



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 17 /2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1; DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, QV Y V2, E INADECUADA PROCURACIÓN DE JUSTICIA EN PERJUICIO DE V1, POR HECHOS OCURRIDOS EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 26 de abril de 2019.

**ING. OCTAVIO ROMERO OROPEZA,
DIRECTOR GENERAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS.**

**DR. ALEJANDRO GERTZ MANERO,
FISCAL GENERAL DE LA REPÚBLICA.**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafos primero a tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I a III, 15, fracción VII, 24, fracción IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los hechos y las evidencias del expediente CNDH/2/2017/5244/Q, derivado de la queja presentada por QV, en relación con el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la integridad personal en agravio de su hijo V1, así como de acceso a la justicia, con motivo de la atención médica que recibió en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos en la Ciudad de México.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades destinatarias de la presente Recomendación, a través de un listado adjunto, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que éstas dicten previamente las medidas de protección correspondientes.

3. Para este último efecto, a continuación se presenta el siguiente glosario de términos con el significado de las claves utilizadas:

Claves	Denominación
Quejoso y víctima	QV
Víctima	V
Periodista	P
Médicos particulares	M
Autoridad Responsable	AR
Servidor público	SP

4. A lo largo del presente documento, la referencia a distintas instancias públicas se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Nombre de instituciones, instrumentos o conceptos	Acrónimo y/o abreviatura
Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.	Hospital Central Sur
Petróleos Mexicanos.	PEMEX
Procuraduría General de la República.	PGR
Fiscalía General de la República.	Fiscalía General
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Órgano Interno de Control en Petróleos Mexicanos	OIC en PEMEX
Órgano Interno de Control en la Secretaría de la Función Pública	OIC en la Secretaría de la Función Pública
Agente del Ministerio Público de la Federación	MPF

I. HECHOS.

5. Los días 12, 14, 28 y 29 de junio de 2017, se recibieron en esta Comisión Nacional diversos correos electrónicos enviados por P1, con los que se dieron a conocer notas periodísticas relacionadas con el caso de V1, publicadas en medios nacionales de comunicación escrita: <<”*Negligencia médica en el Hospital Picacho*”, “*Acusan de negligencia médica a especialistas del Hospital Picacho*”, “*Joven entra por su propio pie al Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex y casi pierde*

la vida”, “Hospital Picacho, niegan terapia a paciente tras negligencia médica”, “Luego que especialistas de Pemex dañaran la salud de joven, Pemex se niega a reparar el daño”, “Pemex Picacho se niega a responder por negligencia médica” y “Pemex sigue negándose a reparar el daño por una negligencia médica” >>¹

6. Con posteridad, el 4 de julio de 2017 QV presentó formal queja ante esta Comisión Nacional mediante escrito fechado el 29 de junio de 2017, en contra de los servidores públicos que resultaran responsables, derivado de la atención médica brindada a V1 en el Hospital Central Sur, al advertir *“una serie de negligencias médicas y administrativas realizadas por personal del mencionado hospital, que originaron el notorio y acreditable deterioro no sólo de su salud de nuestro hijo, sino en general de su calidad de vida; la falta de atención en las instancias legales a las que he acudido a denunciar los hechos, así como las trabas para la rehabilitación de mi hijo”*.

7. Al advertir que el motivo de queja redundaba sobre cuestiones médicas y que tanto la salud como integridad física de la víctima se encontraban ante un riesgo de sufrir una afectación mayor, de conformidad con las facultades conferidas a esta Comisión Nacional, especificadas en el artículo 26 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se inició la integración e investigación del caso correspondiente al expediente CNDH/2/2017/5244/Q.

8. Es importante señalar que si bien los hechos violatorios de derechos humanos ocurrieron a raíz de una cirugía practicada a V1 el 15 de febrero de 2016, las quejas

¹ Notas periodísticas publicadas los días 10, 11, 12, 25, 26 y 27 de junio de 2017, en los diarios nacionales: *La Jornada en Línea, La Razón, Milenio.Com y El Sol de México*.

se iniciaron y radicaron más allá del plazo de un año previsto en los artículos 26 de la Ley de la Comisión Nacional y 88 del Reglamento Interno para su presentación, con fundamento en los artículos 1° y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, debido a que en la queja se hicieron valer actos violatorios contra la integridad personal de V1, que le produjeron daños irreversibles a su salud y a su proyecto de vida, cuyos efectos y consecuencias aún continúan.

9. De las constancias que integran el expediente como antecedentes del caso, el 26 de octubre de 2015, V1 paciente que al momento de los hechos contaba con 24 años de edad, acudió al servicio de Urgencias del Hospital Central Sur por presentar dolor en la zona periumbilical, ocasión en la que el médico tratante determinó que el aumento de volumen y sintomatología que presentaba correspondían a una hernia umbilical y dio cita de seguimiento externo por el servicio de Cirugía General, en donde se le valoró el 29 de octubre de 2015 y se diagnosticó: “*hernia inguinal² izquierda y umbilical³*”, ambas no complicadas.

10. Al no ser un padecimiento que requiriera intervención médica de manera urgente, pero que sí debía corregirse por medio de una *cirugía laparoscópica⁴* SP1,

²Se genera por causas multifactoriales, donde se incluyen factores genéticos, ambientales y quirúrgicos. Ésta puede ser congénita o adquirida. Una hernia ocurre cuando el saco peritoneal protruye a través del orificio miopectíneo (es un arco osteomuscular dividido por el ligamento inguinal y atravesado por los vasos femorales y el cordón espermático o ligamento redondo, sellado en su superficie interna por la fascia transversalis, estando su integridad relacionada con la fuerza de la fascia transversalis). Artículo “*Actualidades de la hernia inguinal. Estado del arte*”, Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. 2005, pág 165.

³Es secundaria a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo en el área umbilical. “*Diagnóstico y Reparación de La Hernia Umbilical*”, Secretaría de Salud, México 2009, pág. 7.

⁴La laparoscopia es una manera de hacer una cirugía por medio de incisiones pequeñas (generalmente no mayores de media pulgada de largo). A la cirugía laparoscópica a veces se le llama “cirugía mínimamente invasiva (...) se usa un instrumento especial llamado laparoscopio (...) que se introduce en el abdomen a través de una pequeña incisión. “*La laparoscopia*” procedimientos especiales SP061, The American College of Obstetricians and Gynecologists, julio de 2015, Pág. 1.

médico adscrito al servicio de Cirugía General, previa realización de estudios preoperatorios de laboratorio y de gabinete programó la intervención quirúrgica para el día 15 de febrero de 2016.

11. QV señaló que su hijo V1, beneficiario de los servicios de salud de PEMEX por parte de V2, quien es su madre y trabajadora jubilada, ingresó al Hospital Central Sur el 14 de febrero de 2016, a fin de que le realizara la reparación quirúrgica de las dos hernias que le detectaron.

12. QV mencionó que el 15 de febrero de 2016, V1 fue intervenido quirúrgicamente bajo anestesia general por medio de una cirugía laparoscópica realizada por los servicios de Cirugía General a cargo de SP1 y AR1 del servicio de Anestesiología. QV y V2 fueron informados que no existía riesgo de algún tipo de complicación y/o riesgo adicional a los propios para ese tipo de cirugía, por lo que no requería algún cuidado especial.

13. QV señaló que posterior a la cirugía, después de ser extubado, V1 presentó dificultad respiratoria clasificada médicamente como *broncoespasmo*⁵ severo, el cual evolucionó a *paro cardiorrespiratorio*⁶ (actividad eléctrica sin pulso), que logró ser revertido por medio de reanimación cardiopulmonar avanzada por parte del

⁵Fenómeno de estrechamiento de la luz bronquial, como consecuencia de la contracción de la musculatura de los bronquios que impiden el paso del aire hacia los pulmones y se generan sibilancias, disnea, dolor torácico y tos al inhalar aire, como respuesta a estímulos físicos, químicos, ambientales o inmunológicos. Citado en la "Guía para el tratamiento de la crisis asmática" de la Asociación Mexicana de Medicina de Urgencia, A.C., pág. 61.

⁶Es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio. Guía de Práctica Clínica "Manejo Inicial Del Paro Cardiorrespiratorio En pacientes mayores a 18 años", Consejo de Salubridad del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, pág. 2.

servicio de Terapia Intensiva. Posterior a ello, V1 fue trasladado a este último servicio, donde comenzaron un protocolo de hipotermia para protección neuronal, debido a la *hipoxia*⁷ que sufrió por los eventos que se presentaron después de la cirugía.

14. QV agregó que desconocía el tiempo transcurrido de “...*la solicitud de apoyo al personal de terapia intensiva (...) el tiempo que nuestro hijo haya pasado sin la atención, adecuada y oportuna, resulta de suma importancia, dado que el tiempo sin oxigenación resulta trascendente para determinar el daño neurológico sufrido por nuestro hijo, toda vez que a partir de ese momento comenzó el deterioro neuronal que a la fecha presenta...*”.

15. QV señaló que debido al estado de salud de V1 después de la cirugía permaneció más de tres meses hospitalizado en el Hospital Central Sur, a fin de tratar las secuelas que le ocasionó la hipoxia que sufrió y el paro cardiorrespiratorio, estando principalmente bajo la supervisión médica de la recuperación de dichos eventos de los servicios de Terapia Intensiva y Neurología, y el 20 de mayo de 2016 egresó del nosocomio con un diagnóstico de “*encefalopatía anoxo-isquémica*”⁸.

16. QV precisó que a partir de dichos acontecimientos médicos V1 presenta un daño neurológico irreversible, tiene diversas limitaciones físico-funcionales y daño orgánico. También apunta que el 15 de septiembre de 2016 fue valorado por SP2,

⁷La llegada de oxígeno a los tejidos de un transporte convectivo relacionado con el flujo sanguíneo y de un transporte difusivo a través de barreras físicas. La alteración de uno de ellos puede condicionar el desarrollo de hipoxia. Revista Mexicana de Anestesiología “*Alteraciones agudas en el metabolismo del oxígeno*”, Dr. Daniel Crosara, Conferencias magistrales vol. 38, supl. 1 abril-junio 2015, pp- 517-519.

⁸ Es el síndrome producido por el desequilibrio entre la disminución del aporte de oxígeno y el flujo sanguíneo cerebral. Opinión médica del 13 de noviembre de 2017, CNDH.

médica adscrita al servicio de Medicina Legal del Hospital Central Sur de PEMEX, quien en su *“Dictamen médico pericial por riesgo no profesional”* asentó que la fecha de inicio del padecimiento que presenta V1 ocurrió el 15 de febrero de 2016 y describió el daño generado a V1: *“...isquemia e hipoxia neuronal, (...) encefalomalacia daño de la corteza cerebral, núcleos caudales y lenticulares, afección leve por desmielinización de las fibras oftálmicas (...) Lesiones que por su localización producen espasticidad y movimientos involuntarios de las cuatro extremidades (...) disminución de la visión bilateral, imposibilidad para articular palabras (...) no puede agarrar o sostener objetos con las manos, (...) requiere de ayuda de dos personas para incorporarse (...) logra mantener la postura erguido con apoyo (...) imposibilidad para caminar, logra mantenerse sentado en la silla de ruedas durante una hora sin poder desplazarse en ella por sus propios medios, visualiza bultos y colores, imposibilidad para establecer algún tipo de comunicación, requiere de ayuda para el autocuidado y para todas las actividades de la vida diaria”*. La médica concluyó que los pronósticos para la función y para el trabajo de V1 son malos y determinó que presenta una *“incapacidad del 50% o más”*.

17. QV agregó que su hijo ingresó al Hospital Central Sur *“en un estado motriz y cognitivo al cien por ciento (...) derivado de las múltiples negligencias en la atención médica que recibió nuestro hijo, salió disminuido en sus funciones neuronales y en consecuencia motrices (...) nuestro hijo de 24 años que tenía una vida normal (...) no es apto para cubrir por él mismo las necesidades básicas para la vida como son comer, caminar, vestirse, bañarse, lavarse los dientes, etcétera...”*.

18. Por ello, QV manifestó que solicitaba que AR2 proporcionara *“todos y cada uno de los elementos”* para que V1 tomara las terapias de rehabilitación necesarias con motivo de la afectación sufrida por el actuar médico del Hospital Central Sur.

19. Por otra parte, QV refirió que en las instancias legales a las que él y V2 acudieron a denunciar los hechos habían incurrido en dilación en sus investigaciones, ya que por un lado la queja que QV y V2 presentaron en PEMEX, hasta ese momento no habían recibido atención alguna, refiriendo que las ocasiones que acudieron personalmente a consultar los avances, les fue negado al acceso, y se les manifestó telefónicamente que se comunicarían con ellos cuando lo consideraran necesario; mientras que *“las adversidades a las que nos hemos enfrentado (...) también han influido en la dilación de la integración de la [Carpeta de Investigación] (...) tan es así que a la presente fecha no ha sido proporcionado el expediente clínico de mi hijo (...) no obstante (...) que ha sido requerido en múltiples ocasiones por la autoridad penal, haciendo caso omiso por parte del personal directivo del [Hospital Central Sur], circunstancia que influye directamente en la impartición de justicia pronta y expedita...”*.

II. EVIDENCIAS.

20. Correos electrónicos dirigidos a esta Comisión Nacional los días 12, 14, 28 y 29 de junio de 2017, por medio de los cuales P1 remitió diversas notas periodísticas en las que se expusieron en medios de comunicación escrita, los hechos ocurridos en perjuicio de V1.

21. Escrito de queja del 29 de junio de 2017, por medio del cual QV expuso los hechos ocurridos en el Hospital Central Sur el 15 de febrero de 2016, en perjuicio de V1.

22. Acta Circunstanciada del 10 de julio de 2017, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar la entrevista sostenida con QV quien, entre otras cosas, indicó que presentó queja ante la Unidad de Responsabilidades de PEMEX y presentó denuncia ante el MPF, sin tener hasta esa fecha *“ningún avance en ambas instancias”*.

23. Escrito del 12 de julio de 2017, al que QV anexó fotografías y videos a fin de acreditar *“el deterioro físico, neurológico y motriz”* de su hijo, además de solicitar que se le proporcionara de manera puntual *“todos y cada uno de los elementos para llevar a cabo la rehabilitación”*.

24. Acta Circunstanciada del 12 de julio de 2017, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar la entrevista a QV, ocasión en la que abundó sobre los hechos relativos a la queja.

25. Expediente clínico de V1, que fue remitido por PEMEX el 7 agosto de 2017; su actualización fue remitida a esta Comisión Nacional el 14 de febrero de 2018 y las fojas faltantes llegaron los días 14 y 20 de febrero y 26 de abril de 2018, consistente en tres tomos electrónicos que constan en dos CD's enviados como parte de la respuesta proporcionada por PEMEX a esta Comisión Nacional.

26. Oficio URPM-AQDI-3901-2017 del 24 de agosto de 2017, por medio del cual el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la Unidad de Responsabilidades en PEMEX, remitió a esta Comisión Nacional copia del Expediente Administrativo 1 e informó que el 31 de mayo de 2017 se emitió un acuerdo de radicación, el cual hasta esa fecha se encontraba en integración. En el Expediente Administrativo 1 destacan las siguientes constancias:

26.1 Resumen clínico de fecha 18 de mayo de 2016, por medio del cual AR1, médico adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital Central Sur, proporcionó los datos sobre la atención médica brindada a V1 antes, durante y después de la cirugía.

26.2 Escrito de queja de QV y V2 del 23 de mayo de 2017, enviado al Titular del Órgano Interno de Control en PEMEX, en contra del personal del Hospital Central Sur por la atención médica brindada a V1.

26.3 Oficio 082 del 24 de mayo de 2017, por medio del cual AR2, en atención de un comunicado de PGR (asunto relacionado con la Carpeta de Investigación que se integra en esa Representación Social Federal), informó a la Gerencia Jurídica Penal de PEMEX, los nombres y adscripción de los médicos que llevaron a cabo la cirugía de hernia inguinal y umbilical.

26.4 Acuerdo de radicación del Expediente Administrativo 1, del 31 de mayo de 2017.

26.5 Oficio 079 del 12 de junio de 2017, por medio del cual AR2 proporcionó los nombres y áreas de adscripción del personal que brindó atención médica a V1 el día de la operación y posterior a ella y remitió copia del expediente clínico del paciente a esa Unidad de Responsabilidades.

26.6 Resumen médico del 12 de junio de 2016, suscrito por SP3, Jefe del servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Central Sur, respecto de la atención que brindó AR3 a V1.

26.7 Oficio DGDI/DAC/310/1841/2017 del 19 de junio de 2017, por medio del cual la Secretaría de la Función Pública remitió en razón de competencia al Titular de la Unidad de Responsabilidades en PEMEX, la documentación relacionada con el Expediente Administrativo 1.

26.8 Dictamen médico pericial por riesgo no profesional con número de folio DMPRNP-HCSAE-037/2016 del 15 de septiembre de 2016, suscrito SP2, adscrita al Hospital Central, en el que determinó que V1 presenta *“incapacidad del 50% o más”*, describiendo las limitaciones físico-funcionales, el daño orgánico y la patogenia que presentó al momento de la valoración.

27. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-1514-2017 del 28 de agosto de 2017, por medio del cual la Gerencia Jurídica Consultiva de PEMEX remitió a esta Comisión Nacional los siguientes documentos:

27.1 Oficio sin número del 22 de agosto de 2017, por medio del cual AR2, en respuesta a la queja presentada por QV, remitió los informes médicos de SP1, SP4 y AR1.

27.2 Informe médico del 24 de agosto de 2017, suscrito por AR1, médico adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital Central, sobre la atención médica proporcionada a V1 antes, durante, después de la cirugía y hasta el momento en que fue trasladado al Área de Terapia Intensiva.

28. Oficio SZS-AIII-653/2017 del 30 de agosto de 2017, por medio del cual AR4, Titular de la Agencia Tercera Investigadora Zona Sur Sin Detenido de la PGR en la Ciudad de México, informó sobre las actuaciones realizadas en la Carpeta de investigación relacionada con la denuncia que presentó QV ante esa Representación Social y que hasta el momento se encuentra en integración.

29. Opinión médica suscrita el 13 de noviembre de 2017 por personal de esta Comisión Nacional.

30. Escrito del 5 de abril de 2016, suscrito por M1, médico neurólogo particular, quien describió su intervención como segunda opinión respecto de la atención médica que se proporcionó a V1.

31. Acta Circunstanciada del 7 de febrero de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar la consulta a la Carpeta de Investigación.

32. Acta Circunstanciada del 8 de febrero de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar la entrevista a QV y V3, quienes narraron las afectaciones que V1 ha sufrido con motivo de los hechos relativos a la queja y remitieron copia contenida en un CD sobre los estudios realizados a V1 en el Hospital Central Sur.

33. Escrito de QV del 8 de febrero de 2018, por medio del cual señaló que obtuvo, *“a través del portal de Transparencia (Acceso a la Información Pública Gubernamental)”* el expediente clínico de V1, y que de su lectura logró advertir diversas irregularidades respecto de su integración.

34. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-277-2018 del 14 de febrero de 2018, por medio del cual PEMEX envió la ampliación de información solicitada respecto del informe del servicio de Psiquiatría sobre la atención médica brindada por AR5 a V1, los informes médicos respectivos sobre las terapias que recibe V1; así como 50 fojas de las 58 faltantes de su expediente clínico.

35. Escrito de QV recibido el 16 de febrero de 2018, por medio del cual remitió a este Organismo Nacional diversas constancias de estudios, informes, notas y gastos con motivo de la atención médica que ha recibido V1, y que han sido sufragados por su familia, así como copia de las constancias del expediente clínico, *“de la primera semana de atención”* que se brindó en el Hospital Central Sur a V1.

36. Correo electrónico del 20 de febrero de 2018, por medio del cual la Dirección Jurídica de PEMEX envió una foja faltante del expediente clínico de V1.

37. Escrito de QV del 22 de febrero de 2018, en el cual detalló los gastos económicos que han tenido que realizar con motivo de la atención médica y demás gastos generados debido al estado de salud de V1 y que son absorbidos por la familia.

38. Ampliación de opinión médica suscrita el 1° de marzo de 2018 por personal de esta Comisión Nacional.

39. Correo electrónico del 6 de marzo de 2018, enviado por QV a personal de la Comisión Nacional, con el que remitió copia del pasaporte de V1, en el que consta su firma autógrafa.

40. Pericial en medicina legal y forense del 7 de marzo de 2018, suscrito por M2, perito particular en medicina legal y forense, respecto de la atención médica anestesiológica brindada a V1, el cual fue aportado por QV.

41. Oficio 002635/18 DGPCDHQI del 11 de abril de 2018, por medio del cual la PGR remitió el informe del 27 de marzo de 2018 de AR4, en el que indicó que hasta esa fecha no se había realizado el dictamen en materia de medicina.

42. Oficio 112.OIC.AQ/3866-HDBM/2018 del 25 de abril de 2018, por medio del cual el OIC en la Secretaría de la Función Pública informó a esta Comisión Nacional que el 10 de julio de 2017, radicó el Expediente Administrativo 2 y el 28 de marzo de 2018 se emitió el acuerdo de conclusión y archivo por falta de elementos que acreditaran responsabilidad administrativa.

43. Oficio DCAS-SSS-GNCSS-0947-2017 del 26 de abril de 2018, por medio del cual la Subdirección de Servicios de Salud de PEMEX, remitió 7 fojas de las 8 faltantes del expediente clínico de V1.

44. Acta Circunstanciada del 11 de junio de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar que recibió la llamada de QV, quien le informó que PEMEX *“ya no quería pagar el servicio de nutrición, como parte integral de su rehabilitación...”* que V1 recibe en la Clínica privada 1.

45. Acta Circunstanciada del 14 de junio de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar la recepción del correo electrónico de la Subgerencia de Asuntos Consultivos y Patrimoniales de PEMEX, al que se adjuntó *“en formato pdf la pantalla SIO”* sobre la vigencia de derechos de V1 hasta el 31 de diciembre del 2999, es decir, que cuenta con servicio médico vitalicio por parte de esa autoridad. Asimismo, se acompañaron los criterios administrativos para la *“petición del reembolso de gastos médicos particulares”*.

46. Acta Circunstanciada del 29 de junio de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar que recibió la llamada de QV, quien le informó que PEMEX *“rechazó su petición de indemnización por los hechos ocurridos...”*.

47. Correos electrónico del 10 de julio de 2018, enviado por QV a personal de la Comisión Nacional, por medio del cual remitió diversos correos electrónicos sobre las comunicaciones con PEMEX y las Clínicas privadas 1 y 2, destacando las siguientes:

47.1 Correo electrónico del 6 de julio de 2018, enviado por la Clínica privada 2 a PEMEX, en el que se requirió el pago de las terapias de rehabilitación y se adjuntó la bitácora de asistencia de V1 del 4 al 28 de junio de 2018.

47.2 Correo electrónico del 6 de julio de 2018, enviado por PEMEX a QV, en el que se argumentó que ante la falta del *“reporte de actividades”* de la Clínica privada 2 *“nos encontramos sin sustento para pagar...”*.

47.3 Correo electrónico del 9 de julio de 2018, enviado por la Clínica privada 2 a PEMEX, en el que refirió las consideraciones y acuerdos previos que se tuvieron entre ambas partes, para proporcionar la atención médica de rehabilitación a V1.

48. Correo electrónico del 20 de julio de 2018, enviado por QV a esta Comisión Nacional, con el cual remitió el informe de la Clínica privada 1 y en el que se informó que ante la falta de pago por parte de PEMEX *“nos vemos en la necesidad de tener que suspender las terapias”* de V1.

49. Correo electrónico del 20 de julio de 2018, enviado por QV a PEMEX, en el que le solicitó el pago de las terapias de rehabilitación de V1 en la Clínica privada 1.

50. Correo electrónico del 25 de julio de 2018, enviado por QV a SP5, en el que le solicitó *“resolver el pago de rehabilitación”* de V1.

51. Correo electrónico del 25 de julio de 2018, enviado por QV a SP5, con el que se remitieron los reportes médicos de la Clínica privada 1, incluyendo el reporte sobre el servicio de nutrición.

52. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-1335-2018 del 25 de julio de 2018, por medio del cual la Gerencia Jurídica Consultiva de PEMEX adjuntó la información siguiente:

52.1 Oficio SRLSP-GRL-1502-2018 del 19 de julio de 2018, por medio del cual la Gerencia de Relaciones Laborales de PEMEX informó a esta Comisión Nacional sobre la queja que en relación con V2, que el Comité Ejecutivo General del Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (STPRM) presentó a la Subdirección de Relaciones Laborales y Servicios al Personal y que *“consistió en solicitar la aplicación de un procedimiento contractual por deficiencia de atención médica...”*, el cual resultó extemporáneo.

52.2 Oficio HCSAE-805-02-78550-JLM-102 del 24 de julio de 2018, por medio del cual la Subdirección Médica del Hospital Central Sur de PEMEX informó que la Gerencia de Servicios de Salud autorizó continuar con la rehabilitación física de V1 en las Clínicas privadas 1 y 2, donde es atendido a partir de julio de 2017⁹; se expuso cuáles han sido los motivos de PEMEX para retrasarse en los pagos de ambas clínicas y se remitió la documentación sobre los pagos realizados por PEMEX y las comunicaciones tenidas con QV y las Clínicas privadas 1 y 2.

⁹ En la evidencia, erróneamente se señala el año 2018, pero en realidad es del año 2017.

53. Correo electrónico del 26 de julio de 2018, enviados por QV a SP5, en los que solicitó nuevamente la autorización de pago de las terapias de rehabilitación de V1, incluyendo el servicio de nutrición.

54. Correo electrónico del 30 de julio de 2018, enviado por SP5 a QV, en el que refirió *“ya se va atender su problema, hable con [SP6] al respecto.”*

55. Correo electrónico del 30 de julio de 2018, enviado por QV a esta Comisión Nacional, en el que anexaron los mensajes de texto entre él y SP6, y con el cual se le informó que SP5 *“[sí] nos ha autorizado el pago del paquete completo de la atención brindada...”* a V1.

56. Correo electrónico del 30 de agosto de 2018, enviado por QV a personal de la Comisión Nacional, en el que informó que AR6 y AR7 fueron los supervisores médicos en turno del Hospital Central Sur que conocieron y trabajaron en el caso de V1 los días 20 y 21 de febrero de 2016.

57. Correo electrónico del 7 de septiembre de 2018, enviado por QV a la Comisión Nacional, con el que remitió el reporte médico de la Clínica privada 2.

58. Correo electrónico del 18 de septiembre de 2018, enviado por la Subgerencia de Asuntos Consultivos y Patrimoniales de PEMEX a esta Comisión Nacional, en el que se indicó que derivado de ciertos requisitos administrativos sobre la documentación generada por la Clínica privada 1 y el pago correspondiente de PEMEX, por acuerdo de ambas partes y hasta en tanto no se realizara el proceso, se suspendería la atención de rehabilitación de V1.

59. Acta Circunstanciada del 18 de septiembre de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar que recibió la llamada de QV, quien le informó que por acuerdo entre PEMEX y la Clínica privada 1 *“suspenderían las terapias de rehabilitación de su hijo...”*.

60. Oficio V2/57145 del 19 de septiembre de 2018, por medio del cual esta Comisión Nacional emitió medidas cautelares en favor de V1, solicitando a PEMEX *“no se restrinjan ni suspendan los servicios médicos, asistenciales y de rehabilitación...”* que se otorgan a V1 en la Clínica privada 1.

61. Correo electrónico del 21 de septiembre de 2018, por medio del cual la Subgerencia de Asuntos Consultivos y Patrimoniales de PEMEX comunicó que en cumplimiento a la medida cautelar solicitada *“no le suspendieron los servicios al paciente [V1]”*.

62. Acta Circunstanciada del 25 de septiembre de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar la valoración médica que se realizó a V1, así como su estado de salud actual.

63. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-1723-2018 del 25 de septiembre de 2018, por medio del cual la Gerencia Jurídica Consultiva de PEMEX comunicó que con el correo del 21 de septiembre de 2018, se dio cumplimiento a la medida cautelar solicitada por este Organismo Nacional.

64. Certificado médico del 1° de octubre de 2018 y el “alcance a la valoración médica” del 16 de noviembre de 2018, ambos realizados por esta Comisión Nacional, en los que se precisó el estado de salud actual, señalando las limitaciones que presenta V1 a consecuencia del daño neurológico que sufrió.

65. Acta Circunstanciada del 23 de octubre de 2018, en la cual consta la consulta que realizó personal de la Comisión Nacional de la Carpeta de Investigación, en integración, y en la que destaca la emisión del Dictamen en medicina con números de folios 54178 y 39915 de 9 de junio de 2018.

66. Acta Circunstanciada del 28 de noviembre de 2018, suscrita por personal de la Comisión Nacional, en la que se hizo constar la llamada de QV, quien le señaló que la Clínica privada 2 refirió un nuevo retraso por parte de PEMEX, respecto del pago de las terapias de V1, asimismo comunicó las acciones realizadas y que le fueron comunicadas dentro de la Carpeta de Investigación.

67. Correo electrónico del 28 de noviembre de 2018, enviado por personal de la Comisión Nacional a PEMEX para solicitar justificara el motivo del retraso en el pago de terapias de V1 a la Clínica privada 2 y la respuesta que se proporcionó.

68. Correo electrónico del 11 de diciembre de 2018, por medio del cual QV remitió a esta Comisión Nacional el oficio SZS-AIII-914/2018 del 27 de noviembre de 2018 y mediante el cual se le notificó el no ejercicio de la acción penal dentro de la Carpeta de Investigación.

69. Oficio SDHPDSC/DGPCDHQI/386/2019 del 25 de enero de 2019, por medio del cual la Fiscalía General remitió la solicitud de intervención formulada a la CONAMED para la elaboración de dictamen médico institucional, en virtud de que QV aportó su dictamen médico particular en la Carpeta de Investigación, que es contradictorio con el Dictamen de Medicina suscrito por una médica de la entonces PGR.

70. Escrito sin fecha, recibido en esta Comisión Nacional el 31 de enero de 2019, por medio del cual QV solicitó la reparación integral por el daño ocasionado a V1.

71. Correo electrónico del 18 de febrero de 2019, suscrito por personal de la Comisión Nacional con el que se solicitó a PEMEX regularizara el pago a la Clínica Privada 2 respecto de ese mes.

72. Acta Circunstanciada del 15 de abril de 2019, en la cual consta la llamada telefónica que personal de esta Comisión Nacional realizó al Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la Unidad de Responsabilidades en PEMEX, en la que informaron sobre el archivo del Expediente administrativo 1, por falta de elementos para proceder a responsabilizar a servidor público alguno.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

73. Con motivo de la atención médica que recibió V1 en el Hospital Central Sur, QV y V2 interpusieron el 8 de diciembre de 2016 denuncia ante la PGR, y el 30 de diciembre de ese año AR4, MPF acordó el inicio de la investigación que se registró como Carpeta de Investigación por el delito de lesiones en contra de quien resulte

responsable. El 25 de enero de 2019 se informó a esta Comisión Nacional que la misma aún se encontraba en integración.

74. El 9 de julio de 2018, la Coordinación de Servicios Periciales de la entonces PGR emitió el Dictamen con números de folios 54178 y 39915, con el que arribó a la conclusión de que: *“La atención médica brindada por los servicios médicos del [Hospital Central Sur], durante su internamiento y consulta extrema (sic) fue apegada a la Lex Artis, no encontrándose datos que sugieran mala práctica médica”.*

75. En razón de este dictamen, el 22 de junio de 2018 se propuso un acuerdo de no ejercicio de la acción penal, no obstante, QV se inconformó y solicitó a la representación social se tomara en cuenta la pericial en medicina legal forense particular del 7 de marzo de 2018 y el testimonio de M2, en el cual se acredita que sí existió responsabilidad médica por parte de AR1.

76. La Comisión Nacional solicitó a la entonces PGR informara el estatus de la Carpeta de Investigación y el 25 de enero de 2019 remitió el oficio SZS-AIII-030/2019, en el cual se señala que se entrevistó a M2 y se recabó su *“dictamen médico”*, siendo que el 21 de enero de 2019 la Fiscalía General solicitó a la CONAMED un dictamen médico institucional en relación con la cirugía practicada a V1, toda vez que en la ocasión previa que el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la Unidad de Responsabilidades en PEMEX solicitó su colaboración, hizo del conocimiento que sólo *“coadyuvaría como perito tercero en discordia, en los casos que se hayan desahogado peritajes contradictorios”.*

77. El 23 de mayo de 2017, QV y V2, en representación de V1, presentaron escrito de queja ante el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la Unidad de Responsabilidades en PEMEX, el cual fue recibido el 26 de mayo de 2017. El 31 de mayo de 2017, al tener conocimiento de presuntas irregularidades administrativas se emitió acuerdo de radicación del Expediente Administrativo 1.

78. El 15 de abril de 2019 se informó a esta Comisión Nacional que con fecha 14 de febrero de 2019, se emitió acuerdo de archivo del Expediente Administrativo 1, por falta de elementos para acreditar responsabilidad administrativa, basándose en el Dictamen de medicina de la PGR del 9 de junio de 2018, en el que no se encontraron datos que adviertan una mala práctica médica.

79. Por otra parte, con motivo del escrito de queja que presentó QV ante el OIC en la Secretaría de la Función Pública, en el sentido de que dentro del Expediente Administrativo 1 *“a la fecha no se ha recibido atención alguna”*, el 10 de julio de 2017 se radicó el Expediente Administrativo 2 en la entonces Dirección General Adjunta de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la Contraloría Interna de la Secretaría de la Función Pública.

80. En el Expediente Administrativo 2 se investigó al Titular de la Unidad de Responsabilidades y al Titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones, ambos de PEMEX, por el probable incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8, fracción I, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores

Públicos¹⁰ aplicable, en relación con lo dispuesto por el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. El 28 de marzo de 2018 el Área de Quejas del OIC de la Secretaría de la Función Pública determinó emitir acuerdo de conclusión y archivo al no encontrar elementos para determinar alguna probable responsabilidad administrativa.

IV. OBSERVACIONES.

81. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/2/2017/5244/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuentan con elementos suficientes que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud e integridad personal en agravio de V1, por actos y omisiones atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR5, AR6 y AR7 personal médico, administrativo y de supervisión del Hospital Central Sur, y del derecho de acceso a la justicia, en su modalidad de procuración, en agravio de QV, V1 y V2, por la dilación en la integración de la Carpeta de Investigación; esta última atribuible a AR4, MPF de la Fiscalía General, encargada de su integración, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

¹⁰ "I. Cumplir con el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión."

A. CONTEXTO SITUACIONAL.

82. A V1, como derechohabiente del servicio médico de PEMEX y previa realización de estudios de laboratorio y de gabinete, el 15 de febrero de 2016 se le practicó una cirugía en el Hospital Central Sur respecto de dos hernias que presentaba (inguinal y umbilical); posterior a la misma presentó un broncoespasmo severo que evolucionó a un paro cardiorrespiratorio, lo que a la postre le ocasionó un daño neurológico irreversible que le provocó diversas limitaciones físico-funcionales y daños orgánicos que aún persisten.

83. Para efecto de analizar y determinar las violaciones a los derechos humanos por la inadecuada atención médica de que V1 fue objeto, es necesario distinguir los tres momentos en que se le proporcionó, a saber: antes de la cirugía, durante la intervención quirúrgica y posterior a la misma.

84. La diferenciación en los tiempos de atención médica permite realizar un mejor análisis y comprensión del caso y resulta idóneo para determinar la actuación de cada servicio médico que intervino en la atención de V1, a saber: Cirugía General, Anestesiología, Terapia Intensiva, Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, sin pasar por desapercibido que durante el tiempo que V1 permaneció hospitalizado y después de su alta médica, el 20 de mayo de 2016 fue valorado y atendido médicamente por otros servicios como: Medicina Interna, Nutrición, Rehabilitación, Hematología, Terapia del Lenguaje, Medicina Interna Diabéticos, Dermatología, Endoscopía, Hospitalización, Vascular Periférico, Gastroenterología, Oftalmología, Foniatría, Otorrinolaringología, Electrofisiología, Eco-Transesofágico y Medicina legal.

85. Por lo anterior, se procederá al análisis por separado de los servicios médicos que estuvieron a cargo de la cirugía del 15 de febrero de 2016, que fueron Cirugía General y Anestesiología, así como del servicio de Terapia Intensiva, cuya intervención médica ocurrió posterior a la cirugía y su objetivo fue brindar atención médica respecto de la emergencia que ocurrió al momento de presentarse el broncoespasmo y que después evolucionó a paro cardiorrespiratorio. De igual forma, se analizará la atención médica proporcionada por los servicios de Neurología y Neurocirugía y Psiquiatría, cuya intervención ocurrió después de la cirugía y de los eventos médicos de emergencia.

86. El análisis y determinación de responsabilidades se realizó con base en el estudio del expediente de queja, el expediente clínico de V1, los informes rendidos por las diversas autoridades, así como las Opiniones médicas de fechas 13 de noviembre de 2017 y 1° de marzo de 2018 de esta Comisión Nacional, que realizó análisis por separado de los servicios médicos que estuvieron a cargo de la cirugía de V1 del 15 de febrero de 2016 y de su recuperación.

87. Con el fin de ayudar a contemporizar la atención médica de V1 respecto de los principales servicios médicos del Hospital Central Sur que se le proporcionaron, a continuación se presenta un cuadro con las principales constancias del expediente clínico de V1 y lo destacable del contenido de cada una de ellas:

FECHA	EVENTO	OBSERVACIÓN
ANTES DE LA CIRUGÍA		
26/oct/15	V1 acude al servicio de urgencias del Hospital Central Sur por	Se le diagnosticó " <i>hernia umbilical</i> ".

	presentar dolor en zona periumbilical.	
29/oct/15	Valoración de V1 como paciente externo por parte del servicio de Cirugía General.	Se precisa el diagnóstico <i>"hernia inguinal izquierda y umbilical"</i> y SP1 programa la cirugía.
5/feb/16	Programación de cirugía de reparación <i>"plastia laparoscópica"</i> por parte del servicio de Cirugía General.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia clínica de V1. ➤ SP1 proporciona: Consentimiento informado para la hospitalización, consentimiento informado para transfusión de sangre y sus componentes, consentimiento informado para marcaje de sitio quirúrgico y consentimiento informado para plastia umbilical e inguinal laparoscópica.
14/feb/16	V1 es internado en el Hospital Central Sur para la realización de cirugía laparoscópica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingresa a las 06: 31 PM. ➤ El servicio de Anestesiología otorga el consentimiento informado para procedimiento anestésico. ➤ Primera valoración anestésica a cargo de AR1 y SP11: V1 es alérgico al látex y a la manzana. 4:40 PM. SP21 del servicio de Anestesiología señala, antecedentes médicos de importancia <i>"alergia negados"</i>.
15/feb/16	Se realiza segunda valoración preanestésica por parte de AR1; toma las medidas para tratar la alergia al látex de V1 y, previo a la cirugía, utiliza premedicación para evitar una reacción alérgica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4:50 PM. <i>"se localiza en el hospital guantes libres de látex (cuatro pares), la mascarilla facial (...) se cubrirá con un tegaderm, el tubo endotraqueal no se puede substituir..."</i>. ➤ En la nota clínica del 21 de marzo de 2016, AR1 refirió: <i>"...el tubo endotraqueal fue libre de látex ..."</i>. ➤ 1) SP8 y SP9 señalaron: <i>"a las 16:30 horas 300 hidrocortisona, a las 16:35 horas 20 mg de avapena y a las 17:00 horas 1g de ceftriaxon"</i>. 2) mientras que SP9 y SP10 indicaron <i>"a las 17:00 horas le suministraron ceftriaxona 1 gr, hidrocortisona 500 mg y avapena 20 mg a las 17:10 horas..."</i>.
DURANTE LA CIRUGÍA		
15/feb/16	SP1 realiza la cirugía laparoscópica de reparación de las dos hernias.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SP1 señala duración de la cirugía 2 horas y media, en las cuales realizó: <i>"...reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis no especificado D..."</i>. ➤ SP9 y SP10 señalan: <i>"a las 18:00 horas (...) 500 mg de ranitida y 100 mg de desketoprofeno (sic), a las 19:(ilegible)4 (...) paracetamol, 19:50 ondansetron 8 mg, 300 mg de hidrocortisona y 20 mg de avapena a las 20:20 horas, 20:37 .1 de adrenalina, 20:39 atropina, 20:42 adrenalina, 20:48 inician maniobras y, 21:13 se entrega a UTI"</i>. ➤ SP9 y SP10 señalaron que en dos ocasiones a V1, se le colocó tubo endotraqueal 7.5 y 8.5 por SP11 y por SP12 Foley #16 globo (ilegible), así como la colocación de un catéter central por SP13.
DESPUÉS DE LA CIRUGÍA		
Dentro del quirófano y durante el día de la operación		
15/feb/16	AR1 inicia maniobras para intentar revertir broncoespasmo.	➤ SP1 del servicio de Cirugía General señaló: <i>"durante la extubación el paciente presenta episodio de</i>

	Interviene servicio de Terapia Intensiva.	<p>broncoespasmo severo, por lo que se reintuba por parte del servicio de anestesiología...”.</p> <p>➤ 9:44 PM. AR1 del servicio de Anestesiología señaló: “...termina cirugía (...) se decide extubar (...) presentando posteriormente broncoespasmo severo, se apoya con presión positiva (...) se administra dosis de broncodilatador (salbutamol) y presión positiva sin ceder broncoespasmo, se inicia administración de adrenalina 20 mcgr iv, sin respuesta, se administra hidrocortisona 300 mg iv, avapena 20 mg iv, sin respuesta clínica, se repite dosis de broncodilatador y se continúa con presión positiva, durante todo este tiempo el broncoespasmo sigue presente (...) se interconsulta a terapia intensiva (...) se decide reintubar al paciente (...) broncoespasmo severo secundario a probable reacción alérgica...”.</p> <p>➤ El servicio de Terapia Intensiva señaló: “acudimos ha (sic) llamado del servicio de anestesiología (...) presenta broncoespasmo severo, refractario a las medidas previamente tomadas por el servicio de anestesiología (...) encontramos al paciente bajo los efectos de fármacos anestésicos, extubado, recibiendo apoyo ventilatorio mediante mascarilla facial, se ausculta silencio ventilatorio. Se indica manejo con adrenalina 0.5 mg iv y 0.5 mg subcutáneo, sin respuesta, se decide reintubación. Se realiza intubación por servicio de anestesiología. Posterior a intubación continúa con silencio ventilatorio y bradicardia, la cual responde exitosamente a 1 mg de atropina intravenosa, persiste broncoespasmo severo y desaturación severa (<20), presenta evento de paro cardiorrespiratorio (actividad eléctrica sin pulso, por lo que se realizan maniobras de reanimación avanzada, tras un ciclo y una dosis de adrenalina (1 mg), revierte el estado de paro...”.</p>
Atención médica en diversas áreas de hospitalización del nosocomio		
15/feb/16	V1 ingresa al servicio de Terapia Intensiva.	➤ Ingresó a las 21:20 horas con diagnóstico “Choque anafiláctico hipoxemia (sic) prolongada”.
18/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 10:16 AM. AR3 señaló que V1 cursaba con adecuada evolución neurológica y que el motivo de consulta a ese servicio fue por “desorientación no especificada”.
19/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 11:16 AM. AR3 señaló: “desorientación no especificada (...) continúa sin cambios al día de ayer, sin convulsiones o déficit neurológico, asintomático ...”
20/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 6:18 AM. AR3 indicó como diagnóstico “epilepsia” y señaló que los síntomas de V1 eran consecuencia de los fármacos.

20/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Cirugía General.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10:34 AM. SP1 refiere que encuentra a V1 con disminución izquierdo y parestesias, un vómito en proyectil y relajación de esfínteres, el servicio de Neurología les señala que los datos clínicos observados son secundarios a los medicamentos administrados. ➤ 4:52 PM. SP1 asentó que V1 presentaba parestesia, visión borrosa, debilidad generalizada, neurológicamente con somnolencia, pupilas reflecticas y midriáticas de forma bilateral, de forma verbal Neurología comenta que dichos síntomas se deben a efectos adversos de los medicamentos.
21/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Cirugía General.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10:09 AM. SP14 asentó que V1 se encontraba con fijaciones a la cama por agitación psicomotriz intensa, sin control de esfínteres, indiferente al medio, agitado, con espasmos musculares de extremidades y movimientos torpes, lenguaje incoherente, no fijación de mirada y que el servicio de Neurología solicitó evaluación por psiquiatría, sugiriendo revaloración por parte de neurología pues no se ha concluido diagnóstico y manejo del estado actual.
21/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Psiquiatría.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 11:26 AM. AR4 señaló que V1 cursaba con cuadro de delirium de origen a determinar y sugirió mantener el uso de haloperidol.
21/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 11:44 AM. AR3 señala que V1 presenta efectos del medicamento, administra haloperidol y solicita interconsulta con parte del servicio de Psiquiatría por alteración del comportamiento y datos de delirium hiperactivo.
21/feb/16	Segundo ingreso de V1 al servicio de Terapia Intensiva.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 12:12 AM. Reportan a V1 con diagnósticos de Síndrome neuroléptico maligno y Estado postparo cardiorrespiratorio con reanimación exitosa, además de estar orointubado y con descontrol glucémico. ➤ 5:14 PM. Describen la sintomatología de V1 indicando que no responde al llamado, no dirige la mirada, quejumbroso, no articula palabras, pupilas isométricas, dificultad para la deglución, hipertenso, con descontrol glucémico, con febrícula, presentado deterioro neurológico progresivo, con acidosis metabólica compensada, taquicardia e hipertonia muscular.
22/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Terapia Intensiva.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 8:40 AM. SP4 reporta que V1 presenta neumonía en ambas bases.
22/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1:20 PM. AR3 señala como diagnóstico Síndrome Neuroléptico y valorar Síndrome Serotoninérgico o incluso se debe descartar causas infecciosas al sistema nervioso central y toxicomanías.
25/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2:17 PM. AR3 sugiere investigar patología psiquiátrica de base.

26, 27 y 28/feb/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurocirugía.	➤ 12:28 PM. SP16 y SP3 señalaron pobre respuesta al tratamiento y sugirieron investigar patología psiquiátrica de base.
3/mar/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 6:23 AM. AR3 señaló como diagnóstico efectos adversos de antipsicóticos y neurolépticos fenotiazínicos y delirium hiperactivo.
4/mar/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 8:31 PM. AR3 establece nuevo diagnóstico de encefalopatía no especificada.
5/mar/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 12:12 PM. AR3 indica que V1 cursa con secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica tardía.
28/mar/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 08:22 AM. AR3 señaló que V1 presentaba crisis diencefálicas por patología a nivel de los núcleos basales.
4/abr/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ 6:54 AM. AR3 señaló que V1 era candidato a neuroestimulador, cerebrolisyn, debido a que el paciente presenta daño cerebral notorio con pérdida importante de interconexiones neuronales; se pretende realizar proceso de neuroproliferación con nuevas interconexiones neuronales.
Del 6 al 8 de abril/abr/16	Valoración de V1 por el servicio de Neurología.	➤ AR3 advirtió que por tres días consecutivos no se suministró el neuroestimulador "cerebrolisyn" a V1 ya que la farmacia del Hospital Central Sur no contaba con dicho medicamento.
3/may/16	Valoración de V1 por el servicio de Terapia Intensiva.	➤ 11:13 PM. V1 presentaba "choque séptico PB de origen pulmonar".
3/may/16	Valoración de V1 por el servicio de Medicina Interna.	➤ V1 presentó una falla orgánica múltiple; hemodinámica, ventilatoria, renal, hepática y neurológica, además del foco de infección pulmonar.
20/may/16	Valoración de V1 por el servicio de "Medicina Interna Diabéticos" para su egreso a domicilio.	➤ 10:47 AM por mejoría, se ordena egreso a su domicilio en ambulancia, con diagnóstico de "...posoperado (sic) de hernia inguinal izquierda y plastia umbilical + encefalopatía anoxoisquémica tardía + paro cardiorrespiratorio + choque séptico remitido + síndrome neuroléptico maligno + neumonía por aspiración remitido +epilepsia secundaria a manejo".

A.1. Situación previa a la cirugía de V1.

A.1.1. Atención médica por parte del servicio de Cirugía General.

88. En el informe médico del 8 de junio de 2017, SP1 indicó que la valoración de V1 por parte del servicio de Cirugía General inició el 29 de octubre de 2015; día en el que se le diagnosticaron dos hernias, una inguinal izquierda y otra umbilical, no

complicadas. En razón de ello, se solicitaron estudios preoperatorios de laboratorio y de gabinete, para posteriormente ser valorado nuevamente y programar su cirugía.

89. Los días 1° de noviembre de 2015 y 7 de enero de 2016, V1 fue valorado nuevamente por el servicio de Cirugía General, siendo que los resultados de los estudios de laboratorio *“se encuentran en parámetros normales y ultrasonido reporta hernia inguinal izquierda, con presencia de asas intestinales, defecto de 13 mm en reposo y con Valsalva 18 mm, con fecha 5 de noviembre de 2015”*.

90. El 5 de febrero de 2016, SP1 realizó la programación quirúrgica preoperatoria *“plastia inguinal izquierda laparoscópica tipo TAPP y plastia umbilical abierta”*, y otorgó cita de internamiento para el 14 de febrero de 2016, con fecha de cirugía del 15 del mismo mes y año, a las 16:00 horas.

91. Sobre su diagnóstico, en el informe que se envió a esta Comisión Nacional, SP1 manifestó que se contó con el protocolo quirúrgico completo y en condiciones adecuadas, ya que V1 fue valorado en diferentes momentos por tres cirujanos de ese servicio, *“en un lapso de tres meses anteriores a la fecha de la intervención quirúrgica”*, coincidiendo en el diagnóstico médico de V1 y que éste ameritaba resolución quirúrgica.

92. SP1 refirió que las valoraciones preanestésicas se hicieron desde el 14 de febrero de 2016 y fueron realizadas por el servicio de Anestesiología a cargo de AR1. El día de la cirugía, SP1 manifestó que el servicio de Anestesiología, en la zona de preoperatorio del quirófano central, realizó nuevamente valoración

preanestésica; *“el médico de anestesiología informó a los familiares y paciente del antecedente de alergia al látex y de la necesidad de tomar medidas pertinentes, como utilizar materiales médicos libres de látex ó sin látex y pre-medicación con antihistamínicos y corticoesteroides”*.

A.2. Actuaciones ocurridas durante la cirugía de V1.

93. Respecto de los médicos que estuvieron a cargo de la operación, mediante oficio del 24 de mayo de 2017, AR2 informó a la PGR que *“los médicos que llevaron a cabo la cirugía de hernia inguinal y umbilical del paciente son los siguientes: [SP1].- Médico adscrito al servicio de Cirugía General. [AR1].- Médico adscrito al servicio de Anestesiología. [SP7].- Médico adscrito al servicio de la Unida (sic) de Terapia Intensiva”*. Mediante comunicado del 22 de agosto de 2017, se remitieron a este Organismo Nacional, los informes médicos de AR1, SP1 y SP4, este último, Jefe del servicio de Terapia Intensiva, rindió un informe respecto de su participación, la cual ocurrió al día siguiente de la cirugía laparoscópica.

A.2.1. Atención médica por parte del servicio de Cirugía General.

94. SP1 refirió que la cirugía se llevó a cabo *“sin ningún incidente o complicación transoperatorio anestésico o quirúrgico y mínimo sangrado”*. Asimismo, en su informe médico del 23 de agosto de 2017, precisó lo siguiente: *“la cirugía (...) se llevó acabo (sic) sin complicaciones, con mínimo sangrado y de forma exitosa, en tiempo y forma. (...) Al término de la cirugía, el paciente fue extubado y despertado. Efectivamente, el suscrito informó vía telefónica a familiares, específicamente a la [V2], madre del paciente, que la cirugía había concluido, sin complicaciones ...”*

A.3. Eventos posteriores a la cirugía de V1.

A.3.1. Atención médica por parte del servicio de Cirugía General.

95. Después de la cirugía, SP1 señaló: “...antes de realizar el traspaso del paciente a la unidad de cuidados postanestésicos, (...) [AR1], identificó que el paciente, presentaba datos clínicos compatibles con broncoespasmo, (...) el servicio de Anestesiología, inició tratamiento médico del broncoespasmo, (...) sin observar mejoría clínica, por tal motivo, [AR1] (...) me informó nuevamente que deseaba inducir la anestesia y reintubar al paciente, (...) se solicitó vía telefónica al servicio de unidad de cuidados intensivos para que acudieran al apoyo y atención del paciente, quienes tardaron menos de 1 minuto en arribar a la sala quirúrgica.”

96. Después de la emergencia médica y una vez que V1 se encontraba estable y a cargo del servicio de Terapia Intensiva, SP1 señaló lo siguiente: “...informé a los familiares del paciente,(...) [QV, V2 y V3] que [la cirugía] se había llevado sin complicaciones, que [V1] había sido extubado y despertado de la anestesia, pero que (...) durante el evento postanestésico inmediato y antes de su traslado a la sala de recuperación, el [AR1] (...) identificó que (...) [V1] presentó un broncoespasmo severo (...) presentó actividad eléctrica sin pulso que ameritó maniobras de reanimación cardiopulmonar...”.

97. Lo que SP1 manifestó, en ambos informes, respecto de su participación, fue corroborado y cotejado con el contenido del expediente clínico de V1; los informes que rindió ante PEMEX, así como el que se envió a esta Comisión Nacional mismas

que guardan una relación y coincidencia sobre la participación del servicio de Cirugía General el día de la operación, no así en lo que quedó asentado en la nota de revisión del día de la cirugía y la hoja quirúrgica postoperatoria, ambas suscritas por SP1, en las cuales, además de asentar que la cirugía fue realizada con éxito y sin complicación alguna, refirió que el evento del broncoespasmo se presentó *“durante la extubación”* y que ante dicha emergencia médica, el servicio de Anestesiología *“reintuba”* a V1, sin precisar en qué momento y cómo lo hizo y que, previo a esta acción, AR1 realizó diversos esfuerzos para revertir el broncoespasmo, pero al no obtener resultados positivos es cuando decidió reintubar y solicitar la intervención del servicio de Terapia Intensiva, no obstante, el propio médico anestesiólogo refirió que el episodio del broncoespasmo se presentó después de la extubación y que previo a la reintubación realizó maniobras médicas para intentar revertir el broncoespasmo, como más adelante será analizado.

98. La atención médica por parte del servicio de Cirugía General, el día que se realizó la cirugía de reparación, se circunscribió a la reparación de las hernias, aunque SP1 continuó valorando y revisando a V por cuanto a la recuperación y sanación de las heridas realizadas con motivo de la cirugía, tal como lo describió: *“... mantuve un seguimiento estrecho del caso (...) por lo que se refiere a la cirugía practicada (...) fue dado de alta por parte del Servicio de Cirugía General el día 29 de febrero de 2016, ya que se habían retirado los puntos y no había evidencia de complicación postquirúrgica, no obstante (...) continuábamos pendiente de su evolución (...) el paciente, continuó hospitalizado a cargo del Servicio de Neurología, Medicina Interna y Terapia Intensiva (...) por parte mía y del servicio de cirugía continuábamos (...) como servicio interconsultantes...”*

99. Lo anterior consta en las notas clínicas e informes contenidos en el expediente clínico de V1, en los que se corroboró que el servicio de Cirugía General continuó supervisando la recuperación médica de la cirugía que se realizó a V1, de la cual no presentó complicación alguna durante su estancia médica.

100. Sobre la actuación del servicio de Cirugía General, en la Opinión médica de esta Comisión Nacional, se determinó que *“el evento quirúrgico de reparación de ambas hernias fue llevado a cabo de manera exitosa, con la técnica médica adecuada, en tiempo y forma y de acuerdo a lo establecido en la literatura médica...”*.

101. En la ampliación de la Opinión médica, respecto de la atención que recibió V1 en cuanto a la recuperación y sanación de las heridas realizadas con motivo de la cirugía, concluyó: *“en el servicio de Cirugía General, se le atendió en tiempo y forma adecuados, con corrección de ambas hernias sin complicaciones y con la técnica adecuada y descrita en la literatura Médico-Quirúrgica.”*.

102. La Comisión Nacional considera que la atención médica brindada, antes, durante y después de la cirugía laparoscópica, por parte de SP1 y del personal médico adscrito al servicio de Cirugía General, se realizó en tiempo y forma adecuados, pues no se advierten datos que sean indicativos de una mala práctica médica.

A.3.2. Atención médica por parte del servicio de Terapia Intensiva.

103. Respecto de la atención médica que se proporcionó a V1 en el servicio de Terapia Intensiva, tanto al momento en que SP7 intervino en la atención médica de emergencia del 15 de febrero de 2016, así como en la atención que SP4 y demás personal de ese servicio otorgó en tres ocasiones diferentes (primer ingreso, del 15 de febrero al 17 de febrero de 2016; segundo ingreso, del 21 de febrero al 23 de marzo de 2016 y tercer ingreso, del 4 al 20 de mayo de 2016), en que V1 estuvo bajo monitoreo neurológico, hemodinámico y de la función ventilatoria, en la ampliación de la Opinión médica de esta Comisión Nacional, se determinó que *“El manejo médico que se le brindó por parte del servicio de Terapia Intensiva, fue adecuado en tiempo y forma, al padecimiento médico y secuelas que presentó [V1], tal y como lo establece la literatura médica”*.

104. La Comisión Nacional únicamente se pronunciará respecto de los servicios médicos de Anestesiología, Neurología y Psiquiatría, cuyo análisis previo realizado por este Organismo Nacional evidenció violaciones a los derechos humanos en perjuicio de V1, como a continuación se señala.

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

105. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las

personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹¹

106. El derecho a la protección de la salud se encuentra previsto en el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal, el cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de su salud. Al respecto, esta Comisión Nacional ha señalado que las personas que hacen uso de los servicios de salud tienen derecho a obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables, obligación que corre a cargo del Estado Mexicano, a través de la Federación, Estados y Municipios de acuerdo a lo establecido en la ley¹².

107. Sobre este tema, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N°14, ha puesto de manifiesto que la salud es un derecho humano, fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos¹³; mientras que en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12, párrafo primero) se señala: “*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”, entendiéndose de lo anterior, que las personas tienen derecho de acceder en igualdad de condiciones y sin discriminación alguna, a una gama de facilidades, bienes, servicios y aquellas condiciones que resulten necesarias para materializar, de manera plena y efectiva, el acceso al nivel más alto posible y a la protección de su salud.

¹¹CNDH. Recomendaciones 14/2016, p. 28; 66/2016, p. 28; 50/2017, p. 22; 56/2017, p. 42; 1/2018, p. 17 y 75/2018, p. 19.

¹² Véase: http://www.cndh.org.mx/Cuales_son_Derechos_Humanos. Cuáles son los derechos humanos, Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

¹³ 25 de abril a 12 de mayo de 2000, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Párrafo primero.

108. En la Recomendación General N° 15 *Sobre el derecho a la protección de la salud* (página 4), esta Comisión Nacional señaló la importancia de la observancia y cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relativas a la prestación de los servicios en materia de salud y destacó que su contenido y criterios fundamentales parte de la observancia de tres vertientes y enfoques de atención: *“a) carácter preventivo; b) en materia de prestación de servicios médicos; c) trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud (de carácter técnico-administrativo, de capacitación, de infraestructura y administrativas) y de carácter técnico-clínico (equipamiento)”*.

109. Sobre la prestación de servicios en materia de salud, esta Comisión Nacional puntualizó en la propia Recomendación General N° 15 (página 7) que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad; accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad”*.

110. Como ya se señaló, en el caso de V1, se sabía que tenía como antecedente médico de importancia una alergia al látex, la cual había quedado asentada en su expediente clínico por lo menos desde el año 2015.

111. En esta ocasión, respecto de la preparación e intervención en la cirugía laparoscópica del 15 de febrero de 2016, con base en los informes remitidos por el

servicio de Anestesiología, así como de las constancias que obran en el expediente clínico de V1, consistente en la atención médica proporcionada antes de la cirugía, que consistió en diversas valoraciones pre anestésicas y durante la cirugía, cuya intervención por parte del servicio de Anestesiología consistió en proporcionar la pre medicación, la revisión de equipo anestésico y la inducción de la anestesia a V1, incluyendo el manejo y tratamiento otorgado para la alergia al látex de V1; la médico de esta Comisión Nacional señaló que: *“De acuerdo con lo descrito en notas e informes médicos, se realizaron las medidas precautorias mínimas necesarias en casos de alergias al látex”,* por lo que hasta este momento el manejo anestésico por parte de AR1 fue llevado de manera adecuada, aún y cuando se presentó *“el evento de choque anafiláctico con broncoespasmo severo...”*, pues precisó que este acontecimiento médico fue *“...independiente del desempeño médico, no atribuible a ningún tipo de manejo y actuar médico y que es una condición médica causada por una respuesta desmedida del sistema inmunológico del paciente ante un agente agresor externo”*.

112. Así las cosas, en cuanto a la participación del servicio de Anestesiología, la especialista de esta Comisión Nacional se pronunció en el sentido de que la atención médica proporcionada antes y durante la cirugía laparoscópica fue realizada de manera adecuada, aunado al hecho de que se tomaron medidas previas para tratar la alergia al látex de V1 al cual estaría expuesto en sala de quirófano, pre medicándolo, cubriendo parte del equipo médico con *“tegaderm”*¹⁴ y

¹⁴ Apósito transparente estéril, constituido por una película transparente de poliuretano. Sirve como barrera de protección sobre la zona de aplicación, impidiendo la entrada de virus, bacterias, suciedad, contaminantes, heces, orina y agua desde el exterior. Ficha técnica descriptiva consultable en <http://multimedia.3m.com/mws/media/314416O/msurg-ntegadermstdar.pdf>.

utilizando guantes libres de látex *“para disminuir la sensibilidad de los mastocitos”*¹⁵, cuyo fin era evitar una reacción de tipo alérgica, por lo anterior, en las conclusiones de la especialista de la Comisión Nacional conlleva a considerar que la inadecuada atención médica por parte del servicio de Anestesiología ocurrió con posterioridad a la cirugía practicada a V1, es decir, que hasta la terminación de la cirugía, el actuar médico de AR1 fue adecuado, pero no así en momentos posteriores a la misma, como se desarrollará enseguida.

B.1. Inadecuada atención médica por parte del servicio de Anestesiología.

113. Sobre la atención médica que brindó AR1 en el periodo postquirúrgico, indicó: *“...se extuba (...) inicia con broncoespasmo severo secundario muy probablemente a una reacción alérgica, (...) se administra broncodilatador inhalado en salvas de 10 en 3 ocasiones sin respuesta, se inicia administración de adrenalina (...) se administra hidrocortisona (...) y cloropiramide (...) sin respuesta favorable (...) requiriendo (...) manejo por parte del servicio de terapia intensiva a base de adrenalina (...) sin respuesta (...) Se realiza intubación por parte del servicio de anestesiología. (...) continúa con silencio ventilatorio y bradicardia, la cual responde exitosamente a 1 mg de atropina intravenosa. Persiste con broncoespasmo severo y desaturación severa (<20%), presenta evento de paro cardiorrespiratorio (...) se realizan maniobras de reanimación avanzada (...) Remitiendo el broncoespasmo y el paro secundario en aproximadamente en un tiempo total de seis minutos...”*

¹⁵ Son células efectoras que proveen mediadores granulares y moléculas de membrana, así como citocinas, en las enfermedades alérgicas e inflamatorias. *“Biología celular y molecular del mastocito”*, revista esp. Alergol Inmunol Clin, María Concepción Castells, volumen 12, número 6, página 11.

114. En la Opinión médica de esta Comisión Nacional se señaló que al momento en que AR1 retiró a V1 el tubo endotraqueal y se presentó el broncoespasmo severo: *“el médico anestesiólogo, aplicó broncodilatador inhalado a través de mascarilla facial, a pesar de que el paciente aún se encontraba bajo los efectos de los fármacos anestésicos y con poca respuesta ventilatoria para poder absorber el fármaco broncodilatador, repitiendo este procedimiento en tres ocasiones”*; cuando el procedimiento adecuado era que al momento en que AR1 se percató de que el paciente presentaba el broncoespasmo severo, de manera inmediata debió proceder a reintubar a V1 y administrar los medicamentos vía intravenosa y por el tubo endotraqueal para contrarrestar el choque anafiláctico y no suministrar los broncodilatadores, puesto que en ese momento V1 presentaba una contracción de las vías respiratorias, lo cual afectaba sus pulmones e impedía una respiración normal y, por tanto, no resultaba posible absorber el medicamento por medio de inhalación.

115. Lo anterior, se tradujo en que los reiterados intentos de AR1 por restablecer la dilatación de los bronquios de V1 no resultaran efectivos, provocando que el broncoespasmo evolucionara a un paro cardiorrespiratorio y a una hipoxia severa.

116. El tiempo que V1 permaneció sin la oxigenación adecuada y el diagnóstico médico establecido de *“encefalopatía anoxo-isquémica”*, están estrechamente relacionados y son consecuencia del estado médico que presenta actualmente V1, ya que el daño neurológico de V1 se debió a que AR1 no actuó de manera pronta e inmediata para restablecer la oxigenación del paciente por medio de su reintubación inmediata.

117. Sobre las causas de la encefalopatía anoxo-isquémica, la médica de esta Comisión Nacional señaló: *“...Entre las causas de este fenómeno están: la hipoxemia sistémica (asfixia, insuficiencia respiratoria), alteraciones en el transporte de oxígeno (anemia aguda, intoxicación por monóxido de carbono) y la reducción global del flujo sanguíneo cerebral, como es el caso del paro cardiorrespiratorio. Esta revisión considera como modelo el paro cardiorrespiratorio porque es la causa más frecuente de encefalopatía anoxo-isquémica en la práctica clínica del adulto (...). La simple maniobra de detener el flujo sanguíneo cerebral durante más de seis a ocho segundos provoca pérdida inmediata de la conciencia.”*

118. En la Opinión médica se puntualizó que en un adulto el flujo sanguíneo cerebral en promedio es de 60 mL/min/100 g de tejido, indicando que cuando el flujo sanguíneo es menor de 20 mL/min/100 g, aparecen síntomas neurológicos clínicamente detectables y cuando disminuye a rangos de 6 a 8 mL/min/100 g, *“se altera la homeostasia iónica, la insuficiencia del potencial de membrana y la liberación masiva de potasio, en ese momento la viabilidad neuronal desaparece (umbral de la insuficiencia de membrana).”*

119. En el mismo sentido se pronunció M2, médico especialista en medicina legal y forense particular, quien a solicitud de QV y V2, el 7 de marzo de 2018 emitió un peritaje particular en medicina legal sobre la atención médica que recibió V1 por parte del servicio de Anestesiología, en el que destacó: *“el paciente fue extubado, se desaturó no remitía broncoespasmo, se reintubó posteriormente y se realiza maniobras de reanimación cardiopulmonar en cuanto se presentó el paro cardiorrespiratorio, mismo que revertió a los 6 minutos de instalado el cuadro que*

ocasionó encefalopatía anoxo-isquémica y posteriormente secuelas neurológicas que presenta el paciente [V1] en la actualidad.”

120. La especialista de esta Comisión Nacional se pronunció sobre la actuación de AR1 una vez que se presentó el broncoespasmo, el cual no logró ser manejado de manera correcta, determinando que: *“el manejo integral del paciente depende total y exclusivamente del médico (tiempo y forma); la prontitud en el manejo resulta crucial para evitar secuelas neurológicas que resulten devastadoras para el paciente como en este caso, en el cual [V1] (...) con sus funciones físicas y neurológicas completamente afectadas lo que lo hace dependiente de terceras personas para realizar cualquier actividad por mínima, sin posibilidad de recuperación...”*

121. En la Opinión médica de esta Comisión Nacional y su ampliación, se precisó: *“el estado neurológico de [V1], es consecuencia directa de la hipoxia severa derivada del paro cardiorrespiratorio que presentó posterior al broncoespasmo severo; el cual no fue manejado en tiempo y forma adecuados, ya que, al estar con broncoespasmo severo no se aplicó el manejo médico inmediato para restablecer el aporte de oxígeno de manera oportuna, perdiendo tiempo valioso para reintubar y restablecer la vía aérea y evitar así, le encefalopatía hipóxica causante de su estado neurológico irreversible actual”*.

122. En consecuencia, se tiene por acreditado que la atención médica brindada por el servicio de Anestesiología, posterior al evento quirúrgico, específicamente al momento en que se presentó el broncoespasmo severo, que evolucionó a un paro cardiorrespiratorio, no fue la adecuada, ya que AR1 no llevó un manejo en tiempo y

forma adecuados a la emergencia médica que se presentó con V1, pues no lo reintubó de manera inmediata y, a pesar de que tomó las providencias mínimas relacionadas con su alergia al látex, el choque anafiláctico se presentó después de la operación quirúrgica y AR1 no contó con la pericia necesaria para actuar de manera pronta y evitar que V1 permaneciera aproximadamente por seis minutos sin la oxigenación adecuada.

123. Por lo anterior, la Comisión Nacional cuenta con elementos suficientes para acreditar la responsabilidad de AR1 por la atención médica que brindó a V1 posterior a la cirugía que se le realizó, ya que no actuó con la pericia ni empleó los recursos médicos que el caso ameritaba y por las decisiones equívocas que tuvieron como consecuencia el paro cardiorrespiratorio, una falta de oxígeno severa, el deterioro en general de la salud y el daño neurológico que presenta V1 en la actualidad.

124. Se destaca que tanto a la Comisión Nacional, como al Área de responsabilidades en PEMEX y a la PGR AR1 y AR2 manifestaron, en los informes que proporcionaron, que la atención médica por parte del servicio de Anestesiología corrió sólo a cargo de AR1, pero de acuerdo con los registros clínicos de enfermería transoperatorio del 15 de febrero de 2016, se advierte que en la cirugía, además de la actuación de AR1, por parte del servicio de anestesiología también participaron SP11, SP12 y SP13, de quienes sólo se anotaron sus apellidos, y se asentó en el rubro de “*procedimientos invasivos*” que el día de la cirugía, sin especificar la hora, realizaron las siguientes acciones:

- Foley # 16 globo S (ilegible): nombre de quien instala SP12.
- Tubo endotraqueal 7.5: nombre de quien instala SP11.

- Tubo endotraqueal 8.5: nombre de quien instala SP11.
- Cateter central: nombre de quien instala SP13.

125. De acuerdo con los informes de SP1 y del propio AR1, la intubación y la reintubación, es decir, la colocación de los tubos endotraqueales la realizó el servicio de Anestesiología, por lo que existe discrepancia respecto de lo asentado en el expediente clínico con lo que AR1 y AR2 manifestaron, ya que en ningún momento se informó sobre la participación de algún otro médico anesthesiologo o médico residente de la especialidad, ni mucho menos que éstos hubieran realizado procedimientos invasivos en V1, sobre todo en el momento en que se presentó el broncoespasmo severo.

126. La Comisión Nacional determina la participación y responsabilidad de AR1, aunque se dará vista tanto al Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la Unidad de Responsabilidades de PEMEX que integra el Expediente Administrativo 1, así como a la Fiscalía General a cargo de la integración de la Carpeta de Investigación, para que en el ámbito de sus atribuciones, investiguen y determinen la participación que tuvieron dichos médicos en el daño ocasionado a V1 y si su actuación en el caso pudiera ser motivo de alguna responsabilidad de índole administrativa y/o penal, motivo por el cual esta Comisión Nacional presentará las denuncias y quejas correspondientes.

B.2. Inadecuada atención médica del servicio de Neurología.

127. La intervención de este servicio en el caso de V1, ocurrió posterior a su ingreso al servicio de Terapia Intensiva. SP3, en su informe del 12 de junio de 2016,

refirió que la participación del servicio de Neurología y Neurocirugía consistió en *“atender las complicaciones y secuelas derivadas del proceso del paro cardiorrespiratorio”*.

128. Los informes que se rindieron a esta Comisión Nacional y a PEMEX fueron suscritos por SP3 ya que la responsable de la atención médica de V1, AR3, actualmente se encuentra jubilada. SP3 informó que la primera valoración médica que realizó AR3 fue el 16 de febrero de 2016, mientras V1 se encontraba en el servicio de Terapia Intensiva y se continuó con la valoración del paciente durante los más de tres meses que estuvo hospitalizado en los pisos de Cirugía General, Terapia Intensiva y Medicina Interna.

129. Según lo referido en la opinión médica de esta Comisión Nacional y de acuerdo a diversas notas médicas que obran en el expediente clínico de V1, se desprende que AR3 valoró y diagnosticó de manera errónea a V1, puesto que si bien este último tenía alteraciones de índole neurológicas secundarias al evento de hipoxia cerebral que presentó, AR3 primeramente señaló que los síntomas clínicos que presentaba se debían a efectos de los fármacos que se le suministraban y, posteriormente, comenzó a tratar y medicar el deterioro neurológico como si fuese un problema de origen psiquiátrico.

130. Tales diagnósticos equívocos, además de haber sido asentados en las notas clínicas elaboradas por AR3, también los advirtieron personal del servicio de Cirugía General, SP1 y SP14, quienes acudieron en diversas ocasiones a valorar a V1 por cuanto a la recuperación de la cirugía inguinal y umbilical, y en sus notas médicas señalaron y observaron el deterioro en la salud que cursaba V1, sin embargo,

refirieron que al consultar el servicio de Neurología, los médicos de dicho servicio les indicaban que tales síntomas eran consecuencia de efectos adversos a los medicamentos y que V1 evolucionaría en mejoría conforme depurara los fármacos.

131. Las notas médicas elaboradas por el servicio de Cirugía General cobran importancia, pues de las mismas se advierte que para el personal del servicio de Cirugía General, V1 cursaba por una situación médica de importancia y que su estado era debido a un déficit neurológico y así lo manifestaron y reflejaron en lo que reportaban cada día. Aunque AR3 acudía de manera personal a valorar a V1 y que sus propios familiares le manifestaban que cada día empeoraba, en sus notas médicas iniciales no se describe el cuadro clínico real por el que atravesaba y evidencian los diagnósticos erróneos que emitió.

132. El 16 de febrero de 2016, fecha de la primera valoración realizada por AR3, indicó tratamiento con *antiepiléptico* y recomendó el uso de *antipsicóticos* en caso de ser necesario; en ese momento V1 se encontraba sedado con *propofol* y bajo ventilación mecánica asistida en el servicio de Terapia Intensiva.

133. El 17 de febrero de 2016, V1 logró ser extubado y por la mejoría aparente que presentó, egresó del servicio de Terapia Intensiva para ingresar al servicio de Cirugía General. Ese día, QV refirió que V1 *“caminó, comió, se bañó y realizó llamadas telefónicas con familiares y amigos”*.

134. Según nota médica elaborada el 18 de febrero de 2016 por AR3, V1 cursaba con adecuada evolución neurológica, pero observó y determinó que el paciente presentaba una *“desorientación no especificada”*.

135. Al día siguiente, 19 de febrero de 2016, V1 fue valorado nuevamente por AR3, quien reportó *“...sin cambios con respecto al día de ayer, sin convulsiones, o déficit neurológico, asintomático (...) consciente, alerta y orientado (...) discreto lenguaje escandido (...) pensamiento lógico conservado, juicio sin alteración, abstracción sin alteración (...) cual cursa con adecuada evolución neurológica (...) En condiciones de ser egresado y continuar manejo por su servicio, así como dar seguimiento por consulta externa por parte de Neurología...”*

136. QV refirió que los primeros síntomas anormales que presentó V1 ocurrieron ese mismo día 19 de febrero de 2016, ya que V1 comentó con sus familiares que sentía adormecimiento y hormigueo en ambas manos, *“dificultándole manipular de manera correcta su celular”*. QV se percató, al igual que otros familiares, que V1 comenzó a *“barrer la voz”*.

137. AR3 acudió nuevamente a valorar a V1, no obstante, señaló que respecto a la valoración previa no había ningún cambio: *“...Se solicita valorar a paciente por presentar parestesias (...) así como alteración en ciclo sueño-vigilia. (...) Refiere paciente que por la tarde presentó sensación de entumecimiento de miembro torácico derecho sin territorio definido (...) refiere que al dormir presenta movimientos anormales en ambos brazos, leves, que condicionan dificultad para dormir. (...) A la exploración sin cambios, con respecto a la valoración previa, alerta, orientado, nervios craneales normales, motor con fuerza de 5/5 global...”*

138. A pesar de que QV y V2 habían manifestado al personal del servicio de Neurología su preocupación por el deterioro en la salud de V1, el cual comenzó a

reflejarse a partir de ese día 19 de febrero de 2016, ya que comenzó a tener problemas para articular palabras de forma correcta, les refería a sus familiares que sentía adormecimiento en las extremidades, lo que le dificultaba manipular de manera correcta los objetos, así como la pérdida de la fuerza en las piernas, lo que se reflejó en un caminar torpe y que requería de apoyo; AR3 pasó por alto estos signos y síntomas indicativos de un deterioro neurológico e indicó, contrariamente a lo que estaba ocurriendo, que V1 se encontraba *“sin déficit neurológico y con adecuada evolución”*.

139. Además, los padres de V1 refirieron que junto con los síntomas mencionados, V1 continuaba con una alteración importante en el ciclo del sueño; en la nota médica del 20 de febrero de 2016, elaborada por AR3, asentó las dos valoraciones que realizó a V1 ese día: a las 6:18 AM asentó, como diagnóstico, epilepsia *“...dificultad para articular palabras, continúa con alteración de ciclo de sueño y vigilia, alerta orientado, con leve disartria (...) motor con fuerza de 3/5 de hemicuerpo izquierdo (...) paciente que presenta síndrome de todd aparentemente (...) no presenta otros datos de déficit neurológico agregado, sólo con paresia hemicuerpo izquierdo (...) [SP15] (...) con disminución en su capacidad de juicio y razonamiento (...) se le explica al familiar que los datos que presenta son secundarios a los fármacos y el periodo de recuperación posterior a encefalopatía hipoixico-isquémica...”*.

140. Por su parte, en la valoración que realizó SP1, del servicio de Cirugía General, el 20 de febrero de 2016 a las 10:34 AM, reportó lo siguiente: *“...Revalorado por el área de neurología, quien determina que los datos clínicos observados son secundarios a los medicamentos administrados (...) se nos informa (...) [V1], presentó un vómito en proyectil y relajación de esfínteres que condicionó*

evacuación y micción involuntaria. Clínicamente con presencia de probable estatus epiléptico (...) paciente grave...”.

141. Cabe señalar que, hasta el 20 de febrero de 2016, V1 se encontró hospitalizado en el área de Cirugía General, a cargo de la supervisión médica de ese servicio por cuanto a la recuperación de la cirugía, y a cargo del servicio de Neurología y Neurocirugía por cuanto a las secuelas derivadas del paro cardiorrespiratorio y de la hipoxia que sufrió. Sobre este día, QV indicó que su hijo no lograba conciliar el sueño, ya que por la madrugada se despertaba constantemente “...[V1] comenta que la pierna izquierda está muy débil y pide apoyo a su hermano [V3] para pararse y salir a caminar al pasillo, ambos se dan cuenta que la marcha con la extremidad derecha es normal y con la izquierda le es difícil ejecutar el paso...”, agregó que el médico residente del servicio de Neurología que acudió a valorar a V1 informó que los síntomas que presentaba V1 eran consecuencia de una convulsión y resolvió medicarlo.

142. Ese mismo día por la mañana, QV y V2 acudieron a visitar a su hijo, percatándose que su estado de salud iba en deterioro, por lo que ante la incertidumbre de que los diagnósticos de AR3 no eran acordes con la gravedad que observaban que presentaba su hijo, solicitaron a AR6, quien era el supervisor médico en turno del Hospital Central Sur, que valorara a su hijo y que fuera trasladado al servicio de Terapia Intensiva, quien al observarlo les refirió que “*no requiere traslado a terapia intensiva*”.

143. Horas después de la valoración que realizó AR6, V1 presentó vómito, fiebre, diarrea, dolor de cabeza y mareos, que fueron reportados por QV y V2 a AR6,

solicitándole nuevamente que valorara a su hijo. Consta en el expediente clínico que un médico adscrito al servicio de Neurología y una residente acudieron a revisar a V1, ordenando que se realizaran estudios de laboratorio y una tomografía. Ese día, AR6 y personal de neurología informaron a QV y V2, que los resultados eran *“normales e insisten que son efectos adversos de los medicamentos suministrados”*. Por la tarde de ese día V1 fue trasladado al servicio de Neurología para que tuviera una *“mejor observación”*.

144. Por la tarde del 20 de febrero de 2016, V1 fue valorado nuevamente por el servicio de Cirugía General encontrándolo con un avance en el deterioro de su salud. SP1 comentó el caso con el servicio de Neurología asentando lo siguiente: *“...con somnolencia, parestesia, visión borrosa, debilidad generalizada, (...) acudió a neurología nuevamente a valoración, quienes comentan de forma verbal dichos síntomas se deben a efecto adverso e (sic) medicamentos (...) se comenta caso con neurología y establecen (pendiente reporte escrito) que los síntomas son efectos adversos de benzodiazepionas y fenitoina...”*.

145. En la madrugada del 21 de febrero de 2016, V1 presentó movimientos involuntarios tipo convulsiones *“que lo llevaron a deslizar medio cuerpo fuera de la cama”*, por lo que fue auxiliado por V2 y otro familiar. A las 9:30 horas, de nueva cuenta QV solicitó que su hijo fuera valorado por el servicio de Terapia Intensiva, respondiendo AR3, del servicio de Neurología, que no se preocuparan, *“que su hijo estaba bien atendido e insistió en que eran reacciones normales al medicamento lo que presentaba”*.

146. En la nota clínica elaborada por SP14, del servicio de Cirugía General, reportó: “...lo encuentro con fijaciones a la cama por agitación psicomotriz intensa, a decir de los familiares durante toda la noche así se comportó, con movimientos espásticos involuntarios no lenguaje coherente sin control de esfínteres (sic) (...) lo veo indiferente al medio, agitado, como (sic) espasmos musculares de extremidades y movimientos torpes, lenguaje incoherente, no fijación de mirada (...) [el] médico de guardia de neurología (...) comenta que (...) se aprecia edema cerebral leve [y] (...) efectos residuales de bromazepina (...) se contactó vía telefónica a neurología quien indica haldol a dosis terapéuticas- se solicita por parte de neurología evaluación por parte de psiquiatría (...) sugiero revaloración por parte de neurología pues no se ha concluido diagnóstico y manejo del estado actual...”.

147. Al no sentirse satisfechos con la atención médica que proporcionaba AR3 a V1, por tercera ocasión QV y V2 insistieron, en esta ocasión con AR7, que V1 “requería con carácter de urgente ser atendido por la unidad de Terapia Intensiva”, quien les contestó que “no éramos médicos y nos pidió no estar interrumpiendo las labores de los mismos”, y que su hijo no sería trasladado al servicio de Terapia Intensiva.

148. AR3 acudió a valorar a V1 el mismo 21 de febrero de 2016 y dentro de sus diagnósticos médicos determinó que los síntomas de V1 se debían a efectos adversos de medicamentos y que presentaba *delirium hiperactivo*, tal como quedó asentado en su nota médica elaborada ese día: “Paciente somnoliento (...) [con] agitación (...) se administra (...) olanzapina (...) a las 3AM con cuadro de agitación y agresividad, se administra dosis de 5mg vía oral (sic) (...) persiste (...) a las 7AM con agresividad, intento de deambular, alteración del lenguaje, confusión y llanto,

se administra tratamiento con haloperidol (...) presentando actualmente efectos de medicamento (...) solicitamos apoyo por parte del supervisor para interconsulta con psiquiatría por alteración del comportamiento y datos de delirium hiperactivo (...) probable síndrome neuroléptico maligno (...) ha presentado deterioro neurológico progresivo (...) se le administraron fármacos relacionados a la aparición de síndrome neuroléptico maligno, se encuentra con acidosis metabólica compensada, incremento de la temperatura corporal, hipertensión, taquicardia, opistótonos e hipertonía muscular (...) se reporta muy grave...”

149. Lo anterior refleja que hasta ese momento y no obstante que los síntomas de deterioro de V1 fueron evidentes desde el 19 de febrero de 2016, AR3 indicó en su nota médica que V1 presentaba un deterioro neurológico progresivo, pero la sintomatología la continuaba atribuyendo a un síndrome neuroléptico maligno y efectos adversos de medicamentos. Pese a la recomendación médica de SP14, que indicaba aún no se tenía un diagnóstico médico completo de V1, AR3 diagnosticó erróneamente a V1 como paciente con un cuadro de delirio y, en razón de ello, prescribió medicamento para tal padecimiento y solicitó la valoración por el servicio de Psiquiatría.

B.3. Inadecuada atención médica por parte del servicio de Psiquiatría.

150. En la nota médica elaborada el 21 de febrero de 2016 por AR5, del servicio de Psiquiatría, quien intervino a solicitud de AR3, refirió que el motivo de la consulta a ese servicio fue por *“inquietud y agitación”*. AR5 valoró médicamente a V1 e incluso entrevistó a QV y V2 respecto de los síntomas descritos con anterioridad, en su nota refirió: *“...respuesta parcial hasta el uso del haloperidol (...) agitación*

(...) gritando, manoteando e intencionalidad de agresiones (...) sin respuesta a estímulo verbal y táctil sólo con monosílabos sin comprenderse, presente midriasis ocular con baja respuesta al haz luminoso (...) cursa un cuadro de delirium de origen a determinar...”.

151. En esa primera valoración que realizó AR5, por un lado, señaló que los síntomas que refirió tenía V1 se habían presentado desde hacía dos días y, por otro lado, confirmó el diagnóstico dado por AR3 del servicio de Neurología y sugirió mantener el uso del *haloperidol* (5 mg) en caso de agitación psicomotriz y determinó como diagnóstico un cuadro de *delirio no especificado*.

152. Al ver la evolución en detrimento de V1 y sin un diagnóstico ni una atención médica precisa, QV y V2 solicitaron apoyo *“por otros medios para que de manera inmediata se le brindara la atención necesaria y oportuna a [V1] que hasta el momento no había recibido”*. Después de recibir una llamada telefónica de la Gerencia Médica, a las 17:00 horas del mismo 21 de febrero de 2016 AR2, Directora del Hospital Central Sur, dio la instrucción a AR7 que V1 recibiera atención médica inmediata, por lo que fue trasladado al servicio de Terapia Intensiva.

153. El 21 de febrero entre las 17:00 y las 18:00 horas, SP4, médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva recibió a V1, lo valoró y solicitó estudios de laboratorio urgentes. El médico reportó a los familiares de V1 que fue recibido por ese servicio presentando los siguientes signos y síntomas: *“hipertensión, fiebre, sudoración, deshidratación, acidosis metabólica, taquicardia, movimientos mioclónicos, posibles convulsiones, distonías, rigidez muscular, deterioro cognitivo, sin control de esfínteres y no se le escuchaba actividad en el pulmón izquierdo a la auscultación”*.

154. El médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva preguntó a QV y V2 cuánto tiempo llevaba con estos síntomas, a lo que respondieron que aproximadamente 24 horas, entonces el médico preguntó la razón del porqué no habían “*bajado*” a V1 a Terapia Intensiva de forma inmediata y debido al estado de salud en que se encontraba, fue necesario intubarlo nuevamente.

B.4. Nueva e inadecuada atención médica por parte de los servicios de Neurología y Neurocirugía.

155. Al día siguiente, 22 de febrero de 2016 al establecer AR3 y confirmar AR5 que V1 presentaba un cuadro de delirio, fue valorado por AR3, según consta en la nota clínica elaborada en esa fecha, en la que señaló, como diagnósticos diferenciales: “*síndrome neuroléptico maligno consideramos debería de valorar síndrome serotoninérgico o incluso se debe descartar causas infecciosas al sistema nervioso central y toxicomanías (...) paciente grave...*”.

156. Lo referido por AR3 sobre el diagnóstico de *síndrome neuroléptico maligno*¹⁶ y la petición de que se investigara un probable *síndrome serotoninérgico*¹⁷, e incluso

¹⁶“*Emergencia neuropsiquiatría (...) se considera una enfermedad potencialmente letal relacionada con el uso de antagonistas dopamínicos...*”. Los cuatro datos clínicos básicos asociados al síndrome son: hipertermia importante, rigidez muscular, cambio del estado mental e inestabilidad autonómica. Revista Neurología, Neurocirugía, y Psiquiatría, Síndrome neuroléptico maligno, Dr. Ricardo Rangel Guerra, Jefe del servicio de Neurología Adultos y Neurología Pediátrica del Hospital universitario de Monterrey, Nuevo León, 2003, 36 (1), enero-marzo: 31-36.

¹⁷“*Conjunto de efectos adversos ante la administración de fármacos antidepresivos, opiáceos, antihistamínicos y/o neurolépticos, los cuales potencian los efectos de la serotonina y se manifiesta el cuadro clínico por la presencia de disfunción autonómica, deterioro neuromuscular y alteraciones en el estado mental.*”, constituye una emergencia médica y se caracteriza por la presencia de disfunción autonómica, neuromuscular y neurológica. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Síndrome

descartar toxicomanías, son un reflejo según la especialista de la Comisión Nacional de que la investigación y el tratamiento médico que se estaba dando a V1 estaba muy apartado de la realidad y del cuadro clínico por el que atravesaba, cuyos síntomas eran consecuencia y resultado de un daño neurológico ocasionado por la hipoxia que sufrió desde el 15 de febrero de 2016.

157. En las notas clínicas elaboradas los días 23, 24, 26, 27, 28 y 29 de febrero de 2016, por AR3, SP3 y SP16, médicos adscritos a los servicios de Neurología y Neurocirugía, se continuó determinando como diagnóstico: efectos adversos de antipsicóticos y neurolépticos fenotiazínicos y delirium hiperactivo, e incluso se indicaba que en cuanto el paciente lo permitiera, investigar *“patología psiquiátrica de base”*.

158. El 25 de febrero de 2016 V1 fue extubado, pero no respondía a las preguntas que le realizaban los médicos y tampoco hablaba, presentaba movimientos involuntarios de tronco y extremidades; QV lo describió como *“desconectado de su entorno”*.

159. Los días 1, 2, 3 y 4 de marzo de 2016, V1 fue sometido a diversos estudios de laboratorio, biología molecular, resonancia magnética y punción lumbar a solicitud del servicio de Terapia Intensiva, con la finalidad de determinar el origen de su estado médico. El 4 de marzo de 2016, con base en los resultados obtenidos,

serotoninérgico, Raúl Carrillo Esper, Marco Antonio Garnica Escamilla, María Guadalupe Rocha Rodríguez y Caros Alberto Carrillo Córdoba, vol. 54, N°2, marzo-abril 2011, págs. 46 y 47.

el servicio de Terapia Intensiva estableció, como diagnóstico: *“encefalopatía no especificada”*.

160. Sobre su estado de salud, el 8 de febrero de 2018 QV envió a esta Comisión Nacional el informe médico rendido por M1, médico neurólogo particular ofrecido por QV y V2 quien, a petición de éstos valoró a V1 el 3 de marzo de 2016, cuando V1 se encontraba hospitalizado, debido al deterioro progresivo de la salud que presentaba y que los diagnósticos médicos de AR3 y AR5, así como los tratamientos que se le suministraban, no reflejaban una mejoría en su salud.

161. M1 refirió sobre V1 *“...somnoliento, no obedece a las órdenes verbales, inatento, quejumbroso (...) desviación de la mirada (...) con nistagmus (...) y movimientos clónicos sutiles de la mano derecha (...) se le realizó una Resonancia magnética de cráneo donde se observan múltiples lesiones frontales, corticales así como en la región parieto occipital bilateral y en los núcleos grises de la base (...) se somete a una (sic) Electroencefalograma de largo término (24 horas) en donde se confirma la presencia de una (sic) estado epiléptico (...) despierto pero inatento, (...) sin poder emitir lenguaje y con movimientos amplios de extremidades y de tronco persistiendo la paratonía. La consideración clínica inicial de mi parte fue de una Encefalopatía posterior Reversible versus una Encefalopatía anoxo-isquémica con epilepsia lesional secundaria...”*

162. Fue hasta la valoración de los estudios y diagnóstico del servicio de Terapia Intensiva y de la intervención de M1, cuando el 5 de marzo de 2016, AR3 modificó el diagnóstico médico de V1 y descartó el delirio hiperactivo que se venía manejando como diagnóstico, y se determinó, como nuevo diagnóstico:

“encefalopatía no especificada”, lo cual quedó asentado en la siguiente nota médica: “...se encuentra cursando con secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica tardía, (...) presenta secuelas secundarias a la necrosis laminar secundaria a la hipoxia, descartamos la posibilidad de una encefalitis así como de síndrome neuroléptico maligno”.

163. Del análisis de la atención médica proporcionada por los servicios de Neurología y Psiquiatría, en la Opinión médica realizada por esta Comisión Nacional, se señaló lo siguiente: *“...los médicos adscritos a este servicio [Neurología] indicaron que el deterioro neurológico era debido a los medicamentos y por posible patología de tipo psiquiátrico, por lo que se solicitó la interconsulta de (...) Psiquiatría (...) debido a que no fue diagnosticado correctamente, el cuadro de déficit neurológico (...) progresó y no tuvo respuesta al manejo hasta entonces aplicado, por lo que el día 21 de febrero de 2016 (seis días posteriores al evento hipóxico por desaturación de Oxígeno derivado del paro cardiorrespiratorio), se decidió su traslado y manejo a la Terapia Intensiva, quien ingresó con el diagnóstico de Síndrome Neuroléptico Maligno, (...) se le diagnosticó con Leucoencefalopatía hipóxico isquémica tardía¹⁸ (...) se presenta después de un intervalo libre de síntomas y con una recuperación exitosa de dicha parada y se hace evidente después de varios días, con cambios en el nivel de conciencia con apatía o agitación, labilidad emocional, trastornos extrapiramidales, compromiso pseudobulbar y deterioro cognitivo de rápida instalación y progresión; lo cual se debió considerar en el paciente, toda vez que presentó un evento cardiorrespiratorio con una desaturación de oxígeno severa, que no fue manejada en tiempo adecuado*

¹⁸Enfermedad desmielizante del sistema nervioso central, a consecuencia de la hipoxia después de un evento cardiorrespiratorio (niveles de oxígeno menores de 20mmHg).

y que posteriormente presentó un deterioro neurológico importante refractario a tratamiento y que en ningún momento correspondió a un trastorno psiquiátrico, como fue manejado...”.

164. En la ampliación de la Opinión médica de esta Comisión Nacional, sobre los servicios de Neurología y Psiquiatría, se agregó: *“la atención médica brindada por el personal adscrito a Neurología, no fue la adecuada, ya que no contaron con las habilidades médicas para poder diagnosticar a tiempo las secuelas neurológicas derivadas del evento hipóxico, lo que derivó en un mal manejo del paciente, tanto en tiempo y forma. La atención médica otorgada por personal adscrito al servicio de Psiquiatría no fue el adecuado toda vez que no se contó con las habilidades clínicas para poder hacer un diagnóstico diferencial entre sintomatología de tipo neurológica derivado de un daño por hipoxia severa y la de tipo psiquiátrica, en específico la observada en los Delliriums, dando un manejo farmacológico a base de antipsicóticos, lo cual está contraindicado en daño neurológicos de etiología hipóxica, ya que deprimen aún más las funciones cerebrales enmascarando el cuadro clínico.”.*

165. La Comisión Nacional concluye que la atención médica brindada por los servicios de Anestesiología (atención postoperatoria), Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, cuya atención médica encabezó AR1, AR3 y AR5, respectivamente, no se realizó de forma adecuada.

166. Las actuaciones y omisiones de AR1, AR3 y AR5, transgredieron el derecho de V1 a obtener servicios de protección de la salud con la más alta calidad posible y cuyo actuar médico generó a V1 un daño adicional a la afectación que sufrió.

167. AR1, al no poner en práctica sus conocimientos científicos y experiencia clínica, para que de manera inmediata V1 recobrarla la oxigenación, lo que desencadenó en el daño neuronal que actualmente presenta, que bien pudo haberse evitado o atenuado si AR1 hubiera respondido de manera pronta y adecuada a la emergencia médica que presentó.

168. AR3 y AR5, al no realizar acciones encaminadas a que V1 pudiera superar o atenuar los daños que el broncoespasmo severo, el paro cardiorrespiratorio y la hipoxia le generaron, emitieron diagnósticos médicos erróneos derivados de su omisión de investigar y realizar los estudios y exámenes necesarios para confirmar el cuadro clínico que presentaba, ya que realizaron una valoración clínica superficial y no tomaron en cuenta el antecedente de la hipoxia que sufrió V1 para conducir su investigación médica, por lo que su actuar médico no resultó efectivo; por el contrario la falta de aptitudes para reconocer la sintomatología que presentaba el paciente, ocasionó que emitieran diagnósticos erróneos y tratamientos médicos no adecuados para el daño neuronal que V1 cursaba, que sólo complicaron y enmascararon el problema, teniendo como resultado el daño irreversible de la salud de V1.

169. En diversos instrumentos de carácter internacional se establecen los deberes y el marco específico para el desempeño de la profesión médica, la cual está sujeta a obligaciones éticas y jurídicas de gran relevancia.

170. El Código Internacional de Ética Médica¹⁹ establece, como deber de todo médico, mantener el más alto nivel en su conducta profesional, su actuar médico y, en la prestación de los servicios de salud, deben reflejar además de su conocimiento en su rama o especialidad, su competencia para conocer de los casos médicos que le son encomendados. Aunado a lo anterior, uno de los principales deberes de un médico para con sus pacientes es el del respeto por la vida humana, por lo que su actuar debe estar encaminado a hacer uso de todos los recursos médicos, científicos y tecnológicos con que cuente, para considerar dentro de su actuación médica, la mejor toma de decisiones y tratamientos médicos para el paciente.

171. La atención médica que recibió V1 por parte de los servicios de Anestesiología, Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría no cumplieron con los estándares mínimos que deben prevalecer cuando se presta un servicio de carácter médico. Sobre este tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que en la atención médica que se proporcione a los pacientes se debe velar por su seguridad, entendiéndose como tal que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Aunque se señala que *“Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud”*, las situaciones médicas de emergencia y los eventos adversos también *“pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere (...) el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.”*²⁰

¹⁹ Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

²⁰OMS. Temas de salud *“Seguridad del Paciente”*.

172. La SCNJ se ha pronunciado en el sentido de que *“el error de diagnóstico compromete la responsabilidad del médico derivado de su ignorancia, de examen insuficiente del enfermo y de equivocación inexcusable.”*. Ha clasificado los errores de diagnóstico: *“a) Por insuficiencia de conocimientos o ignorancia, en el que el médico elabora un diagnóstico errado como consecuencia de la falta de conocimientos; b) Por negligencia, en el que el médico, por inexcusable falta de cuidado, no recabó la información usual y necesaria para la elaboración acertada del diagnóstico; y, c) Científico, donde el médico frente a un cuadro clínico complejo y confuso que supone síntomas asimilables a más de una patología, emite un diagnóstico incorrecto. El incumplimiento en la obligación de tratamiento (...) se actualiza cuando emana un diagnóstico erróneo, pues ello genera un tratamiento inadecuado o desacertado. (...) tratamientos culpables o negligentes (...) 2. Prolongación excesiva de un tratamiento sin resultados; 3. Persistir en un tratamiento que empeora la salud del paciente o le provoca resultados adversos; (...) 5. Prescripción de medicamentos previamente contraindicados al paciente, o que pueden resultar nocivos a ciertos grupos de individuos, sin que se haya recabado la información oportuna...”*²¹

173. En el artículo 51 de la Ley General de Salud se indica que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”*

²¹ Tesis en materia civil I.7º.C.73 C, *“Prestación de servicios médicos. Responsabilidad contractual en relación a la obligación de diagnóstico y tratamiento del paciente”*, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, junio de 2006, Registro: 174860.

174. En el presente caso, AR1 no acreditó la pericia y destreza necesaria para atender de manera oportuna y efectiva el broncoespasmo severo que presentó V1, lo que generó que evolucionara a un paro cardiorrespiratorio y a una hipoxia severa.

175. La actuación médica de AR3 y AR5 reflejó falta de investigación médica y estudios complementarios suficientes para diagnosticar de manera correcta y tratar los padecimientos médicos de V1, al no realizar un diagnóstico médico oportuno y adecuado al cuadro clínico que presentaba el paciente cuya sintomatología era de origen neurológico por la hipoxia severa que presentó V1 y no psiquiátrico como indebidamente se diagnosticó y medicó, ocasionando una complicación adicional en la salud de V1, que enmascaró la sintomatología y provocó que el deterioro neurológico avanzara, hasta el estado de salud en que se encuentra en la actualidad, aunado al hecho de haber dado un manejo farmacológico contraindicado en pacientes con daño neurológico.

176. AR3 y AR5 incurrieron en mala práctica médica al emitir un diagnóstico médico equivocado y no agotar los medios y recursos científicos para identificar la sintomatología y, por tanto, el cuadro clínico que presentaba V1, ante lo cual, *“existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina”*²². En el caso de V1, aunque no se contaba con una historia clínica completa, ni la realización de los estudios necesarios, se medicó de manera anticipada para un padecimiento de origen psiquiátrico, además de que se solicitó

²² Tesis 1a. XXVII/2013 (10a.) *“Mala práctica médica. Diagnóstico erróneo como elemento para determinar su existencia”*, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, enero de 2013, registro 2002570.

la intervención de un servicio no relacionado con el cuadro clínico de V1, independientemente del hecho de que el personal del servicio de Psiquiatría continuó emitiendo un diagnóstico incorrecto y pese a que médicos de otros servicios habían emitido una opinión en el sentido de que aún no se había agotado la valoración médica del servicio de Neurología.

177. La SCJN ha puntualizado que el desempeño del profesional de la medicina, debe estar fundamentado en: a) poseer conocimientos científicos; b) actualizarse permanentemente; c) contar con las habilidades y destrezas que le permitan una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente, y d) al momento de realizar un probable diagnóstico médico, debe confirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para que se dé el tratamiento adecuado al paciente.²³

178. Agregó que *“...el ejercicio profesional no termina en la sola competencia del médico para la toma de decisiones frente a una situación clínica determinada, ya que existen además actitudes de alto valor moral que debe acompañar a todo acto médico, pues el actuar profesional debe ser enriquecido con virtudes tales como el respeto a la autonomía del paciente, el cuidado, el conocer responsablemente los límites de su capacidad y, sobre todo, la prudencia”*.

179. La inadecuada atención médica de los servicios de Neurología y Psiquiatría fue conocida, consentida y no supervisada de manera adecuada, por AR6 y AR7,

²³ Tesis en materia administrativa I.4º.A.90 A (10a) *“Práctica médica. Distinción entre los conceptos indicación y lex artis, para determinar si se ajusta a la técnica correcta”*, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, octubre de 2013, registro: 2004743.

supervisores médicos del Hospital Central Sur, que estuvieron en turno los días 20 y 21 de febrero de 2016, respectivamente, quienes tenían dentro de sus responsabilidades primarias y fundamentales la supervisión de los médicos que laboraban en el Hospital Central Sur, sin embargo, se apartaron de dicho deber, dejando que los servicios médicos de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría omitieran realizar los estudios necesarios a V1 y ello generó que emitieran diagnósticos equívocos y tomaran decisiones que no fueron las adecuadas respecto del tratamiento médico a seguir.

180. El actuar de AR6 y AR7 también resultó omiso al momento que aun conociendo el caso de V1, ya que lo habían valorado en diversas ocasiones y tuvieron comunicación con sus familiares, quienes de manera puntual informaban sobre el deterioro de salud de V1 y, en reiteradas ocasiones, solicitaron de su apoyo para que valoraran a su hijo y, dada su gravedad, lo trasladaran a un área de cuidados intensivos; no tomaron en cuenta el deterioro del paciente y que ameritaba su traslado al servicio de Terapia Intensiva, sino que ello ocurrió hasta que, según lo referido por QV, realizó diversos esfuerzos y se puso en contacto con la Presidencia de la República para que a V1 se le pudiera dar una atención médica adecuada y fuera trasladado a un servicio médico idóneo para la atención de la gravedad de su salud.

B.5. Afectaciones y daños irreversibles a la salud de V1.

181. La falta de atención oportuna y adecuada por parte de los servicios de Anestesiología, Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, representó una omisión que comprometió la salud y pronóstico médico de V1, ya que el tiempo que transcurrió

sin un tratamiento médico adecuado generó que el deterioro neurológico que presentó progresara sin la atención y tratamientos médicos oportunos.

182. Además, del cuadro clínico delicado que presentó V1 a nivel neurológico, también tuvo que superar otro tipo de complicaciones en su salud, como el choque séptico de origen pulmonar que presentó y la falla orgánica múltiple que se le detectó el 3 de mayo de 2016, a nivel hemodinámico, ventilatorio, renal y hepático.

183. En el dictamen médico pericial por riesgo no profesional emitido el 15 de septiembre de 2016 por SP2, médica adscrita al servicio de Medicina Legal del Hospital Central Sur, señaló a V1 como una persona que presenta una “*incapacidad del 50% o más*” y describió las limitaciones físico funcionales del daño orgánico, así como la patogenia que las ocasiona.

184. QV y V2, en reiteradas ocasiones hicieron llegar a esta Comisión Nacional diversas documentales como fotografías, videos y constancias médicas, que acreditan el menoscabo en la salud de V1 y muestran cómo era la condición física y la situación de vida de V1 antes de la operación quirúrgica.

185. Actualmente V1 requiere del apoyo y cuidados que le brindan QV, V2 y V3, en razón de que “*se encuentra disminuido en sus funciones neuronales y a consecuencia motrices (...) no es apto para cubrir por el mismo sus necesidades básicas para la vida*”, por lo que para trasladarse requiere del uso de silla de ruedas; su alimentación es a base de papillas que son preparadas todos los días por sus padres, además de las terapias de rehabilitación que se le proporcionan por profesionales de la salud, también recibe rehabilitación física en su casa por parte

de sus familiares. Para su aseo, cuidado personal y cualquier mínima actividad requiere de apoyo.

186. Por lo anterior, tal como la CrIDH lo ha sostenido en diversas ocasiones, *“...En cuanto a los familiares de las víctimas de violaciones de los derechos humanos, esta Corte ha señalado, en otras oportunidades, que éstos pueden ser, a su vez, víctimas”*²⁴. La SJCN ha sido sincrónica en sus pronunciamientos, al señalar que *“...la violación de derechos humanos hacia un integrante de la familia puede tener un impacto negativo en el resto de sus miembros, por lo que éstos se convierten, a su vez, en víctimas de aquél...”*²⁵. Por tanto, además de reconocerse la afectación de los derechos de la víctima directa, también debe reconocerse la afectación de los derechos de sus familiares más cercanos, en cuanto a su salud física y mental, además del importante daño a su proyecto de vida, al tratarse de víctimas indirectas.

187. Médicos de esta Comisión Nacional han seguido de cerca la salud, evolución y estado médico de V1; en su opinión la repercusión en su salud continúa vigente, haciendo especial énfasis en que resulta indispensable que la víctima continúe con terapias de rehabilitación para el mejoramiento de las secuelas, sobre lo cual se hará el pronunciamiento respectivo más adelante. Se destaca lo señalado por una especialista de este Organismo Autónomo en la valoración médica que se realizó a V1 el 25 de septiembre de 2018:

²⁴ Caso *Hermanos Gómez Paquiyauri vs Perú*, sentencia del 8 de julio de 2004, párrafo 118.

²⁵ Tesis Constitucional-administrativa I.4o.A.135 A (10a.), *“Actividad administrativa irregular del estado. Caso en el que debe reconocerse que afectó los derechos de una víctima indirecta.”*, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, viernes 19 de octubre de 2018, registro 2018111.

“...presenta secuelas neurológicas derivadas del evento hipóxico isquémico (...) es muy importante la terapia de rehabilitación con la que se esté manejando, toda vez que de ello dependerá el grado de recuperación del paciente.

...

Las alteraciones que presentó [V1], posteriores al evento hipóxico isquémico (...): a) alteraciones de conducta: cambios en el nivel de conciencia con apatía o agitación, labilidad emocional. b) trastornos extrapiramidales: (...) por el uso de antipsicóticos clásicos (...) se caracterizan por afectar al movimiento del paciente (...) otras alteraciones como son el compromiso pseudobulbar y deterioro cognitivo, alteraciones en el habla y deterioro psicomotor (...) secuelas de encefalopatía hipóxico isquémica con daño a la corteza visual primaria parietal y occipital. Alteraciones en la percepción visoespacial y hemianopsia homónima, rigidez de predominio de hemicuerpo izquierdo, alteraciones en la marcha debido a esta situación, bradilalia y disartria que han mejorado con las terapias realizadas...”

B.6. Afectación al proyecto de vida de V1.

188. La falta de acceso a una asistencia médica de emergencia y especializada de manera oportuna, con el más alto nivel y calidad posible por parte de AR1, la falta de supervisión adecuada de AR6 y AR7 de la actuación de los médicos de los diversos servicios y la falta de acciones de AR3 y AR5 para investigar y diagnosticar correctamente a V1, le ocasionó un deterioro progresivo y permanente en su estado físico y neurológico, estos resultados pudieron haberse evitado o disminuido con un tratamiento médico adecuado y oportuno.

189. La afectación al proyecto de vida de V1 ocurrió desde el momento que pasó de ser una persona autosuficiente, que iniciaba una vida económicamente productiva y estaba en proceso de obtener un grado académico como lo refirió QV, que antes de la operación quirúrgica, su hijo *“estaba iniciando un negocio con su hermano y le faltaba muy poco tiempo para terminar su licenciatura”* en administración de empresas, al hecho de que al egreso del Hospital Central Sur presentó diversas limitaciones que hicieron que V1 requiera del apoyo y cuidados en sus actividades diarias pues, *“no camina, no habla, no mueve los brazos y perdió casi la totalidad de la visión...”*, a pesar de que en la actualidad presenta cierta mejoría por la atención de rehabilitación que recibe en las Clínicas privadas 1 y 2, V1 continua requiriendo del apoyo, asistencia y cuidados en su vida diaria; resulta imposible que recobre el estado de salud que tenía antes de la intervención quirúrgica.

190. En las valoraciones médicas realizadas a V1 por el servicio de Medicina Pericial del Hospital Central Sur, también se dejó asentado la vida que llevaba V1 antes de sufrir el daño neurológico que presenta actualmente, pues se señaló que antes de la intervención quirúrgica apoyaba a sus padres en la empresa familiar con actividades administrativas, además impartía clases de fútbol; el resto del tiempo lo ocupaba en los estudios y; cursaba el octavo semestre de la carrera de licenciatura en administración de empresas.

191. Las violaciones a los derechos humanos de V1 afectaron su normal desarrollo, relaciones afectivas, actividades familiares, laborales y personales; la situación médica que se presentó posterior a la cirugía y las complicaciones médicas posteriores afectaron su proyecto y calidad de vida.

192. Sobre este tema, la CrIDH manifestó que “...el concepto sobre el proyecto de vida debe entenderse como la realización integral de una persona, englobando dentro de esta definición la vocación, aptitudes, circunstancias, potenciales y aspiraciones, las cuales permiten fijarse, de manera razonada, determinadas expectativas y acceder a ellas. (...) a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para concluir su vida y alcanzar el destino que se propone.”²⁶

193. El concepto de proyecto de vida se encuentra asociado con la realización personal del individuo, pues los hechos constitutivos de violaciones de derechos humanos generan un menoscabo al proyecto de vida de una persona, “*cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve (...) es razonable afirmar que los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado, y por ende alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el daño al proyecto de vida, entendido como una expectativa razonable y accesible en el caso concreto, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable.*” (párrafos 149 y 150)

194. En este sentido, resulta cierto y acreditado que en el caso de V1 hay un grave menoscabo de oportunidades en su desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable, y que la afectación al proyecto de vida de V1 es una

²⁶CrIDH. Caso Loayza Tamayo vs. Perú. Sentencia del 27 de noviembre de 1998, Fondo reparaciones y costas, párrafos 147 y 148.

consecuencia directa del actuar médico y la indebida atención que le proporcionaron, razón por la que esta circunstancia, así como el menoscabo generado en el patrimonio de QV y V2, son elementos adicionales sobre el pronunciamiento que este Organismo Nacional realiza a PEMEX y que serán tomados en cuenta para solicitar la reparación del daño.

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y A RECIBIR LOS SERVICIOS DE SALUD.

195. El derecho a la integridad personal debe entenderse como el derecho de toda persona a que se le garantice no sufrir afectaciones en su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otro tipo de afectación que produzca una alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave.²⁷

196. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana, es un derecho humano que permite a cualquier persona hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas en un mínimo de bienestar reconocidas por el orden jurídico. De este derecho emana la obligación de todos los servidores públicos de evitar toda conducta que vulnere esas condiciones.

²⁷ CNDH. Recomendaciones 69/2016 del 28 de diciembre de 2016, párrafo 135; 71/2016 del 30 de diciembre de 2016, párrafo 111; 8/2017 del 16 de marzo de 2017, párrafo 104, 64/2017 del 29 de noviembre de 2017, párrafo 271; y, 74/2017 del 28 de diciembre de 2017, párrafo 114.

197. En el ámbito nacional, el derecho a la integridad personal se encuentra regulado por los artículos 1º, párrafo primero, 16, párrafo primero, y 19 de la Constitución Federal, mientras que en el ámbito internacional el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos contempla el derecho de los seres humanos a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

198. En casos como el de V1, existen diversos derechos humanos que se encuentran directa e inmediatamente vinculados. Esta conexión entre derechos debe ser tomada en cuenta al momento de evidenciar alguna vulneración, menoscabo o afectación a la esfera física, psíquica y/o moral de una persona, ya que basta una sola actuación u omisión de algún servidor público en temas relacionados con la salud humana, para que se pueda provocar la afectación a más de un derecho humano e incluso, a más de una persona, aunque no sea quien haya recibido directamente la atención médica.

199. De la jurisprudencia de la CrIDH, se puede destacar la correlación existente entre el derecho humano a la protección de la salud y el derecho a la integridad personal, visto desde el ámbito de violaciones a derechos humanos cometidas con motivo del actuar médico y de la mala praxis médica.

200. La CrIDH determina que el derecho a la integridad personal no sólo implica que el Estado debe respetarlo, sino que requiere adoptar *“las medidas apropiadas para garantizarlos (...) las obligaciones generales de respetar y garantizar [este derecho] (...) derivan deberes especiales determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre (...) la*

*responsabilidad internacional del Estado se funda en actos u omisiones de cualquier poder u órgano de éste (...) que sean violatorios de derechos y obligaciones...*²⁸

201. Sobre las personas a quienes se les brinda atención médica, por las propias condiciones en que se encuentran y dada su condición de salud, al estar bajo un tratamiento médico o quirúrgico, resultan ser especialmente vulnerables y, por ende, requieren de un deber especial de protección y cuidado; ahí radica la obligación de todo el personal médico que interviene en su atención, y no exclusivamente del médico tratante, de garantizar al paciente las condiciones más óptimas de atención médica en el plano en que se brinde. Lo anterior se traduce en que en su actuar deben observar el mayor cuidado y pericia para lograr brindar el máximo saneamiento en su salud y la disminución de todo posible riesgo de complicación y futuras afectaciones a su salud.

202. En el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*²⁹, la CrIDH atribuye a los Estados la especial obligación y deber que tienen de proteger la salud y vida de las personas, lo que se traduce en la necesidad de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud que se brinde bajo su jurisdicción, lo que entraña la obligación directa de supervisar la efectividad con la que se brindan los servicios de salud *“independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado...”* (párrafo 89)

²⁸ Caso *Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia del 30 de noviembre de 2012, párrafo 188.

²⁹ Sentencia del 4 de julio de 2006.

203. La manera más efectiva de garantizar y salvaguardar la integridad de las personas que hacen uso de los servicios de salud, es que éstos se brinden con el más alto nivel y calidad posibles, bajo una supervisión estricta del actuar médico, con especial énfasis en los procedimientos que, por su propia naturaleza, de no observar la diligencia y cuidados en el proceder, implican un riesgo en el daño a su salud e integridad, como resultan ser las intervenciones quirúrgicas.

204. La CrIDH en la sentencia antes referida (párrafo 99) estableció que *“Los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud.”*

205. La Comisión Nacional concluye que la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1 por los distintos servicios del Hospital Central Sur, generó la violación de sus derechos humanos a la protección de la salud y a la integridad personal.

D. DERECHO A LA INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

206. El artículo 6° de la Constitución Federal dispone que todo individuo tiene pleno derecho de acceso a la información y que éste derecho debe estar garantizado por el Estado, entendiendo este derecho como el libre acceso *“a información plural y oportuna...”*.

207. El derecho a la protección de la salud se encuentra estrechamente ligado al derecho a la información respecto a la atención médica que proporcionan los servicios de salud, supeditándose al correcto manejo e integración de la información clínica del paciente contenida en su expediente clínico.

208. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la Observación General N. 14³⁰, sostuvo que tratándose de asuntos relacionados con la salud, el derecho a la información comprende acciones como *“solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.

209. La Comisión Nacional, en su Recomendación General N° 29 (párrafo 27) *Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*, señaló que *“los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

210. La CrIDH enfatizó la importancia de la debida integración del expediente clínico de los pacientes, puntualizando que cuando se encuentra adecuadamente integrado *“es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de*

³⁰Artículo 12, inciso b, párrafo cuarto.

conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”³¹

211. El expediente clínico de una persona, en términos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de octubre de 2012, es el “*conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables*”.

212. La Comisión Nacional solicitó a PEMEX el expediente clínico de V1, el cual fue proporcionado por dicha Institución el 28 de agosto de 2017 mediante un CD que contenía tres tomos electrónicos. AR2 señaló que remitió “*...fotocopia del expediente electrónico (...) con un total de 1338 fojas reacomodado con nuevos números de folio.*”, sin embargo, omitió enviar 58 fojas del expediente clínico de V1, por lo que en dos ocasiones posteriores se requirió a PEMEX para que enviara las fojas faltantes, las cuales fueron recibidas en esta Comisión Nacional los días 14 y 20 de febrero y 26 de abril de 2018.

³¹Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

213. Además, esta Comisión Nacional advirtió la probable alteración del expediente clínico de V1, ya que las fojas fueron enviadas en tomos electrónicos en desorden y, al proceder a ordenarlas, conforme a la numeración de origen, no guardan una cronología ni relación consecutiva respecto de las fechas y hechos que se señalan en las documentales médicas; e incluso las fojas 1024 a la 1029, se mandaron por duplicado y pese a que dos fojas contenían el mismo número de folio, la documental de que se trata resulta ser distinta.

214. De igual forma, AR2 omitió enviar los informes de Psiquiatría y demás servicios, así como del personal médico que atendió a V1 (señalados en el párrafo 84).

215. También se advirtió que AR2 proporcionó información incompleta al Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del OIC en PEMEX, ya que en su informe del 12 de junio de 2017, no se precisó los nombres de todos los médicos que participaron en la atención de V1, pues sólo proporcionó los de los médicos SP1, AR1 y SP7, y únicamente remitió los informes de los servicios de Cirugía General, Anestesiología, Terapia Intensiva y Neurología.

216. En cuanto al expediente clínico de V1, este Organismo Nacional observó en su mayoría, las notas clínicas, resúmenes médicos y demás constancias no se encuentran firmadas y, en algunos casos, los médicos omitieron señalar su nombre completo y fecha de elaboración, existiendo anotaciones posteriores, amén de que varias de las notas e informes se realizaron a mano y son ilegibles, e incluso obran notas médicas donde se plasmaron datos y diagnósticos que no corresponden a

V1. Esta situación se señaló en la Opinión médica emitida por este Organismo Nacional sobre el caso.

217. También se pudo observar que existen notas médicas elaboradas por servicios médicos que no guardaban una relación con los padecimientos clínicos de V1, como las valoraciones realizadas por Medicina interna diabéticos y Clínica de la salud pediátrica, siendo que V1 no era ningún paciente diabético ni tampoco requiere de especialistas pediátricos.

218. Las omisiones también fueron advertidas dentro de la Carpeta de Investigación que integra la Fiscalía General, pues la perito oficial señaló en su dictamen: *“Existen irregularidades administrativas en el expediente clínico que nos ocupa, como son la omisión en la hora de elaboración de las notas, uso de abreviaturas que es contrario a lo normado (NOM-168-SSA1-1998 –sic-) ...”*.

219. Todo lo anterior acredita que en el expediente clínico de V1 no se observó ni de dio cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, que señala que el uso del expediente clínico resulta imprescindible ya que este contiene aspectos relevantes sobre el estado de salud del paciente y que su registro se considera *“de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios.”*

220. Estas disposiciones resultan aplicables para el personal médico, tanto profesionales de la salud como personal técnico que interviene en la atención del paciente y que integra o anexa documentales médicas al expediente clínico; establecen un mínimo de requisitos con que deben contar todas las notas que

consten en el expediente, como lo son la fecha y hora de elaboración, el nombre completo de quien la elabora con su firma autógrafa, electrónica o digital y con letra legible. Esta Comisión Nacional ha evidenciado³² estas omisiones en que incurre el personal médico profesional y técnico, no obstante que el expediente clínico es un documento soporte sobre los antecedentes médicos de un paciente.

221. Las omisiones en el expediente clínico generan múltiples efectos negativos en la prestación de los servicios de salud, en tanto que la información contenida en un expediente clínico produce al menos una doble condición: *1) permite que el personal médico dé un seguimiento oportuno y diligente sobre la atención de la problemática de salud del o la paciente y 2) brinda al o la paciente y a sus personas autorizadas las herramientas suficientes para tomar una decisión informada en relación con su padecimiento o condición.*³³

222. Las omisiones e irregularidades en el expediente clínico de V1, así como el envío incompleto que hizo PEMEX a la Comisión Nacional, representó no sólo un obstáculo en la investigación de la Comisión Nacional, sino también repercute en la materialización de la efectiva protección del derecho a la salud de V1.

223. Igualmente, esta Comisión Nacional observó discrepancias entre lo asentado en los informes de AR1 con las constancias que obran en el expediente clínico de V1.

³²CNDH. Recomendación 21/2016.

³³CNDH. Recomendación General N. 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”, párrafo 4.

223.1. En los informes suscritos por AR1 el 3 de marzo de 2016, el cual consta en el expediente clínico, así como el del 24 de agosto de 2017, que rindió a la Comisión Nacional, señaló que para tratar la alergia al látex de V1 y evitar una reacción en la operación quirúrgica, se utilizaron guantes libres de látex; *“la mascarilla facial se cubrió con tagaderm, el tubo endotraqueal fue libre de látex”*, sin embargo, según el resumen clínico que AR1 elaboró el 15 de febrero de 2016, el cual obra en el expediente clínico de V1, señaló: *“el tubo endotraqueal no se puede substituir, se utilizará premedicación con hidrocortisona 300 mgs y 20mgs de avapena para disminuir la sensibilidad de los mastocitos³⁴...”*.

223.2. Otro tema que no resulta concordante es lo que informó AR1 sobre los medicamentos y dosis que suministró a V1 previo a su operación. En el informe a la Comisión Nacional suscrito el 24 de agosto de 2017, y en el resumen clínico que AR1 elaboró el 15 de febrero de 2016, que consta en el expediente clínico, indicó que utilizó como premedicación 300 mgs de hidrocortisona y 20 mgs de avapena *“para disminuir la sensibilidad de los mastocitos”*, pero en una nota médica elaborada el 15 de febrero de 2016, AR1 indicó otra dosis de hidrocortisona: *“...se inicia premedicación anestésica con hidrocortisona 500 mg iv, avapena 20 mg iv (preoperatorio)..”*, lo anterior, con la finalidad de evitar una reacción de tipo alérgica.

223.3. De acuerdo con los registros clínicos de enfermería, pre y postoperatorios del 15 de febrero de 2016 y la hoja de control de líquidos

³⁴ *“Los mastocitos son células efectoras que proveen mediadores granulares y moléculas de membrana, así como citocinas, en las enfermedades alérgicas e inflamatorias”*, Rev. Esp. Alergol Inmunol Clín, vol. 12, Núm. 6, Biología celular y molecular del mastocito, María Concepción Castells, pp. 327-339.

transoperatorios, la cual no tiene fecha, elaboradas por SP8, SP9 y SP10 (personal de enfermería del Hospital Central Sur), se observa que existe una discrepancia en el horario en que se suministró la premedicación a V1.

223.4. Por otra parte, en los registros clínicos elaborados por SP8 y SP9, se asentó que el 15 de febrero de 2016 a V1 le suministraron los siguientes medicamentos: *hidrocortisona 300 IV 16:30, avapena 20 mg IV 16:35 y ceftriaxona 1g IV 17hrs (sic)*, mientras que en la hoja de control de líquidos, elaborada por SP9 y SP10, a pesar de que no se siguió un orden cronológico, de acuerdo a los horarios que se asentaron, se puede apreciar el siguiente orden y hora de medicación: *ceftriaxona 1gr 17:00, hidrocortisona 500 mg 17:10, avapena 20 mg 17:10, ranitidina 500 mg 18:00, desketoprofeno (sic) 100 mg 18:00, paracetamol (no se indica dosis) 19: (minutos ilegibles), onddansetron 8 mg 19:50, hidrocortisona 300 mg y avapena 20 mg 20:20, adrenalina .1 (sic) 20:37, atropina (no se indica dosis) 20:39, adrenalina (no se indica dosis) 20:42, inician maniobras 20:48 y se entrega a UTI 21:13.*

223.5. Sobre ello, en los resúmenes clínicos elaborados por AR1 el 15 de febrero de 2016, que constan en el expediente clínico de V1, si bien señaló los medicamentos que utilizó como premedicación, no señaló en qué horarios los suministró.

224. Finalmente, de las documentales que fueron remitidas del expediente clínico, esta Comisión Nacional observó la posible alteración de la firma de V1 en diversas constancias médicas, que en su caso requerirá del peritaje correspondiente, ya que a simple vista, se puede apreciar que la firma asentada en diversos documentos es

distinta a la firma autógrafa de V1; la discrepancia fue observada mediante el simple cotejo de las firmas que obran en otras documentales del mismo expediente clínico, así como del pasaporte de V1.

225. Esto último también fue advertido por QV, quien solicitó copia del expediente clínico de V1 *“a través del Portal de Transparencia (Acceso a la Información Pública)”* y mediante escrito del 8 de febrero de 2018 que dirigió a esta Comisión Nacional refirió que se percató de diversas inconsistencias: *“observé diversas firmas y/o rúbricas que aparecen en el rubro correspondiente a la firma de mi hijo afectado [V1], que no corresponden a la que mi hijo (sic), mismas que a simple vista contienen rasgos diversos, y que en el mismo expediente obran firmas originales con las que se pueden comparar.”*

226. La Comisión Nacional hace énfasis en las inconsistencias detectadas en la investigación, tanto de las discrepancias entre los informes que se rindieron a este Organismo Nacional y lo asentado en el expediente clínico de V1, así como la probable alteración de éste último y de la firma autógrafa de V1, para que sean analizadas por las autoridades competentes, y sean quienes determinen, si las discrepancias evidenciadas en la presente Recomendación resultan motivo de responsabilidades públicas.

E. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL DE PEMEX.

227. La Comisión Nacional puntualiza que el derecho a la protección de la salud se materializa en la medida en que se cuente con las condiciones necesarias que aseguren a toda la población asistencia médica y servicios médicos de calidad,

entendiéndose este último concepto “...como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas...”³⁵

228. En el caso de V1, la responsabilidad institucional de PEMEX se materializó respecto de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital Central Sur: a) por la falta de medicamentos en el nosocomio, b) por la falta de condiciones adecuadas para que V1 recibiera terapias de rehabilitación en el Hospital Central Sur y, c) por los obstáculos de índole administrativos para las terapias que recibe actualmente en las Clínicas Privadas 1 y 2.

E.1. Por la falta de medicamentos en el Hospital Central Sur.

229. Respecto a la falta de abastecimiento de medicamentos del Hospital Central Sur, la Comisión Nacional señala que la protección del derecho a la salud incluye: *“el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos, preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.”*³⁶

³⁵ SCJN. Jurisprudencia administrativa “Derecho a la salud. su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, abril de 2009, registro 167530.

³⁶ Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12, “El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud” (15).

230. La Comisión Nacional observó que durante la hospitalización de V1, el 4 de abril de 2016, AR3 determinó que V1 era candidato a *“...neuroestimulador, cerebrolisyn, debido a que el paciente presenta daño cerebral notorio con pérdida importante de interconexiones neuronales (...) realizar proceso de neuroproliferación con nuevas interconexiones neuronales, se iniciará con dosis de impregnación a 300mg por una semana...”*.

231. Por lo que V1 comenzó con el tratamiento médico a base del neuroestimulador, el cual continuó siendo recetado por el servicio de Neurología prolongando su uso hasta por cuatro semanas, atendiendo a que el medicamento *“...ayuda a la perfusión microvascular, favorece la angiogénesis, neurogénesis y proporciona un remodelado de la unidad neurovascular; (...) se plantea adjuntar ayuda al tratamiento ya establecido para la mejora del control de sus impulsos cerebrales y con esto favorecer pronóstico...”*.

232. No obstante la importancia para la recuperación de V1 de que se le diera este medicamento, en diversas notas médicas que elaboró AR3 indicó que el medicamento no estaba disponible en la farmacia del Hospital Central Sur, por lo que varios días, V1 no contó con dicho medicamento.

233. Esta Comisión Nacional se ha pronunciado sobre esta problemática, al señalar que *“la falta de medicamentos suficientes para la atención de los padecimientos, (...) afecta de manera directa a los pacientes, quienes dejan de*

recibir el medicamento prescrito e interrumpen su tratamiento, lo que ocasiona consecuencias graves en su salud...³⁷.

234. En la Observación General N. 14³⁸ del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, se ha destacado que dentro de los elementos esenciales del derecho a la protección de la salud, están la disponibilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud, entendiéndose dentro de la disponibilidad, que uno de los factores determinantes básicos de la salud, es contar con los medicamentos suficientes y adecuados, y dentro de la calidad, se puede señalar que los medicamentos que se suministren en los nosocomios, deben cumplir con criterios de aceptabilidad, desde el punto de vista científico y médico, debiendo estar aprobados clínicamente y en buen estado.

235. El artículo 27 de la Ley General de Salud considera como un servicio básico de la atención médica, la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, en correlación con el artículo 95 de su Reglamento Interno en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establece que los hospitales deben contar con una dotación de medicamentos para su operatividad las veinticuatro horas del día durante todo el año.

236. La SCJN señaló que la omisión de proporcionar una adecuada atención médica, *“al no realizar diversos estudios o procedimientos médicos, clínicos o quirúrgicos, o no suministrar medicamentos”*, es un acto negativo que compromete

³⁷ Recomendación General 15/2009 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, página 13.

³⁸ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22° periodo de sesiones, 11 de agosto de 2000, páginas 3 y 4.

los derechos a la salud y a la vida. Esta omisión del actuar médico produce efectos día a día, *“al no tener el quejoso acceso, disposición y atención a los tratamientos y medicamentos, lo que conlleva el peligro de su subsistencia hasta en tanto no se realice una conducta positiva, tendiente a garantizarle el acceso efectivo a los derechos indicados [derecho humano a la salud y a la vida], así como a los relativos a la dignidad humana e, incluso, a la seguridad social”*³⁹.

237. Esta Comisión Nacional se pronuncia en el sentido de que la falta de recursos materiales, como lo son los medicamentos, es un obstáculo para garantizar de manera efectiva el derecho a la protección de la salud.

E.2. Por la falta de condiciones adecuadas para que V1 recibiera sus terapias de rehabilitación en el Hospital Central Sur y los obstáculos de índole administrativo para las terapias que recibe actualmente en las Clínicas Privadas 1 y 2.

238. El 20 de mayo de 2016 V1 fue dado de alta del Hospital Central Sur. A su egreso se asentó, como diagnóstico, *“encefalopatía hipóxica isquémica”*, por lo que ha requerido hasta la actualidad, de un manejo multidisciplinario en rehabilitación para tratar las secuelas que presenta.

239. De acuerdo con la OMS, la rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia,

³⁹ Tesis en materia común XVII.1.P.A.12 A (10a.), *“Omisión de proporcionar una adecuada atención médica. La interposición de la demanda de amparo en su contra no se encuentra sujeta al plazo de quince días previsto en el artículo 17 de la Ley de la materia”*, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, agosto de 2017, Registro 2014844.

terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo, que permiten a las personas que son consideradas con algún tipo de discapacidad puedan mantener el nivel más alto y óptimo de su salud y autonomía.

240. Al respecto, es importante retomar el contenido del dictamen médico pericial por riesgo no profesional emitido el 15 de septiembre de 2016 por PEMEX, en donde se determina a V1 como una persona con una “*incapacidad del 50% o más*”, si bien es cierto que el término fue utilizado con la finalidad de determinar si V1 era candidato a obtener la derechohabencia de los servicios de salud en PEMEX de manera vitalicia, el término correcto es el de persona con discapacidad.

241. Sobre las personas con discapacidad, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* (CIF), ha señalado que dentro de las discapacidades se encuentran las “*deficiencias, las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación...*”⁴⁰ que resultan de la interacción entre la persona con una condición de salud y los factores ambientales.

242. Al respecto, el artículo 1, párrafo segundo, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, señala que una persona es considerada con algún tipo de discapacidad cuando “*tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.*”

⁴⁰ OMS. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* (CIF), 2001, página 3.

243. El tipo de afectación que sufre cada persona por una discapacidad se refleja en la vida e interacción con las personas de manera muy amplia y diversa, *“Hay diferentes clases de deficiencias y las personas son afectadas en diferentes maneras. Algunas personas tienen una deficiencia, otras tienen deficiencias múltiples; algunas nacen con una deficiencia, mientras que otras pueden adquirir una deficiencia durante el transcurso de su vida.”*⁴¹

244. En el caso de V1 sus limitaciones y nuevas circunstancias de vida, fueron adquiridas a partir del 15 de febrero de 2016, el daño neurológico que presenta afecta principalmente las áreas motriz, visual y del lenguaje.

245. Derivado del menoscabo en la salud de V1, QV y V2, en la búsqueda de que su hijo pudiera tener una vida más digna y el menor deterioro físico, *“viendo que pasaba el tiempo, la indiferencia y desinterés de las autoridades”* y que V1 requería de manera inmediata y urgente sus terapias, en el mes de septiembre de 2016 V1 fue hospitalizado en el Hospital Privado 1, lugar donde recibió un programa de rehabilitación multidisciplinaria, cuyos gastos fueron cubiertos por QV y V2.

246. En el mes de noviembre de 2016, V1 fue atendido en el Hospital Privado 2; en esa ocasión los gastos fueron absorbidos por PEMEX; en este lugar, se proporcionó a V1 un programa de rehabilitación intensiva hospitalaria de cuatro semanas. Al concluir el programa, el 9 de diciembre de 2016, en el reporte que rindió el Hospital Privado 2 se recomendó la continuidad en la terapia de rehabilitación de

⁴¹ OMS, Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) International Disability and Development Consortium (IDDC), International, the Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO), Light for the World, the Norwegian Association of Disabled and Sightsavers. *Para el desarrollo inclusivo basado en la comunidad, Guías para la RBC*, 2012, página 15.

V1 como paciente externo, con sesiones de tanque terapéutico, terapia de lenguaje, cognitiva, y de medicina de rehabilitación, no obstante, las terapias en dicho hospital no continuaron ya que personal de PEMEX aseguró a QV que en el Hospital Central Sur se contaba con la infraestructura adecuada y le propusieron que V1 recibiera su rehabilitación en dicho nosocomio.

247. Sobre el ingreso al Hospital Privado 1 y la posterior atención médica de rehabilitación de V1 en el Hospital privado 2, QV señaló en el escrito del 14 de febrero de 2017, que envió a la Subgerencia de Asistencia Médica de PEMEX: *“...nos vimos en la necesidad de llevarlo [a V1] (...) [al Hospital Privado 1] (...) observando avances favorables en su motricidad, habla y visión. (...) volvimos a solicitar el apoyo de las autoridades del [Hospital Central Sur], sin tener respuesta positiva. (...) ped[imos] apoyo a (...) [SP5] (...) nos ayudó a conseguir la autorización para (...) las terapias de rehabilitación especializada en el [Hospital Privado 2]. Lugar donde se observó una mejoría notable (...) [en el] mes de diciembre de 2016 (...) [SP17], de la dirección del hospital de PEMEX, nos llamó (...) a una junta donde nos propusieron continuar con las terapias en sus instalaciones (...) Se acudió a las terapias (...) Sin embargo tomamos la decisión de suspenderlas al percatarnos que no cuentan con el equipo necesario, además no ofrecen seguridad al paciente para recibirlas y la higiene es pésima...”*

248. Al respecto, los numerales 5.1.8, 5.1.13, de la NOM-016-SSA3-2012 *Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*, donde se especifica que este tipo de hospitales deben contar con las facilidades físicas y arquitectónicas que permitan brindar la atención médica con comodidad, rapidez y seguridad y llevar

un mantenimiento tanto preventivo como correctivo de la infraestructura física, instalaciones, equipamiento mecánico y electromecánico del establecimiento, de acuerdo con los estándares recomendados por el fabricante, su vida útil y las necesidades de la unidad operativa.

249. Mientras que los numerales 5.1, 5.1.1 y 5.5 de la NOM-015-SSA3-2012 *Para la atención integral a personas con discapacidad*, precisan que la atención médica de rehabilitación debe iniciarse con prontitud, ya que la intervención temprana tiene como objetivo evitar la estructuración de secuelas que afecten o limiten las posibilidades de recuperación y desarrollo de las capacidades que persisten, la rehabilitación debe proporcionarse en un ambiente de calidad, seguridad y sin ningún tipo de discriminación, a través de equipos inter y multidisciplinarios.

250. Esta Comisión Nacional solicitó un informe a PEMEX respecto de las terapias de rehabilitación y atención médica que recibió V1 posterior a su egreso del Hospital Central Sur; mediante oficio del 12 de febrero de 2018, AR2 remitió los informes médicos de los servicios de Audiología, Terapia de Audición, Lenguaje y Aprendizaje, Rehabilitación, Oftalmología y Neurología del Hospital Central Sur.

251. De la información que se proporcionó, se desprende que la encefalopatía hipóxico isquémica dejó en V1 diversas secuelas que han sido valoradas en varias ocasiones por personal de distintas especialidades de los servicios de salud de PEMEX, así como por personal de otras instituciones privadas (Hospital Privado 1, Hospital Privado 2, Clínica Privada 1, Clínica Privada 2), y que en la actualidad continua su atención médica de rehabilitación en las Clínicas Privadas 1 y 2.

252. De las terapias de rehabilitación que V1 recibió de los Servicios de Salud de PEMEX sobre el tema de su visión, en la nota clínica elaborada el 19 de junio de 2017 por el servicio de Oftalmología, SP18 determinó que V1 presentaba “*atrofia óptica parcial*”, sin ser posible que se determine cuál será su visión definitiva, refiriendo que “*son eventos que tardan mucho en poder ver la estabilidad de su problema y dependerá de la mejoría en el resto de su sistema nervioso*”.

253. En cuanto a su comunicación y lenguaje, en la nota clínica elaborada el 19 de junio de 2017 por SP19, del servicio de Terapia de lenguaje, indicó que V1 presentaba *disartria y anartia*, lo que se traduce en que el lenguaje expresivo de V1 presenta alteraciones en “*la prosodia, el ritmo del habla, fallas articulatorias y disminución en aspecto semántico y pragmático*”, es decir, con dificultades para comunicarse de manera normal.

254. Respecto del tema motriz, el 19 de junio de 2017, el servicio de Rehabilitación física valoró a V1; SP20 indicó que V1 no camina solo, por lo que para su traslado utiliza silla de ruedas, cuando intenta caminar requiere apoyo de sus familiares, tiene dificultad para realizar giros de posición lateral a ventral y dorsal, tiene falta de coordinación tanto de miembros superiores como inferiores, arcos de movilidad limitados, en razón de ello, manifestó que V1 presenta una limitación en la deambulación, lo que hace que requiera de apoyo para trasladarse.

255. V1 también fue valorado periódicamente por el servicio de Neurología del Hospital Central Sur mediante consulta externa, cuyos médicos han evaluado la evolución neurológica y han recomendado se continúe otorgando a V1 terapias de rehabilitación multidisciplinarias.

256. Como se señaló anteriormente, al ver que el Hospital Central Sur carecía de la infraestructura adecuada, así como la falta de higiene que refirió QV ante este Organismo Nacional, tomó la decisión de suspender las terapias de V1 en dicho hospital y solicitó a personal de PEMEX se otorgara a su hijo la terapia de rehabilitación en un centro diverso, que contara con el equipo suficiente y tuviera las condiciones necesarias y apropiadas; la solicitud fue autorizada por la Gerencia de los Servicios de Salud de PEMEX y se acordó que V1 acudiera a la Clínica Privada 1 a recibir terapia de rehabilitación integral y a la Clínica Privada 2 a recibir atención médica relacionada con su visión.

257. El 23 de junio de 2017, V1 comenzó la terapia de rehabilitación en la Clínica Privada 1, donde se le diagnosticó a su ingreso *“cuadriplejia espástica, (...) síndrome diatónico generalizado, trastorno del equilibrio (...) trastorno de la visión (...) desmielinización del N óptico, [y] disartria moderada”*. En esta clínica, V1 observó una mejoría notable y avances importantes en cuanto a su autonomía, desplazamiento y comunicación; de la atención médica de rehabilitación QV y V2 refirieron estar satisfechos por la mejoría que presenta desde su atención en esta clínica. En la actualización de su estado de salud del 7 de febrero de 2018, la Clínica privada 1 reportó como avances: *“Su lenguaje es más articulado y entendible, presenta mejor pronunciación y pausas adecuadas. Persiste trastorno del equilibrio en bipedestación, así como de la vista con limitación del campo visual inferior de forma bilateral. Es independiente en todas las actividades de la vida requiriendo mínima asistencia para ponerse calcetines, para cortar carne y tomar alimentos líquidos con cuchara, (...) para la marcha independiente sólo requiere supervisión y con dispositivo de asistencia podría no requerirla.”*

258. En cuanto a la atención en la Clínica Privada 2, en el correo electrónico del 9 de julio de 2018 que se hizo llegar a esta Comisión Nacional, la clínica comunicó a PEMEX que V1 estaba siendo atendido de *“sus condiciones sensoriales a nivel visual, perceptual, auditivo-cognitivo- espacial y vestibular”* agregando lo siguiente: *“los cambios de [V1] son importantes y fácilmente cuantificables por parte de diferentes actores, como lo son en primer lugar el propio [V1], padres, terapeutas y las evidencias clínicas como la topografía la cual muestra una clara recuperación del campo visual...”*.

259. En diversas ocasiones especialistas de la Comisión Nacional han valorado el estado médico de V1; han hecho constar la afectación y secuelas que V1 presenta en la actualidad, y las diversas limitaciones que le impiden desarrollar su vida de manera autónoma; han señalado que resulta indispensable que se sigan proporcionando las terapias de rehabilitación para el avance y la mejoría de su estado de salud y físico.

260. No obstante que en la actualidad PEMEX absorbe los gastos que se generan con motivo de la rehabilitación que recibe en ambas clínicas desde el mes de julio de 2017, tal como lo refirió en su informe del 24 de julio de 2018, el 11 de junio de 2018, mediante llamada telefónica sostenida con personal de la Comisión Nacional, V3 indicó que personal de la Clínica Privada 1 *“les manifestó a él y su familia que PEMEX ya no quería pagar el servicio de nutrición, (...) argumentando que cuenta con ese servicio (...) agregó que su familia no desea que su hermano reciba terapias en los hospitales de PEMEX, ya que consideran no tienen los equipos y la higiene adecuados...”*.

261. Mediante diversas comunicaciones, QV externó su preocupación con personal de esta Comisión Nacional, debido a que PEMEX comenzó a retrasarse en los pagos que se realizaban a las Clínicas Privadas 1 y 2; en el mes de junio de 2018 la Clínica Privada 1 comunicó a QV *“la necesidad de tener que suspender las terapias del paciente debido a la falta de pago”*, agregando que por parte de la clínica se había cumplido siempre con las solicitudes que realizaba PEMEX, *“tales como reportes mensuales, (...) envíos de bitácoras y reportes de especialistas de nutrición y leguaje.”* La Comisión Nacional solicitó a PEMEX el motivo de la falta de pago; en la respuesta, del 24 de julio de 2018, refirió que el motivo del retraso del pago únicamente respecto de la Clínica Privada 1 se debía a la falta del envío oportuno de la facturas y reportes médicos.

262. En relación con la negativa de PEMEX en realizar los pagos a la Clínica Privada 2, según lo manifestado en el correo electrónico del 6 de julio de 2018 por que *“este mes no he recibido el reporte de actividades de [la Clínica Privada 2], por ende nos encontramos sin sustento para pagar”*; una de las representantes de la Clínica Privada 2 comunicó a PEMEX el 9 de julio de 2018 que *“desde la primer llamada que recibí por parte de PEMEX (...) solicitando brindáramos servicio a [V1] así como un reporte mensual del trabajo realizado, les comenté que (...) dada la complejidad de las áreas afectadas, el trabajo requería mucho tiempo y lo conveniente sería hacer reportes semestrales, pero en el mejor tenor de apoyar a PEMEX se haría trimestralmente (...) en ese momento se tomó ese acuerdo el cual funcionó durante muchos meses, (...) Fue mucho después, cuando PEMEX inició el pago fuera de tiempo (...) y cambiaron de manera unilateral su exigencia de pago mensual, sujeta a la presentación de un reporte mensual...”*

263. Estos obstáculos de carácter administrativo han puesto en peligro la continuidad de las terapias de V1, al haberse retrasado PEMEX en los pagos a las instituciones privadas donde asiste V1 a recibir sus terapias. Se ha notificado a QV que las terapias se suspenderán, generando incertidumbre y preocupación a su familia, puesto que la suspensión de las terapias de rehabilitación que recibe V1 implicarían un retroceso en los avances logrados, tal como lo señaló la Clínica Privada 2 a PEMEX *“pensar en interrumpir o disminuir la calidad de algunos tratamientos, es como mutilar la integración de algún sentido”*.

264. El 26 de julio de 2018, QV hizo del conocimiento de SP5, Subgerente de Asistencia Médica de los Servicios de Salud de PEMEX, la problemática de falta de pago respecto de la Clínica Privada 1 y le solicitó la autorización del pago, así como que se tomara en consideración la atención integral de V1, la cual incluye el servicio de nutrición, en respuesta SP5 le contestó, por correo electrónico, *“ya se va a atender su problema, hable con [SP6] al respecto”*.

265. En la misma fecha SP6, Subdirector Médico del Hospital Central Sur comunicó a QV que SP5 *“nos ha autorizado el pago del paquete completo de la atención brindada a [V1] en la Clínica [Privada 1] al mes de julio de 2018”*, no obstante, en reuniones posteriores celebradas entre personal de esta Comisión Nacional y representantes de PEMEX se hizo evidente la negativa de querer pagar el servicio de nutrición, que según su dicho, no estaba contemplado en el programa de rehabilitación, pero que de acuerdo a las constancias de la Clínica Privada 1, se tiene conocimiento que V1 comenzó a ser valorado por ese servicio desde el mes de agosto de 2017 y que en un inicio se otorgó por la clínica en calidad de cortesía y

como parte de la atención médica de rehabilitación integral, puesto que la orientación nutricional, en el caso de V1, resulta de suma importancia para *“mantener peso adecuado con una composición corporal óptima, hecho que favorecerá su capacidad de movimiento, aportar la energía adecuada para la elevada actividad física (predominantemente rehabilitadora) (...) [favorecer] la función neuromuscular y [proteger] de daños degenerativos al sistema nervioso y muscular...”*.

266. El 18 de septiembre de 2018, la Subgerencia de Asuntos Consultivos y Patrimoniales de PEMEX informó a esta Comisión Nacional que en la reunión celebrada con la Clínica Privada 1 se acordó suspender *“la atención terapéutica”* a V1 por un periodo aproximado de diez días, mientras se regularizaba el trámite para que PEMEX recibiera de manera directa la documentación solicitada, por lo que ante la inminente suspensión de la rehabilitación que se proporcionaba a V1, el 19 de septiembre de 2018 esta Comisión Nacional emitió medidas cautelares, con el fin de evitar un retroceso en los avances obtenidos hasta ese momento y se solicitó que la atención se proporcionara a V1 *“en las mismas condiciones que se proporcionaron desde el mes de julio de 2017, en la [Clínica Privada 1], a cargo y costa de Petróleos Mexicanos”*.

267. El 21 de septiembre de 2018, la Subgerencia de Asuntos Consultivos y Patrimoniales de PEMEX comunicó a esta Comisión Nacional vía correo electrónico, que *“no le suspendieron los servicios al paciente”*, adjuntando a su respuesta el correo electrónico por parte de la Gerente Administrativo de la Clínica Privada 1, en el sentido de que confirmaba que no le suspenderían los servicios a V1.

268. Sin embargo, en el mes de noviembre de 2018, QV comunicó a personal de la Comisión Nacional que PEMEX había incurrido nuevamente en retrasos en el pago de las terapias que recibe V1, en este caso, respecto de la Clínica privada 2; por ello, mediante correo electrónico del 28 de noviembre de 2018, este Organismo Nacional instó nuevamente a PEMEX para que regularizaran el pago a la clínica a la brevedad, ocasión en la que personal del Hospital Central Sur argumentó que la dilación en el pago ocurrió por *“un problema administrativo”*, señalando que se ya se había realizado el pago respectivo.

269. En el mes de febrero de 2019, PEMEX se retrasó en el pago correspondiente a la Clínica Privada 2, motivo por el cual el 18 de febrero de 2019 esta Comisión Nacional solicitó a PEMEX realizara el pago correspondiente al mes que corría, solicitud que fue atendida el 20 de febrero de 2019, al remitir vía correo electrónico el comprobante de pago.

270. La Comisión Nacional reconoce que PEMEX aceptó la medida cautelar y se comprometió a no suspender las terapias de rehabilitación a V1 y así lo ha hecho hasta el momento, sin embargo, ha incurrido en diversas dilaciones en el pago que se realiza a las Clínicas Privadas 1 y 2, lo que en un momento dado podría generar se nieguen o restrinjan los servicios que se brindan a V1 en las instituciones privadas y, por tanto, sería un motivo de responsabilidad adicional para PEMEX, puesto que el cumplimiento y compromiso de la atención médica de V1, incluyendo la rehabilitación integral, es parte de la responsabilidad y del deber de reparación que PEMEX ha adquirido con motivo del daño irreversible generado a la salud de V1.

271. Las personas que sufren algún tipo de discapacidad, como en el caso de V1, están entre los grupos vulnerables de la población, quienes además de enfrentarse a la limitación que su propia condición les genera, deben enfrentar los obstáculos que les provoca la falta de servicios de salud adecuados y su disponibilidad.

272. La OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), se han pronunciado de manera conjunta y coincidente sobre las personas con discapacidad en el sentido de que *“muchas requieren de servicios de atención de la salud específicos, incluyendo la rehabilitación, regular u ocasionalmente y por periodos cortos o toda la vida. (...) La rehabilitación es un conjunto de medidas que le permiten a las personas con discapacidad lograr y mantener un funcionamiento óptimo en su ambiente...”*.⁴²

273. Una rehabilitación adecuada se traduce en la equiparación de oportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad, resultando de suma relevancia, tanto para las personas que nacen con una discapacidad como aquellas que adquieren una durante su vida, tener acceso pleno a los servicios de salud enfocados en la rehabilitación, sin ningún tipo de obstáculo, y que los mismos sean brindados con la máxima calidad independientemente del establecimiento donde se brinde o del tipo de padecimiento que se trate.

⁴²OMS, OIT y UNESCO. *Componente de la salud, Rehabilitación basada en la comunidad: Guías para la RBC*, 2012, páginas 5 y 8.

274. La falta de acceso y de servicios en materia de salud y rehabilitación obstaculiza la plena inclusión de las personas con discapacidad, su participación plena dentro de la sociedad y representa una vulneración de su derecho humano a la protección de la salud, al no poder alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía, salud y calidad de vida.

F. DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN.

275. El acceso a la justicia es un derecho fundamental, previsto en el artículo 17, párrafo segundo, de la Constitución Federal, el que señala como parte de las prerrogativas de las personas, el poder acceder a procesos formales, los cuales deben ser promovidos ante las instituciones del Estado y cuyo objetivo será la resolución efectiva de sus pretensiones o la reparación de los derechos que estime le fueron violentados.

276. El artículo 21 de la Constitución Federal atribuye al MPF la investigación de los delitos del orden federal, el cual tendrá bajo su mando y conducción a la policía de ese orden de gobierno y podrá auxiliarse de otros funcionarios públicos, instituciones, dependencias y entidades de la administración pública para realizar su labor.

277. Esta Comisión Nacional tuvo acceso el día a la Carpeta de Investigación que se integra ante la Agencia Tercera Investigadora Zona Sur de la entonces PGR en la Ciudad de México. De las consultas realizadas, se advirtió lo siguiente:

278. El 8 de diciembre de 2016, QV y V2 presentaron denuncia por escrito en la cual narraron detalladamente los hechos que ocurrieron antes, durante y después de la cirugía que se realizó a V1 el 15 de febrero de 2016. El día 30 de diciembre de 2016, AR4 acordó el inicio de la Carpeta de Investigación, por el delito de lesiones.

279. No obstante que desde la denuncia se advertía que la probable responsabilidad penal se imputaba al personal que estuvo a cargo de la atención médica de V1, fue hasta el 20 de junio de 2017, es decir, más de seis meses después de la presentación de la denuncia, que AR4 solicitó a AR2: *“nombre (...) [de] los médicos que llevaron a cabo la cirugía de hernia inguinal y umbilical de [V1], así como los nombres de los médicos encargados del seguimiento postoperatorio hasta el momento en que se dio de alta”*.

280. El 12 de julio de 2017, el apoderado legal de PEMEX envió a AR4 la respuesta en que se proporcionó los nombres de SP1, SP4, AR1 y AR3; no obstante, pasaron más de seis meses más para que el 6 de febrero de 2018, AR4 citara a comparecer únicamente a AR1 y SP1, aunado a una inactividad procesal de más 5 meses.

281. Del análisis de la Carpeta de Investigación, esta Comisión Nacional advirtió que durante todo el año 2017, fueron mínimas las diligencias practicadas por AR4 para la investigación de los hechos y la acreditación de la probable responsabilidad, apreciándose tiempos prolongados sin que existan actuaciones ni justificantes al respecto, situación que se traduce en responsabilidad por parte de AR4, que deberá ser investigada y en su oportunidad, sancionada.

282. En la Recomendación General N°16 *Sobre el plazo para resolver una averiguación previa*, la Comisión Nacional señaló que la procuración de justicia recae principalmente en el agente del Ministerio Público de la Federación, quien tiene el deber de cumplir la labor encomendada de investigación, resaltando algunas de las actuaciones mínimas que debe observar: *“a) evitar la dilación en el trámite de la averiguación previa, de tal manera que no existan omisiones en la práctica de diligencia por los periodos prolongados, b) garantizar el desahogo de las diligencias de investigaciones necesarias para acreditar el delito y la probable responsabilidad del sujeto, (...) d) propiciar el desahogo de los análisis y dictámenes periciales...”*⁴³

283. En el caso en particular, la indebida procuración de justicia en perjuicio de V1 y de QV y V2, que han sido quienes han ejercido el derecho de acceso a la justicia, se materializó desde el momento en que AR4 se apartó de su deber de investigar, de manera pronta, exhaustiva y completa, el caso médico de V1 y la atención que recibió en el Hospital Central Sur de PEMEX.

284. En esta falta de actuación y de investigación real y efectiva también incurrió el área de servicios periciales de la entonces PGR, ya que transcurrieron más de diez meses, entre la solicitud de AR4 para la designación de un perito y la emisión del dictamen de medicina sobre el caso, La opinión de la perito médico de esa Institución resultaba de crucial importancia para el caso, ya que su dictamen sería una de las pruebas más importantes para esclarecer el actuar y responsabilidad de cada médico que participó en la atención de V1, por lo que deberá investigarse al

⁴³ CNDH. Recomendación General 16, *Sobre el plazo para resolver una averiguación previa*, 21 de mayo de 2009, página 7.

personal pericial que incurrió en tal dilación, y deslindar las responsabilidades correspondientes.

285. En el citado dictamen de medicina de la PGR del 9 de junio de 2018, se concluyó que “...*la atención médica brindada por los servicios médicos del Hospital Central Sur (...) durante su internamiento y durante la consulta externa fue apegada a la lex artis, no encontrándose datos que sugieran mala práctica médica*”, resaltando que en la actuación de AR1 y SP1 no se encontraron datos sugestivos de mala práctica.

286. Con base en este dictamen, el 22 de junio de 2018 AR4 propuso el no ejercicio de la acción penal, la cual notificó a QV el 27 de noviembre de 2018, por lo que este último se inconformó con tal determinación y solicitó le fueran admitidas las pruebas de la pericial en medicina legal y forense suscrita por M2, así como su declaración. Tales pruebas fueron recabadas el 11 de diciembre de 2018.

287. Al existir criterios contradictorios entre el dictamen de la PGR y la pericial aportada por QV, el 21 de enero de 2019 el MPF solicitó a la CONAMED un dictamen médico institucional “...*en relación a la cirugía practicada a [V1]*” mismo que está pendiente de realizarse.

288. La omisión de actuación o la falta de diligencias en el seguimiento a todas las líneas lógicas de investigación, resulta incompatible con el deber del MPF de investigar e identificar para juzgar y sancionar a todos los autores, incluidos los autores materiales, intelectuales, partícipes, colaboradores y los eventuales encubridores de violaciones a los derechos humanos. Además, el hecho de que se

incurra en omisiones durante la integración de una investigación ministerial, propicia a que la misma no puede ser determinada de manera oportuna y ello afecta la seguridad jurídica, la impartición de justicia e incluso puede generar incertidumbre sobre la aplicación de la ley.

G. RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

289. En el caso de V1, AR1 es responsable por la falta de atención oportuna y adecuada posterior a la operación quirúrgica que se realizó a V1 el 15 de febrero de 2016. Por su parte, AR3 y AR5, de los servicios de Neurología y Psiquiatría, son responsables por la inadecuada atención médica que recibió V1 en el periodo de recuperación posterior a los eventos del broncoespasmo severo y paro cardiorrespiratorio que sufrió.

290. Las anteriores acciones y omisiones de las autoridades responsables derivaron en violaciones a los derechos humanos de V1 a la salud, a su integridad personal y a la información en materia de salud, en términos de lo previsto en los artículos 1, párrafo tercero, 4, de la Constitución Federal, 8, fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente al momento de los hechos, 1, 2, 3, fracciones I, II, III, VII, XVII y XXVIII, 4, 5, 6, fracciones I y III, 23, 25, 27, fracciones III y VIII, 51, 51 bis 1, 51 bis 3, 78, 167, 173, 174, fracciones I, III y V y 179 de la Ley General de Salud; 1, 9, 19, 21, 29, 48 y 95 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

291. AR2 dejó de observar el contenido de las fracciones I y XIX del artículo 8 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos aplicable al momento de los hechos, 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 113 de su Reglamento Interno, en los que se señala que la información que se proporcione a las instituciones encargadas de la vigilancia y defensa de los derechos humanos debe realizarse de forma oportuna, completa y veraz.

292. Por su parte, AR6 y AR7, supervisores médicos del Hospital Central Sur que estuvieron en turno los días 20 y 21 de febrero de 2016, respectivamente, son responsables por la falta de supervisión médica adecuada de los servicios y personal médico que intervino en la atención médica de V1, contraviniendo lo dispuesto en el artículo 8, fracciones I y XVII de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, aplicable y vigente al momento de los hechos, que establecen como responsabilidad de quienes ejercen una función de mando o supervisión, vigilar el cumplimiento y actuación de los servidores públicos sujetos a su dirección, para que éstos cumplan con el desempeño de su cargo, empleo o comisión y que lo realicen absteniéndose de actos y omisiones que los aparten del debido ejercicio de su profesión.

293. Además de la identificación de los médicos de los servicios médicos de Anestesiología y Neurología que intervinieron y que han sido señalados como autoridades responsables en la inadecuada atención médica de V1, no se debe pasar por desapercibido que pese a que AR2 informó únicamente la participación de AR1 y AR3, en la investigación de la Comisión Nacional se advierte la participación de los médicos señalados con las claves SP3, SP11, SP12, SP13,

SP15, SP16 y SP21, de quienes no se rindió un informe al respecto, pero que deberá ser motivo de investigación y deslinde de responsabilidades del OIC en PEMEX, así como de la Fiscalía General en las investigaciones con motivo de los hechos relacionados con la atención medica brindada a V1.

294. Respecto de la inadecuada procuración de justicia en que incurrió AR4, por la dilación en la integración y determinación de la Carpeta de Investigación, además de lo ya señalado, también incumplió con lo establecido en los artículos 16, 109, fracciones II y IX, 129, párrafo primero, del Código Nacional de Procedimientos Penales, que señalan como derechos de las víctimas u ofendidos, el acceso a la procuración e impartición de justicia con prontitud, por medio de una investigación objetiva y conducida con la debida diligencia, sin que la autoridad incurra en retardos injustificados y con pleno respeto a sus derechos humanos.

295. AR4 dejó de observar el contenido de las fracciones XXVI y XXVII del artículo 7 de la Ley General de Víctimas, que señalan el derecho que asiste a las víctimas a una investigación adecuada y efectiva, señalando como actuaciones prioritarias de la investigación “...*la identificación, captura, procesamiento y sanción de manera adecuada de todos los responsables del daño, al esclarecimiento de los hechos y a la reparación del daño*”, así como “*participar activamente en la búsqueda de la verdad de los hechos (...) conforme a los procedimientos establecidos en la ley de la materia*” y, el contenido de los artículos 1 y 2 del Código de conducta para los funcionarios *encargados de hacer cumplir la ley*⁴⁴; 4, 5, 6, incisos c y e, 14, 15, 16 y 17 de la *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas*

⁴⁴ Adoptado por la Asamblea General en su resolución 34/169, de 17 de diciembre de 1979.

*de delitos y del abuso de poder*⁴⁵, 84, párrafo primero del Reglamento del Servicio de Carrera de Procuración de Justicia Federal.

296. De igual forma no atendió el contenido de los artículos 4, fracciones I, apartado A), incisos b) y f) y V, 62, fracciones I, VI y XI, 63, fracción I y, 81 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República vigente al momento de los hechos, que señalan que en la investigación y persecución de los delitos, además de promover la pronta, completa y debida procuración de justicia, por medio de todas las diligencias que resulten necesarias para la acreditación de responsabilidad, incluyendo las correspondientes a los peritos; el MPF también deberá velar por el respeto de las garantías y derechos humanos de la víctima, procurando la reparación del daño.

297. La Comisión Nacional reafirma la importancia de que las investigaciones que se inicien con motivo de los actos y hechos como los descritos en la presente Recomendación, se lleven a cabo con la debida diligencia y sea completa, imparcial, efectiva y pronta, con objeto de determinar la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 en que incurrieron y aplicar, en su caso, las sanciones que la ley prevé.

298. La Comisión Nacional reitera que la emisión de una Recomendación es el resultado de una investigación que acredita transgresiones a derechos humanos atribuibles a servidores públicos, para lo cual ajusta su actuación a las normas procedimentales y finalidades establecidas constitucional, legal y

⁴⁵ Adoptada por la Asamblea General en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985.

convencionalmente. Para una mejor comprensión de la labor de los órganos protectores de derechos humanos se precisa que:

298.1. La determinación de responsabilidades por violaciones a derechos humanos que realizan los organismos públicos referidos en el artículo 102, Apartado B, de la Constitución Federal, es de naturaleza distinta a la que realizan los órganos jurisdiccionales que resuelven, entre otras, sobre la responsabilidad penal y a los que se les reconoce la facultad exclusiva de la imposición de penas. Asimismo, es de naturaleza distinta a la función de la autoridad administrativa a la que compete determinar la responsabilidad por infracción a normas o reglamentos administrativos y que cuenta con la facultad de imponer sanciones.

298.2. Ello es así porque una misma conducta puede tener efectos y consecuencias en distintos ámbitos como: responsabilidad penal por la comisión de delitos, responsabilidad administrativa por infracciones a la normatividad administrativa y responsabilidad por violaciones a derechos humanos. Dado que el cumplimiento de una Recomendación, por su propia naturaleza no es exigible de manera coercitiva, su destinatario es el superior jerárquico de las instituciones o dependencias de adscripción de los servidores públicos responsables de las violaciones a derechos humanos. De esa manera se resalta que corresponde al titular de las instituciones o dependencias, en su caso, reparar el daño a las víctimas e investigar los hechos para imponer las sanciones que correspondan y evitar que queden impunes.

298.3. Para que se investigue y, en su caso, se sancione a los responsables de violaciones a derechos humanos, se deberá aportar la presente Recomendación como uno de los documentos base de la acción penal o la queja administrativa.

298.4. Con la emisión de una Recomendación se busca que la autoridad destinataria realice las acciones necesarias para evitar que se repitan las conductas indebidas de servidores públicos responsables.

298.5. La función preventiva ante la Comisión Nacional tiene igual o incluso mayor valor que las sanciones penales o administrativas impuestas a los servidores públicos, pues al tiempo de evitar la impunidad, se busca generar una cultura de respeto y observancia de los derechos fundamentales y la convicción de que es factible y compatible la función asignada a los servidores públicos de todas las dependencias de gobierno y de todos los niveles, con un adecuado respeto a los derechos humanos, es decir, cumplir con las exigencias legales respetando los derechos humanos.

H. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO A LAS VÍCTIMAS. FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO A LA RECOMENDACIÓN.

299. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Federal y 44,

párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a servidores públicos del Estado, la Recomendación que se formule a la institución o dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

300. Uno de los estándares para hacer realidad los derechos humanos, se establecen en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

301. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo 3 *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, en especial, respecto de la meta 3.8 *“lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”*.

302. La CrIDH ha establecido, acorde a los estándares del derecho internacional de los derechos humanos, que la reparación del daño debe ser de carácter integral, con el fin de devolver a la persona al momento previo que se produjo la violación y, de no ser posible, adoptar medidas que garanticen los derechos conculcados y reparar las consecuencias que produjeron.⁴⁶

303. De conformidad con los artículos 1°, párrafos tercero y cuarto, 7, fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de los servidores públicos de reparar a las víctimas de una forma integral y, de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a sus derechos humanos, a través de las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición, señaladas en el artículo 27 del mismo ordenamiento.

304. Atendiendo a ello y al haberse acreditado las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la información en los servicios de salud, a la integridad personal y de acceso a la justicia, en términos de los artículos 1, 2, fracciones I, II, III y IV, 4, 7, fracciones I, II, III, V, VI, VII, XII, XXIII, XXIV, XXVI y XXXVII, 8, 10, 11, 12, 14, 18, 19, 22, 24, 26, 27, 28, 34, fracciones I, II, III y IV, 37, 42, 43, 60, 62, fracciones I y II, 64, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracciones IV y VII, 111, fracción I, 114, 123, fracciones V, VII y XI y 152 de la Ley General de Víctimas; V1, QV, V2 y V3 adquieren la calidad de víctimas directa

⁴⁶CrIDH. Caso *Las Palmeras vs. Colombia*, sentencia del 26 de noviembre de 2002, párrafo 38.

e indirectas, respectivamente y, por tanto, el derecho a que se les repare de manera integral el daño ocasionado.

H.1. Medidas de compensación.

305. La compensación es la erogación económica estatal a que tienen derecho las víctimas de violaciones a derechos humanos, la cual debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la afectación, tomando en consideración las circunstancias de cada caso de manera particular.

306. El artículo 64 de la Ley General de Víctimas, establece que la compensación *“se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la comisión de los delitos a los que se refiere el artículo 68 de este ordenamiento o de la violación de derechos humanos...”*, los perjuicios, sufrimientos y pérdidas incluirán, entre otros y como mínimo:

“I. La reparación del daño sufrido en la integridad física de la víctima;

II. La reparación del daño moral sufrido por la víctima o las personas con derecho a la reparación integral, entendiéndose por éste, aquellos efectos nocivos de los hechos del caso que no tienen carácter económico o patrimonial y no pueden ser tasados en términos monetarios. El daño moral comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas e indirectas, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y toda perturbación que no sea susceptible de medición pecuniaria;

III. El resarcimiento de los perjuicios ocasionados o lucro cesante, incluyendo el pago de los salarios o percepciones correspondientes, cuando por lesiones se cause incapacidad para trabajar en oficio, arte o profesión;

IV. La pérdida de oportunidades, en particular las de educación y prestaciones sociales;

...

VI. El pago de los gastos y costas judiciales del Asesor Jurídico cuando éste sea privado;

VII. El pago de los tratamientos médicos o terapéuticos que, como consecuencia del delito o de la violación a los derechos humanos, sean necesarios para la recuperación de la salud psíquica y física de la víctima...”

307. Por lo anterior, en relación al cumplimiento del punto primero recomendatorio dirigido a PEMEX, por la afectación de la salud de V1, deberá proporcionar una compensación económica a QV, V2 y V3, en representación de V1, justa y proporcional con las violaciones de derechos humanos que han sido acreditadas en la presente Recomendación, teniendo en cuenta las circunstancias del caso y todos los perjuicios, y pérdidas económicamente valiables, que sean consecuencia de la violación a los derechos humanos en que incurrió dicha autoridad, así como al proyecto de vida de V1.

H.2. Medidas de rehabilitación.

308. Las medidas de rehabilitación tienen como finalidad facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio, incluyendo en este rubro todas aquellas medidas tendentes a reintegrar a la víctima a la sociedad, comprendidas en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas.

309. En cuanto al cumplimiento del punto recomendatorio segundo dirigido a PEMEX, derivado de la responsabilidad que ha sido acreditada, de acuerdo con lo señalado en el artículo 62 de la Ley General de Víctimas, tiene la obligación de proporcionarle a V1, atención médica de rehabilitación integral, que sea adecuada y oportuna y, que le garantice su nivel máximo de recuperación.

310. La atención médica de rehabilitación en favor de V1, deberá estar basada en todas las terapias que resulten necesarias, de manera adecuada y en óptimas condiciones de infraestructura e higiene, por personal capacitado y acreditado para ello, lo cual debe ser garantizado por el tiempo que resulte necesario para el máximo mejoramiento de las secuelas que presenta V1 en la actualidad. Además, deberá ser brindada con un enfoque diferencial y especializado, en el que se atiendan las particularidades y necesidades de rehabilitación de V1.

311. En virtud de que en la actualidad V1 recibe sus terapias de rehabilitación en las Clínicas Privadas 1 y 2, en aras de la protección efectiva del derecho a la salud de la víctima y a fin de evitar una victimización secundaria que genere mayores daños en su salud, se deberá continuar otorgando en las clínicas que atienden

actualmente a la víctima, de conformidad con lo establecido por los artículos 8, párrafos cuarto y quinto y, 120, fracción VI de la Ley General de Víctimas, los cuales señalan que la víctima podrá solicitar que las medidas que se contemplan en los títulos de dicha ley, incluidas las atenciones médicas y de rehabilitación, le sean proporcionadas por una institución distinta a aquella o aquellas que hayan estado involucradas en el hecho victimizante, ya sea de carácter público o privado, a fin de evitar un nuevo proceso de victimización.

312. Entendiéndose por victimización secundaria que “...*El Estado tampoco podrá exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición ni establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos*” (artículo 5); lo anterior, tomando en cuenta el hecho de que ante la inconformidad de QV, al considerar que las instalaciones del Hospital Central SUR no tenían condiciones óptimas para la rehabilitación de V1, PEMEX se comprometió, en acuerdo con QV y V2, de otorgar el servicio de rehabilitación de V1 en instituciones de salud privadas por medio de servicios subrogados.

313. A efecto de evitar el retraso de los avances obtenidos hasta el momento en las terapias de rehabilitación que recibe en las Clínicas Privadas 1 y 2, PEMEX, como autoridad responsable de la afectación en la salud de V1 con consecuencias irreparables y destinataria de la presente Recomendación, está obligada a garantizar que bajo ningún motivo y por ninguna circunstancia se suspendan las terapias de rehabilitación que recibe, haciendo hincapié que si bien en la actualidad son proporcionadas en las Clínicas Privadas 1 y 2, cabría la posibilidad de optar por instituciones médicas diversas, siempre que el cambio sea con motivo de la

búsqueda de un mejor tratamiento de rehabilitación para V1, pero en ningún caso de menor calidad ni en condiciones inferiores a las que recibe actualmente en ambas clínicas, y siempre con el acuerdo previo de QV y V2.

314. En el entendido de que, como parte de las obligaciones contraídas por PEMEX ante las víctimas, si dejara de cumplir con la atención médica de rehabilitación de V1, especialmente por la falta de pago, le generaría una responsabilidad adicional, siendo un motivo para que QV, V2 y V3, puedan emprender nuevas acciones por el incumplimiento, tanto en el ámbito jurisdiccional como en la esfera de protección no jurisdiccional de los derechos humanos. Por tanto, se reafirma lo señalado y solicitado en las medidas cautelares emitidas a PEMEX por parte de esta Comisión Nacional desde el 19 de septiembre de 2018.

315. Toda vez que la atención médica de rehabilitación debe ser proporcionada por tiempo indeterminado a V1, tomando como referencia que la afectación en su salud le produjo daños irreversibles que afectan de manera permanente su desarrollo integral, condicionándolo a una nueva situación de vida, el cumplimiento a este punto se determinará en su totalidad por parte de esta Comisión Nacional, una vez que PEMEX manifieste su compromiso por escrito de que, de acuerdo con las consideraciones planteadas en la presente Recomendación, garantizará que V1 reciba atención médica de rehabilitación vitalicia en instituciones diversas a PEMEX.

316. Aunque V1 es derechohabiente por parte de V2, trabajadora jubilada de PEMEX, es un hecho que las violaciones a sus derechos humanos le generaron un menoscabo irreversible en su salud, que lo hacen tener ciertas limitaciones sobre todo en el área motriz, visual y del lenguaje y, por consecuencia, requiere del apoyo

y cuidados de QV, V2 y V3, quienes por ese hecho adquieren la calidad de víctimas indirectas. El artículo 34, fracción I, de la Ley General de Víctimas, y de conformidad con el contenido de la Ley General de Salud, V1 tiene derecho a que se le proporcione por parte de PEMEX de manera gratuita, atención médica y psicológica de calidad, permanente y vitalicia; servicios que le deberán ser proporcionados de manera permanente y continua, los cuales no podrán ni deberán ser negados en ningún caso, incluyendo la provisión de medicamentos y material de rehabilitación, todo lo cual podrá ser valorado por personal especializado de la Comisión Nacional.

H.3. Medidas de restitución.

317. Las medidas de restitución buscan devolver a la víctima a la situación anterior a la violación de sus derechos humanos, en este caso, las medidas se están solicitando en favor de QV, V2 y V3, como víctimas indirectas en la presente Recomendación.

318. Respecto del cumplimiento del punto recomendatorio tercero dirigido a PEMEX, tomando en cuenta que QV y V2 contrataron en diversas ocasiones los servicios médicos de instituciones y profesionales de la salud privados, en razón del deterioro progresivo que presentó V1 durante su internamiento en el Hospital Central Sur y la falta de un diagnóstico y tratamientos adecuados, aunado al hecho de que posterior al egreso de V1 del citado nosocomio, tuvieron que sufragar los gastos de la atención de rehabilitación que se proporcionó a V1 por instituciones particulares, se deberá reembolsar a QV y V2 todas las erogaciones económicas que han tenido que realizar con motivo de la atención médica que ha recibido V1 y que tengan una relación directa con la inadecuada atención médica que recibió en

el Hospital Central Sur y que derivó en múltiples violaciones a sus derechos humanos, tanto los gastos con el carácter de diagnóstico como los de rehabilitación y, todos aquellos gastos que sean comprobables y que guarden una relación directa con el menoscabo generado en la salud de V1, hasta la fecha de la presente Recomendación.

319. La fracción VII del artículo 64 de la Ley General de Víctimas, establece que en términos de compensación, también se contempla el pago de los tratamientos médicos o terapéuticos que como consecuencia de las violaciones a los derechos humanos sean necesarios para la recuperación de la salud psíquica y física de la víctima.

320. El reembolso de los gastos médicos absorbidos por QV y V2 deberá ser calculado de acuerdo con los comprobantes y demás constancias médicas que presenten las víctimas y que acrediten las erogaciones económicas.

H.4. Medidas de satisfacción.

321. Las medidas de satisfacción buscan reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; entre las medidas está prevista la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones de derechos humanos.

322. Al respecto, con motivo de las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, V2, V3 y QV, conforme a los hechos acreditados en la presente Recomendación, se iniciarán ante las instancias administrativas y ministeriales correspondientes las investigaciones en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6

y AR7 y de quien resulte responsable, a fin de que, en su caso, se determinen las responsabilidades que correspondan. Para lo cual, PEMEX deberá colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que se formule ante el OIC en PEMEX, así como de la denuncia que se presente ante la Fiscalía General, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

323. Por otra parte, del cumplimiento de los puntos recomendatorios primero y segundo dirigidos a la Fiscalía General, dicha autoridad deberá, a la brevedad, proceder a la debida integración, perfeccionamiento y determinación que conforme a derecho proceda de la Carpeta de Investigación que se inició con motivo de la denuncia presentada por QV y V2, por la atención médica que recibió V1 en el Hospital Central Sur, y en su oportunidad se deberá informar a esta Comisión Nacional sobre la determinación de la Carpeta de Investigación.

324. Para efectos de lo anterior, se deberá tomar en cuenta las consideraciones realizadas en la presente Recomendación y realizar las diligencias necesarias que permitan dar continuidad y celeridad a su debida integración y determinación, incluido el dictamen solicitado a la CONAMED.

325. Aunado a lo anterior, la Fiscalía General deberá colaborar con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que promueva ante la autoridad competente en contra de AR4 y quien resulte responsable, por la dilación y omisiones en que incurrió en la tramitación y determinación de la Carpeta de Investigación, así como en contra del personal pericial que resulte responsable por la dilación en la emisión del Dictamen en medicina con números de folios 54178 y

39915, por lo que deberá proporcionar los informes y demás requerimientos que le realice esta Comisión Nacional, de manera completa y dentro de los términos establecidos en la Ley de la Comisión Nacional y su Reglamento Interno.

H.5. Garantías de no repetición.

326. Estas medidas tienen un doble alcance, por un lado, buscan que la violación de derechos humanos que ocurrió en perjuicio de la víctima no vuelva a ocurrir y, por otro, buscan contribuir de manera preventiva, a fin de evitar la repetición de actos de la misma naturaleza, en perjuicio de otras personas.

327. En este sentido, el cumplimiento de los puntos recomendatorios sexto y séptimo dirigidos a PEMEX, se acreditarán cuando en un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se imparta un curso de capacitación al personal médico profesional, técnico y auxiliar, así como al personal administrativo y de supervisión que labora en el Hospital Central Sur en materia de derechos humanos, con especial énfasis en los derechos que tienen los usuarios de que se respete su derecho a la protección a la salud, a la integridad y a la información en esta materia, de igual forma se resalte la importancia de la atención médica oportuna y adecuada y la debida observancia y cumplimiento de la normatividad y las normas oficiales mexicanas en materia de salud, particularmente de lo establecido en la *NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico*. El contenido de dicho curso deberá estar disponible en forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

328. Además, se deberá emitir una circular, en un plazo de tres meses contados partir de la aceptación de la Recomendación, la cual estará dirigida al personal médico de los servicios de Anestesiología, Neurología y Psiquiatría que labora en el Hospital Central Sur, por medio de la cual se realice un exhorto a efecto de entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite que cuentan con la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado, debiendo firmar de recibido por cada uno de los médicos, con la finalidad de que se acredite que han sido notificados y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

329. Tocante al punto recomendatorio tercero dirigido a la Fiscalía General, dentro del plazo de tres meses contados a partir de la notificación de la presente Recomendación, se deberá impartir un curso, que será dirigido al personal ministerial y pericial de la Agencia Tercera Investigadora Zona Sur Sin Detenido en la Ciudad de México en materia de derechos humanos, con especial énfasis en los derechos que asisten a las víctimas de violaciones a derechos humanos en temas relacionados con la salud, y de la importancia de acatar las disposiciones nacionales e internacionales sobre el desempeño de sus funciones, con el objetivo de que dentro del desarrollo de su labor cumplan con la labor que les ha sido encomendada de manera oportuna, sin incurrir en dilaciones ni acciones que retarden el procedimiento. El contenido de dicho curso deberá estar disponible en forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

330. Los cursos para ambas instituciones deberán ser impartidos por personal que esté acreditado y capacitado en la materia, en un plazo no mayor a tres meses a partir de la aceptación de la Recomendación, lo que se acreditará, mediante las constancias respectivas que se remitan a esta Comisión Nacional, sobre la implementación de ambos cursos, los temas que se abordaron y la asistencia del personal al que están dirigidos.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Ustedes Director General de Petróleos Mexicanos y Fiscal General de la República, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A Usted Director General de Petróleos Mexicanos:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral del daño a QV, V1, V2 y V3, que incluya la atención médica, psicológica y de rehabilitación que sea la adecuada, en términos de la Ley General de Víctimas; se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y se les proporcione una compensación económica, en la que se tome en cuenta el daño a su proyecto de vida, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se continúe proporcionando la atención médica de rehabilitación a V1, en los términos y consideraciones planteadas en el capítulo de Reparación del Daño de la presente Recomendación, cuyos gastos deberán ser sufragados oportunamente y en su totalidad por PEMEX, pudiendo optar por brindar la rehabilitación en una institución diversa, previo consentimiento de QV y V2, siempre que sea en favor de una mejor atención, incluyendo todas aquellas terapias y servicios que resulten necesarios para su rehabilitación de manera integral, así como medicamentos y material de rehabilitación de forma vitalicia. Asimismo, se deberán adoptar las medidas conducentes para garantizar y proporcionar de manera vitalicia la atención médica y psicológica que llegara a requerir V1 y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Reembolsar los gastos que han sido absorbidos por QV y V2, con motivo de las atenciones médicas y de rehabilitación de V1, y, que sean comprobables y que guarden una relación directa con el menoscabo generado en su salud hasta la fecha de la presente Recomendación, enviándose a esta Comisión Nacional las documentales que acrediten el cumplimiento del punto.

CUARTA. Colaborar con esta Comisión Nacional en la presentación de la queja y denuncia que se presente ante el OIC en PEMEX y la Fiscalía General, con motivo de las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, V2, V3 y QV, conforme a los hechos acreditados en la presente Recomendación, en contra de AR1, AR2, AR3, AR5, AR6 y AR7 y de quien o quienes resulten responsables, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir al personal del Hospital Central Sur, en el plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, de un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con especial énfasis en los derechos que tienen los usuarios de los servicios de salud de que se respete su derecho a la protección a la salud, a la integridad y a la información en esta materia, así como la observancia de la aplicación de la normatividad y de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, particularmente la NOM NOM-004-SSA3-2012; que deberá estar disponible en forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Emitir una circular en el plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a través de la cual se exhorte al personal médico profesional de los servicios de Anestesiología, Neurología y Psiquiatría del Hospital Central Sur, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite que cuentan con la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Instruir a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2, AR3, AR5, AR6 y AR7 como constancia de las violaciones a los derechos humanos

en que incurrieron en agravio de V1, debiendo remitir las constancias de cumplimiento respectivas.

OCTAVA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación y, en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A Usted Fiscal General de la República.

PRIMERA. Instruir a quien corresponda, a efecto de continuar con la práctica de diligencias que sean legal y materialmente necesarias, para que a la brevedad se determine la Carpeta de Investigación, conforme a derecho proceda, debiéndose informar a esta Comisión Nacional la determinación de dicha investigación ministerial.

SEGUNDA. Colaborar con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se promueva ante la autoridad competente en contra de AR4 y del personal pericial que resulte responsable, por los hechos detallados en la presente Recomendación, y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

TERCERA. Diseñar e impartir al personal ministerial y pericial de la Agencia Tercera Investigadora Zona Sur Sin Detenido en la Ciudad de México, en el plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso en materia de derechos humanos, con especial énfasis en los derechos que asisten

a las víctimas de violaciones a derechos humanos en temas relacionados con la salud, el cual deberá estar disponible en forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Instruir a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR4 y del personal pericial que resulte responsable, como constancia de las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron, en agravio de V1, debiendo remitir las constancias de cumplimiento respectivas.

QUINTA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación y, en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

331. La presente Recomendación, de acuerdo a lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Federal, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental, tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Federal, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquier otra autoridad competente, para que dentro de sus atribuciones apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

332. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

334. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, se requiera su comparecencia, a efecto de que expliquen las razones de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ