiento para el agraviado, **sin que nadie tampoco les apoyara para siquiera saber cuánto era en realidad y si había alguna otra alternativa accesible en ese momento.**

En aras de exhaustividad, se analizan las copias certificadas del expediente clínico relativo a la atención médica que se brindó en el Hospital General Actopan al

hoy occiso A1 (fojas 18 a 54), el cual prueba que, en efecto, se le brindó la atención médica de urgencias, que se solicitó el traslado del quejoso al Hospital General de Pachuca y también que faltó gestión para lograr el mencionado traslado.

El citado expediente que ha sido debidamente estudiado por la Comisión de Arbitraje Médico, cuyas conclusiones valora esta Comisión conforme a la lógica, la experiencia y la legalidad, de conformidad con el artículo 80 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en relación al resto del material probatorio, para llegar a la conclusión de que, si bien se atendió a A1 en el área de urgencias y medicina interna del Hospital General Actopan, la atención se limitó a los tratamientos para estabilizarlo, **sin que se realizaran gestiones para saber cuánto dinero tenían que aportar los familiares al Patronato del Hospital General, gestionar que se les brindaran otras opciones para que el agraviado tuviera acceso al tratamiento y después aportar el dinero;** por lo tanto, finalmente el tratamiento inicial en urgencias fue el adecuado pero en medicina interna no fue completo y aconteció el resultado que se analiza.

El acto médico se conforma de varias etapas en el cual, el éxito de cada una depende de la satisfacción de la anterior, tal y como se explica en el criterio jurisprudencial de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de instancia: Primera Sala, de la Décima Época, en materias(s): Civil, Tesis: 1a. XXIV/2013 (10a.), de fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, página 621, Tipo: Aislada, con Registro digital: 2002440, cuyo rubro y texto son como sigue:

ACTO MÉDICO. DISTINTAS ETAPAS O FASES QUE LO CONFORMAN PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA. El acto médico se divide en distintas etapas o fases. La fase diagnóstica, la fase terapéutica y la fase recuperatoria. Sin embargo, cada una de estas fases constituye la totalidad del acto médico. Por tanto, para determinar la existencia de mala práctica médica, el acto médico no debe ser analizado de manera separada, sino que debe hacerse de manera conjunta, pues cada una de las fases que lo componen se encuentran estrechamente vinculadas. Así las cosas, segmentar el acto médico sin tomar en consideración todas las etapas que forman el acto médico, como un conjunto inseparable para la determinación en un caso concreto sobre la existencia de mala práctica médica, sería incongruente e ilógico, pues las fases siguen una secuencia en el tiempo.

Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez G y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González.

En el presente caso, no se cumplió la etapa de atender al paciente en una unidad de hemodinamia pues no era suficiente lograr estabilizarlo en urgencias; cabe recordar que, si bien la práctica médica no es una ciencia exacta pues intervienen elementos aleatorios, las personas profesionales en la misma deben realizar todas

las acciones que les son razonablemente exigibles, a efecto de aminorar la posibilidad de un resultado como el que lamentablemente sucedió en el asunto a estudio; al respecto, se encuentra el criterio jurisprudencial de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, de la Décima Época, en Materias(s): Administrativa, Tesis: I.40.A.92 A (10a.), de Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, Octubre de 2013, Tomo 3, página 1819, Tipo: Aislada, Registro digital: 2004722, cuyo rubro y texto son al tenor literal:

LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, dada la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, finalmente, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto. Por tanto, puede decirse que la lex artis ad hoc es un concepto jurídico indeterminado que debe establecerse en cada caso, en el que el médico, a través de un proceso de deliberación, aplica las medidas con prudencia a la situación clínica concreta y en la medida de las condiciones reinantes. En la órbita del derecho comparado, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo español ha delineado paulatinamente el referido término hasta definirlo como "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)."

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Revisión fiscal 147/2013. Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de la Función Pública, encargado de la defensa jurídica del titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 20 de junio de 2013. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretario: Alfredo A. Martínez Jiménez.

Por otro lado, esta Comisión advirtió que el quejoso Q1, manifestó haber solicitado copias del expediente clínico de su hermano, para estar en posibilidad de verificar si había algún otro Hospital que pudiera recibirlo para brindarle el tratamiento que requería, siendo que a tal situación, el director del Hospital General en Actopan, Ar1, refirió que en el expediente clínico no estaba plasmada la firma de los familiares del paciente, en donde constara que hubieran recibido las copias de

dicho expediente, por lo que se tiene por cierto lo manifestado por el quejoso, lo cual, constituye una violación a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, NOM-004-SSA3-2012⁸, en la cual, se señala que los pacientes son titulares de los datos que proporcionan al personal de salud.

A propósito del expediente clínico, en el dictamen médico institucional de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, se realizaron las observaciones de diferentes omisiones encontradas en el expediente clínico, las cuales se enuncian a continuación:

- No se encuentra el nombre del médico tratante en la carta de consentimiento bajo información.
- La hoja del registro electrocardiograma, no tiene el nombre del paciente.
- La hoja de sistema de referencia y contra referencia, cuenta con un error en la fecha, pues señala el dos de octubre de dos mil diecinueve y no cuenta con la firma del Ar1; además, en el motivo de la referencia (resumen clínico de padecimientos) no fueron registrados signos, peso y talla.
- Documento de fecha dos de enero de dos mil diez, en el que existe error en el año, no tiene tipo de nota y no se aprecia el nombre de quien la elabora.
- El tres de enero de dos mil veinte, se elaboró documento en manuscrito con texto anverso y reverso, sin membrete ni logo.
- Hoja de enfermería de urgencias sin fecha actual.

Siendo que, dichas las omisiones y errores en la integración del expediente clínico, también constituyen una violación a los derechos humanos de la parte agraviada, tomando en consideración que el expediente clínico es instrumento de gran relevancia para la protección de la salud.

Sin que pase inadvertido que Q1, quien inició la presente queja, ya no dio contestación a la vista que se le dio de lo informado en los siguientes informes de las autoridades involucradas; sin embargo, ello no es obstáculo para que esta Comisión resuelva en el sentido en que lo hace, pues se actualiza la vulneración a los derechos humanos de la persona que en vida llevara el nombre de A1, en específico su derecho

⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=0

a una atención médica libre de negligencia y a su derecho a no ser sometido a violencia institucional.

Es por tales razones que se estima existió una falta de apego en la obligación de garantizar el grado máximo de salud al hoy occiso, sin haberse realizado la atención médica con diligencia, ni libre de omisiones, derivado de las pruebas habidas en el presente expediente, lo cual se considera atribuible a Ar2, médico general; Ar3, trabajadora Social; Ar4, trabajadora social; Ar5, médico general; Ar6, médico general y Ar7, trabajadora social, autoridades involucradas adscritas al Hospital General Actopan, pues el personal médico tiene el deber de actuar con la máxima diligencia para garantizar la mayor posibilidad razonable de éxito con el tratamiento, así como al doctor Ar1, entonces Director del Hospital General de Actopan, al no haber realizado la vinculación necesaria para garantizar la debida referencia médica de A1; omisiones que resultan suficientes y contundentes para emitir la presente Recomendación, pues no se atendió de manera adecuada y oportuna al paciente.

En conclusión, con los elementos de prueba previamente expuestos y analizados tanto en lo particular como en su conjunto y atendiendo a su enlace lógico-natural, los mismos resultaron suficientes para tener por acreditada la violación a los derechos humanos y en específico al derecho a una atención médica libre de negligencia y derecho a no ser sometido a violencia institucional.

IV.- Responsabilidad.- En el presente asunto, el agraviado A1 perdió la vida derivado de que, si bien lo atendieron los médicos adscritos a urgencias del Hospital General Actopan y lo estabilizaron, luego no fue trasladado al hospital de tercer nivel como lo requería, donde pudo haber salvado su vida.

Con todo lo anterior, también se tiene acreditado que se vulneró el derecho de A1 a recibir una atención oportuna, que fuera eficaz, eficiente y congruente a las funciones públicas de las autoridades involucradas, pues los médicos debieron aplicar sus conocimientos médicos y las trabajadoras sociales realizar las gestiones necesarias para el traslado del hoy occiso al Hospital General de Pachuca, donde se contaba con el equipo adecuado para tratar de salvar su vida, más allá de solo enviar a los familiares al Patronato y luego preguntarles si ya tenían el recurso económico que se les había solicitado.

No puede obviarse la responsabilidad institucional que existe pues las autoridades involucradas no se sujetaron a las técnicas médicas exigibles, lo cual encuentra también fundamento en el criterio jurisprudencial de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de Instancia: Primera Sala, de la Décima Época, en

Materias(s): Constitucional, Administrativa, Tesis: 1a. CLXXII/2014 (10a.), de fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 5, Abril de 2014, Tomo I, página 818, tesis Aislada, con número de registro digital: 2006252, cuyo rubro y texto son como sigue:

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS. La responsabilidad objetiva del Estado no se origina por cualquier daño causado, sino que éste debe ser consecuencia de su actuar administrativo irregular, es decir, derivado del incumplimiento de los deberes legales de los servidores públicos, establecidos en leyes o reglamentos. Sin embargo, tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, dicha responsabilidad también se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores -lex artis ad hoc-, o al deber de actuar con la diligencia que exige la lex artis.

Amparo directo en revisión 10/2012. Giovanni David Chávez Miranda. 11 de abril de 2012. Cinco votos de los Ministros Jorge Mario Pardo Rebolledo, quien formuló voto concurrente en relación con el tema contenido en la presente tesis, José Ramón Cossío Díaz, Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, Olga Sánchez Cordero de G Villegas y Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretaria: Ana María Ibarra Olgún.

Esta tesis se publicó el viernes 25 de abril de 2014 a las 09:32 horas en el Semanario Judicial de la Federación.

V.- Reparación del daño.- En el presente asunto se vulneraron los derechos humanos de A1, en específico su derecho a una atención médica libre de negligencia y su derecho a no ser sometido a violencia institucional; cabe precisar que el Estado debe establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciéndose estándares de calidad para las instalaciones públicas y privadas, al igual que debe prever supervisión estatal de las instituciones de salud.

No es asunto menor dejar en claro que toda violación a los derechos humanos da lugar a que las víctimas obtengan una reparación, lo que implica la obligación del Estado de proporcionarla; en tal guisa, la competencia de esta Comisión para declarar que se han vulnerado derechos fundamentales, va aunada a su atribución para recomendar la reparación del daño causado por esa violación, de manera que todo Estado que suscribe tratados internacionales de Derechos Humanos adquiere obligaciones sobre ello.

Es oportuno recordar que la responsabilidad que en materia de Derechos Humanos compete al Estado como ente jurídico, es distinta a la civil, penal o

administrativa del servidor público en lo individual. En tal sentido se ha pronunciado la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, como lo fue dentro de la sentencia del 15 de septiembre del 2005, Caso Masacre Maripán Vs Colombia, documento consultable en el enlace electrónico https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_134_esp.pdf

“(...) 110.- el origen de la responsabilidad internacional del Estado se encuentra en “actos u omisiones de cualquier poder u órgano de éste, independientemente de su jerarquía, que violen la Convención Americana y se genera en forma inmediata con el ilícito internacional atribuido al Estado. Para establecer que se ha producido una violación de los derechos consagrados en la Convención, no se requiere determinar, como ocurre en el derecho penal interno, la culpabilidad de sus autores o su intencionalidad, y tampoco es preciso identificar individualmente a los agentes a los cuales se atribuyen los hechos violatorios.

Es suficiente la demostración de que ha habido apoyo o tolerancia del poder público en la infracción de los derechos reconocidos en la Convención, u omisiones que hayan permitido la perpetración de esas violaciones (...)

111.- (...) Los Estados partes en la convención tienen obligación erga omnes de respetar y hacer respetar las normas de protección y de asegurar la efectividad de los derechos allí consagrados en toda circunstancia y respecto de toda persona (...)

También encuentra su fundamento en el párrafo segundo del artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que la letra establece:

Artículo 113. (...)

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.”

Asimismo, encuentra sustento en la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos, al establecerse en el artículo 1º el deber del Estado de reparar las violaciones que se ocasionen con motivo de la violación a los derechos humano; así, la reparación adecuada, efectiva y rápida del daño sufrido, tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de derechos humanos y no solo en la legislación federal está reconocido el derecho de las víctimas a que se les repare el daño causado por violaciones a los derechos humanos, sino que también está reconocido en el ámbito local, específicamente, la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en su artículo 84 párrafo segundo, establece:

Artículo 84.- (...)

En el proyecto de recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos de los afectados.

La reparación del daño en materia de derechos humanos debe ser integral, las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, por lo que deben comprender de acuerdo al artículo 27 de la Ley General de Víctimas, las siguientes medidas:

Restitución. Por restitución se entiende que, siempre que sea posible, se devuelva a la víctima a la situación anterior a la violación de derechos humanos. En el particular, ello es imposible pues A1 perdió la vida.

Compensación. Es reconocida como una medida compensatoria y de acuerdo con los ya citados principios, debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios que sean consecuencias de violaciones manifiestas de las normas de derechos humanos.

Rehabilitación. Busca facilitar a las víctimas, hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos.

Satisfacción. Busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas.

Medidas de no repetición. Contienen el compromiso del Estado de adoptar medidas eficaces para evitar que se puedan volver a presentar violaciones de derechos humanos. Es importante habilitar las medidas encaminadas a que los hechos denunciados no vuelvan a ocurrir, como adoptar medidas legales y administrativas para brindar atención médica libre de negligencia y mayor gestión.

En este sentido la reparación adecuada, efectiva y rápida del daño sufrido, tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas de derechos humanos; la reparación debe ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.

Así, por los hechos violatorios de derechos humanos analizados en la presente resolución, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en términos de lo que disponen los artículos 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es la instancia competente para pronunciarse si se violentaron los mismos, y en el asunto a estudio, ante las acciones de las autoridades involucradas, esta Comisión considera que se han vulnerado los derechos humanos

de A1, quien falleció el cuatro de enero de dos mil veinte, en el Hospital General de Actopan, en específico su derecho a recibir atención médica libre de negligencia y su derecho a no ser sometido a violencia institucional; por lo anterior, una vez concluida la investigación, tal como lo constriñen los artículos 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos, es procedente emitir la presente Recomendación por lo que a **usted, Secretario de Salud del Estado de Hidalgo**, respetuosamente se:

R E C O M I E N D A

PRIMERO.- Instruya a quien corresponda, a efecto de que en el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, se emprenda una investigación en contra de Ar1, director; Ar2, médico general; Ar3, trabajadora Social; Ar4, trabajadora social; Ar5, médico general; Ar6, médico general y Ar7, trabajadora social, autoridades involucradas adscritas al Hospital General Actopan, señaladas como responsables, y en su caso, dar inicio a los procedimientos legales respectivos para determinar la responsabilidad en que incurrieron para que en su momento, les sea impuesta la sanción a que se hubieren hecho acreedores, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas; apoyándose para ello con los argumentos y pruebas que sirvieron a esta Comisión como medios de convicción para la emisión de la presente Recomendación.

SEGUNDO.- Dar cumplimiento a la reparación integral del daño, por las vulneraciones a derechos humanos que se tienen acreditadas, en términos del considerando V de la presente resolución, toda vez que constituye un elemento para las reparaciones a que las personas agraviadas tienen derecho.

TERCERO.- Girar las respectivas instrucciones, a fin de que personal adscrito a las instituciones médicas de esa Secretaría ajuste su actuar a las mencionadas disposiciones legales, se gestionen recursos y se adopten las medidas legales y administrativas necesarias para brindar atención médica libre de negligencia, garantizando con ello el respeto a los derechos humanos en la atención médica.

CUARTO.- Garantizar la no repetición de hechos similares a los que motivaron la presente recomendación, para lo cual se proponen cursos de capacitación en derechos humanos, en aras de que no ocurran estas lamentables consecuencias.

QUINTO.- Se instruya al personal de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, para que en el ejercicio de sus funciones apliquen de manera irrestricta, el contenido de la NOM-004-SSA3-2012, relativa a los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

SEXTO: Designar a una persona servidora pública de esa Secretaría de Salud, que fungirá como enlace con esta Comisión de Derechos Humanos, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo.

Notifíquese la presente resolución a las quejas y a las autoridades, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera conforme a las reglas del artículo 92 del mismo ordenamiento, publíquese en el sitio web de esta Comisión; de ser aceptada la presente Recomendación, deberá hacerlo de nuestro conocimiento por escrito, en un plazo no mayor a diez días hábiles siguientes a la notificación de la presente; en caso de no ser aceptada, se hará saber a la opinión pública.

A T E N T A M E N T E

ANA KAREN PARRA BONILLA
PRESIDENTA

BEMR/LPO.