



“2021, la CODHECAM y el INEDH,
unidos por la defensa y protección de los derechos humanos”

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE CAMPECHE, SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE, A LOS VEINTISÉIS DÍAS DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTIUNO.

Del análisis de las constancias que obran en el expediente **1079/Q-222/2017**, relativo al escrito del **C. Atocha de la Cruz Ake Dzib¹**, en agravio de los **CC. A1² y A2³**, así como de quien en vida respondiera al nombre de **A3(†)⁴**, en contra de la **Secretaría de Salud del Estado**, específicamente del Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, Director del Hospital Comunitario en Calkiní, Campeche y/o de quién o quiénes resulten, cuya responsabilidad se desprenda de la presente investigación, con fundamento en los artículos 1o, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 54, fracción XIX de la Constitución Política del Estado de Campeche; 1, 2, 3, 6, fracción III, 14, fracción VII, 40, 41, 43, 45, 45 Bis, 48 y 49 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche; así como 97, 98, 99 y 100 de su Reglamento Interno, no habiendo diligencias pendientes que realizar, se considera procedente, con base en los hechos victimizantes, evidencias, situación jurídica, observaciones y conclusiones, que existen elementos de convicción suficientes para emitir **Recomendación**, en los términos que más adelante se especifican, en atención a los rubros siguientes:

1. RELATO DE LOS HECHOS CONSIDERADOS VICTIMIZANTES:

1.1. En principio, se transcribe la parte conducente de lo expuesto por el quejoso, en su escrito, de fecha 04 de agosto de 2017, que a la letra dice:

*“SIENDO EL DÍA 29 DE JULIO DEL 2017 APROXIMADAMENTE A LAS TRES DE LA MAÑANA MI SOBRINO **A3** FUE LLEVADO POR SU MADRE **A2**(sic) AL HOSPITAL COMUNITARIO DE LA CIUDAD DE CALKINI, CAMPECHE PARA SU ATENCIÓN MEDICA (sic) YA QUE PRESENTABA UN CUADRO DE DOLOR EN EL ESTOMAGO (sic), AL LLEGAR LO ATENDIÓ UNA PERSONA DEL SEXO MASCULINO QUE SOLO SE IDENTIFICO (sic) COMO PASANTE EN MEDICINA QUE LOS DOCTORES ESTABAN DE DESCANSO POR SER FIN DE SEMANA MOTIVO POR EL CUAL SOLAMENTE SE*

¹ El 18 de diciembre del 2017, la persona quejosa suscribió, de manera libre e informada, una Constancia de Información, a través de la cual, manifestó su consentimiento para la Obtención, Tratamiento y Publicación de Datos Personales.

² **A1**, no contamos con su autorización para la publicación de sus datos personales, por tal motivo, con fundamento en los artículos 6 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 de la Ley de esta Comisión 4 y 7 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado, le **solicito se tomen las medidas de protección correspondientes para evitar poner en riesgo la integridad de las personas que aportaron información a este Organismo.**

³ **A2**, no contamos con su autorización para la publicación de sus datos personales, por tal motivo, con fundamento en los artículos 6 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 de la Ley de esta Comisión 4 y 7 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado, le **solicito se tomen las medidas de protección correspondientes para evitar poner en riesgo la integridad de las personas que aportaron información a este Organismo.**

⁴ **A3**, no contamos con su autorización para la publicación de sus datos personales, por tal motivo, con fundamento en los artículos 6 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 de la Ley de esta Comisión 4 y 7 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado, le **solicito se tomen las medidas de protección correspondientes para evitar poner en riesgo la integridad de las personas que aportaron información a este Organismo.**

SUMINISTRO (sic) VÍA INTRAVENOSA UN MEDICAMENTO PARA EL CUADRO DE DOLOR QUE PRESENTABA, QUE POSIBLEMENTE LO QUE LE ESTABA OCASIONADO LOS DOLORES ERA UNA PIEDRA EN EL RIÑÓN, SIN EMBARGO AL NO CONTAR CON PERSONAL PARA QUE LE REALIZARAN UN ULTRASONIDO ES QUE LE MANIFESTARON QUE TENÍAN QUE IR A QUE LE PRACTICARAN ALGUNA EN OTRO LUGAR Y SE PRESENTARON EL LUNES PARA QUE SEAN ATENDIDOS, AL DÍA SIGUIENTE DOMINGO 30 DE JULIO DEL 2017, TEMPRANO SE DIRIGIERON A QUE LE REALIZARAN EL ULTRASONIDO EN VARIOS LOCALES SIN EMBARGO TODAS SE ENCONTRABAN CERRADAS, EL CUADRO DE DOLOR CONTINUO (sic) Y NO SE SABIA (sic) QUE (sic) ERA LO QUE TENIA (sic) ES QUE SE DIRIGEN A CONSULTAR JUNTO CON SU PAREJA LA C. **PAH1** DE NUEVA CUENTA AL HOSPITAL (sic) COMUNITARIO DE CALKINI (sic) CAMPECHE DONDE LE PUEDEN INYECTAR UN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR, SE RERIRARON (sic) Y SIGIO (sic) EL DOLOR Y DE NUEVA CUENTA VAN AUN (sic) MEDICO (sic) PARTICULAR QUIEN LES REFIRIO QUE TENIAN QUE HCERLE (sic) UN ULTRASONIDO PERO NO TENIA (sic) EL EQUIPO PARA HACERLO, SOLO LE RECETO (sic) UNOS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR, ES QUE SIENDO EL DÍA 31 DE JULIO DEL 2017, AL VER SU MADRE **A2** Y SU PAREJA PAH QUE CONTINUABA CON CUADRO DE DOLOR EN EL ESTOMAGO (sic) MI SOBRINO **A3**, FUE QUE LO LLEVAN AL HOSPITAL COMUNITARIO DE CALKINI (sic), A TEMPRANA HORA SIENDO APROXIMADANTE LAS 07:00 HORAS, SIN EMBARGO NO FUE ATENDIDO DE INMEDIATO TUVIERON QUE ESPERAR HASTA LAS 09:00 HORAS A QUE LLEGARAN LOS DOCTORES, ASÍ QUE UNA VEZ QUE LLEGARON FUERON ATENDIDOS POR UN MEDICO DE NOMBRE CARLOS GUTIERREZ VALENCIA, QUIEN FUE EL ENCARGADO DE REFERIRLE A MI HERMANO **A1** QUE LLEGO POSTERIORMENTE, QUE SU HIJO **A3** TENDRÍA QUE SER INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE (sic) YA QUE PRESENTABA UNA SEVERA INFECCION (sic) EN EL ESTOMAGO (sic), YA QUE AL PRACTICARLE EL ULTRASONIDO REFLEJO (sic) DICHA INFECCION (sic) Y DE IGUAL MANERA LE MANIFESTÓ QUE EN CUANTO FUERA OPERADO MI SOBRINO IBA A NECESITAR TRANSPORTE PARA DIRIGIRSE A LA CIUDAD DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS, PARA ALOJARLO EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS YA QUE EL HOSPITAL COMUNITARIO DE CALKINI NO CONTABA CON LAS INSTALACIONES NECESARIAS PARA EL RESGUARDO, MOTIVO POR EL CUAL SE PAGO LA CANTIDAD DE \$1500 PESOS EN EFECTIVO A ESTA PERSONA PARA QUE EN CUANTO ESTUVIERA ESTABLE EL MUCHACHO FUERA TRASLADO HACIA CAMPECHE, POSTERIORMENTE PASADAS VARIAS HORAS ES QUE ESTE DOCTOR DE NOMBRE CARLOS GUTIERREZ VALENCIA SALIO (sic) DE NUEVA CUENTA PARA MANIFESTAR QUE LA INTERVENCIÓN HABÍA SIDO UN ÉXITO SOLO QUE TENDRÍAN QUE ESPERAR A QUE LLEGASE LA AMBULANCIA QUE VENDRÍA DE LA CIUDAD DE CAMPECHE, PORQUE LA QUE TENÍAN NO CONTABA CON LOS ARTICULOS (sic) NECESARIOS PARA EL TIPO DE TRASLADO YA QUE ERA MUY DELICADO A PESAR DE ESTAR PAGADO Y POSTERIORMENTE EL MISMO DOCTOR LE DIJO A MI HERMANO **A1** QUE SU HIJO **A3** HABÍA FALLECIDO A CAUSA DE SEPTIS (sic) Y PERITONITIS COMPLICADA Y SOLO SE LIMITO (sic) A EXTENDER EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DONDE MENCIONÓ ESTAS ENFERMEDADES, NO DANDO MAS EXPLICACIONES.” (Sic).

1.2. Toda vez que el escrito de referencia carecía de la firma del inconforme, en razón de que fue remitido, por vía de incompetencia, por el Director General de Quejas, Orientación y Transparencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través del oficio número 52082, datado el 31 de agosto de 2017, y recibido en la Oficialía de Partes y Comunicaciones de esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, el 14 de septiembre del 2017, se determinó procedente citar al C. Atocha de la Cruz Ake Dzib, para que ratificara su recurso de inconformidad, de fecha 04 de agosto del 2017, requisito de formalidad y procedencia contemplado en los artículos 26 de la Ley de este Organismo Estatal⁵, y 46 BIS 5, párrafo tercero⁶, 47⁷ y 48⁸ de su Reglamento Interno, documentándose el cumplimiento de lo establecido en dichos Ordenamientos Jurídicos, en acta circunstanciada, de fecha 18 de diciembre del 2017.

2. COMPETENCIA:

2.1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, en términos de los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 54, fracción XIX de la Constitución Política del Estado de Campeche; 1°, fracción II, 3° y 25 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado y 13 de su Reglamento Interno, es un Organismo Autónomo Constitucional que tiene por objeto, entre otros, la protección de los derechos humanos, facultada para conocer de quejas, en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, proveniente de cualquier autoridad o servidor público, estatal o municipal.

2.2. En consecuencia, esta Comisión es competente para conocer y resolver el presente expediente de queja **1079/Q-222/2017**, a través del procedimiento de investigación correspondiente, a fin de establecer, si existen o no actos de violación a los derechos humanos, respecto a los hechos denunciados, **en razón de la materia**, por tratarse de presuntas violaciones a derechos humanos atribuidas a **servidores públicos del ámbito estatal; en razón de lugar**, porque los hechos ocurrieron en el municipio de Calkiní, Campeche; **en razón de tiempo**, en virtud de que los hechos denunciados se cometieron el **31 de julio del 2017**, y este Organismo local tuvo conocimiento de los mismos, por medio del **quejoso**, el **14 de septiembre del 2017**, es decir, dentro del plazo de un año, a partir de que se ejecutaron los hechos que se estiman violatorios a derechos humanos, de conformidad con el artículo 25 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche⁹.

⁵ **ARTÍCULO 26.** La instancia respectiva deberá presentarse por escrito, en casos urgentes podrá formularse por cualquier medio de comunicación electrónica. No se admitirán comunicaciones anónimas, por lo que **toda queja o reclamación deberá ratificarse** dentro de los tres días siguientes a su presentación, **si el quejoso no se identifica y la suscribe en un primer momento.** Énfasis añadido.

⁶ **ARTÍCULO 46 BIS 5.** [...] Las denuncias podrán ser presentadas por escrito, vía electrónica o por comparecencia, las cuales deberán contener nombre, edad, domicilio, teléfono, correo electrónico y **firma del denunciante, debiendo anexar a la misma, identificación oficial** y documentos que se consideren pertinentes. De igual forma, deberán contener los datos e indicios que permitan advertir la presunta responsabilidad administrativa, y la identificación del servidor público de que se trate. Énfasis añadido.

⁷ **ARTÍCULO 47.** Toda queja que se dirija a la Comisión Estatal deberá presentarse mediante escrito, **con la firma o huella digital del interesado.** [...] Énfasis añadido.

⁸ **ARTÍCULO 48.** **Se considerará anónima una queja que no esté firmada**, o no contenga huella digital, o no cuente con los datos de identificación del quejoso. **Esa situación se hará saber, si ello es posible, al quejoso para que ratifique la queja** dentro de los tres días siguientes a su presentación, contados a partir del momento en que el quejoso reciba la comunicación de la Comisión Estatal de que debe subsanar la omisión. [...] Énfasis añadido.

⁹ **ARTÍCULO 25.** La queja sólo podrá presentarse dentro del plazo de un año, a partir de que se hubiera iniciado la ejecución de los hechos que se estimen violatorios, o de que el quejoso hubiese tenido conocimiento de los mismos. En casos excepcionales, y tratándose de infracciones graves a los derechos humanos la Comisión podrá ampliar dicho plazo mediante una resolución razonada. No contará plazo alguno cuando se trate de hechos que por su gravedad puedan ser considerados violaciones de lesa humanidad.

2.3. Corresponde ahora, en términos de lo que disponen los artículos 6°, fracción III, 14, fracción VII, 40 y 43 de la Ley que rige a este Organismo protector de derechos humanos, así como 99 y 100 de su Reglamento Interno, analizar los hechos, los argumentos y las pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas; en ese sentido, las evidencias recabadas durante la investigación serán valoradas en su conjunto, de acuerdo a los principios de la lógica y la experiencia, para que una vez realizado ello, se deduzca si pueden producir convicción sobre los hechos materia de la presente queja.

2.4. De conformidad con los artículos 38 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, y 66 y 79 de su Reglamento Interno, con el objeto de documentar las violaciones a derechos humanos, en agravio de los de los **CC. A1 y A2** así como de quien en vida respondiera al nombre de **A3(†)**, se solicitó a la autoridad señalada como responsable, la emisión de un informe, integrándose al conjunto de constancias que obran en el expediente de Queja, las cuales constituyen las siguientes:

3. EVIDENCIAS:

3.1. Escrito de queja, de fecha 04 de agosto de 2017, elaborado por el C. Atocha de la Cruz Ake Dzib, en agravio de los CC. A1 y A2, y de quien en vida respondiera al nombre de A3 (†).

3.2. Acta circunstanciada, de fecha 18 de diciembre del 2017, en la que personal de este Organismo Estatal, hizo constar la ratificación del escrito inicial de queja.

3.3. Oficio número 369/2018/JUR-INDESALUD, de fecha 08 de mayo del 2018, firmado por el Lic. Antonio Cuevas Alvarado, Subdirector de Asuntos Jurídicos, del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche, dirigido a este Organismo Constitucional Autónomo, mediante el cual adjuntó las constancias de relevancia siguientes:

3.3.1. Ocurso 5193, datado el 26 de abril del 2018, signado por el Director de Atención Médica del INDESALUD, a través del cual proporciona información relacionada con el procedimiento de investigación.

3.3.2. Expediente Clínico número 17/0754, iniciado por el Hospital Comunitario de Calkiní, para documentar la atención médica proporcionada a quien en vida respondiera al nombre de A3¹⁰ (†).

3.4. Oficio número CNDH/6VG/228/2020, de fecha 21 de septiembre del 2020, firmado por el Director General de la Sexta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mediante el cual, remitió lo siguiente:

¹⁰ En las fojas 51 y 52 del Expediente Clínico, se observan copias certificadas de la Clave Única de Registro de Población, con número de folio (...) y un Acta de Nacimiento, con número de folio (...), a nombre de A3, hoy occiso, por lo tanto, en lo sucesivo, el primer nombre del presunto agraviado deberá escribirse de este modo (con la letra "n" al final del mismo), quedando "A3", en vez de "A3", debido a que ese era el nombre real de la presunta víctima.

3.4.1. Opinión a la luz de la *lex artis* médica, de fecha 18 de septiembre de 2020, emitida por la Dra. Silvia Paola Guzmán González, Visitadora Adjunta de la Dirección General de la Sexta Visitaduría General, a efecto de determinar si existió alguna violación al derecho a la protección de la salud, que pudiera derivar en negligencia o impericia médica en agravio de quien en vida respondía al nombre de A3 (†).

4. SITUACIÓN JURÍDICA:

4.1. A las 03:05 horas del día 30 de julio del 2017, A3 (†), acudió al servicio de urgencias del Hospital Comunitario de Calkiní, por dolor epigástrico intenso, acompañado de vómitos, donde fue atendido por el Dr. Limber G. Damián Kantún, quien posterior a valorarlo, diagnosticó probable enfermedad péptica.

4.2. Momentos después, el Dr. Limber G. Damián Kantún, determinó el ingreso de A3 (†), para control de dolor ante sospecha de probable pancreatitis.

4.3. A las 07:30 horas de esa misma data, A3 (†), fue egresado por mejoría del dolor y de condiciones clínicas.

4.4. A las 00:10 horas del día 31 de ese mismo mes y año, A3 (†), regresó a consulta, por recidiva del dolor abdominal, refiriendo sintomatología urinaria y alza térmica no cuantificada, por la cual el Dr. Eduardo E. Diego Rivas, ordenó su ingreso, ante el dolor abdominal en estudio, especificando que presentaba datos clínicos de sepsis, posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos y proceso respiratorio con probable neumonía, además, se integró a su diagnóstico, descartar pancreatitis y/o sepsis abdominal, determinándose en ese momento que se encontraba muy delicado.

4.5. A las 04:00 horas del 31 de julio de 2017, el galeno de referencia efectuó una valoración para documentar la evolución del paciente, encontrando probable sepsis abdominal y neumonía, sugiriendo a la familiar de éste (**PAH1**¹¹), que pagara el servicio de ambulancia de la Cruz Roja para trasladarlo al Hospital de Especialidades de Campeche, esto debido a que las ambulancias de ese Hospital no eran funcionales o disponibles por cuestiones mecánicas administrativas.

4.6. Sin embargo, PAH1 le expresó al Dr. Eduardo E. Diego Rivas, carecer de solvencia económica, por lo que permaneció en dicha unidad.

4.7. Siendo las 07:39 horas de esa misma data, el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, valoró clínicamente al multirreferido paciente, diagnosticándole sepsis abdominal probable apendicitis complicada, shock séptico. 

4.8. A las 9:08 horas del 31 de julio de 2017, el paciente sufre un paro cardiorrespiratorio, por lo que inician maniobras de reanimación cardiopulmonar. 

¹¹ **PAH1** es una persona ajena a los hechos. No contamos con su consentimiento para el uso, tratamiento y publicación de sus datos personales, de conformidad con los artículos 6 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 de la Ley de esta Comisión; 4, párrafo primero, 13, 17, 19, 20 y 21 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche.

avanzadas con reversión del paro cardiopulmonar.

4.9. Siendo las 9:55 horas de ese mismo día, es ingresado a quirófano para efectuar una laparotomía exploratoria.

4.10. A las 11:50 horas, durante la cirugía acontece un paro cardiaco y se inician medidas de reanimación cardiaca por 27 minutos, sin éxito, determinándose el fallecimiento a las 12:27 horas del 31 de julio de 2017, por sepsis abdominal secundario a apendicitis aguda complicada.

5. OBSERVACIONES:

5.1. En virtud de lo anterior, y derivado de las evidencias que obran en el expediente de mérito, se efectúan los siguientes enlaces lógico-jurídicos:

5.2. Al analizar la queja planteada ante esta Comisión Estatal por el C. Atocha de la Cruz Ake Dzib, en agravio de los **CC. A1 y A2**, así como de quien en vida respondiera al nombre de A3 (†), se advierte que los eventos denunciados se concretan a: **A).** Que, aproximadamente a las 03:00 horas del día 29 de julio del 2017, la C. A2, llevó a su hijo, quien en vida respondía al nombre de A3 (†), al Hospital Comunitario de la Ciudad de Calkiní, Campeche, para que recibiera atención médica, debido a que presentaba un cuadro de dolor en el estómago; **B).** Que el antes citado fue atendido por un pasante en medicina, y debido a que los doctores estaban de descanso por ser fin de semana, solamente le suministraron un medicamento, vía intravenosa, para atender el cuadro de dolor que presentaba, haciéndoles saber que los dolores posiblemente se debían a una piedra en el riñón; **C).** Que el prestador de Servicios de Salud que lo atendió, le indicó que requería de radiografía de abdomen y torax, así como de ultrasonido abdominal, pero al no contar con personal que le efectuara un ultrasonido, sugirió que le practicaran uno en otro lugar y se presentaran el lunes para que sean atendidos; **D).** Que, aproximadamente a las 07:00 horas del 31 de julio del 2017, la C. A2 y su nuera PAH1, llevaron, de nueva cuenta a **A3 (†)**, al Hospital Comunitario de Calkiní, siendo atendido hasta las 09:00 horas, cuando llegaron los doctores; **E).** Que siendo las 9:00 horas del 31 de julio de 2017, el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, informó al C. A1, que **A3(†)**, debía ser intervenido quirúrgicamente en ese Hospital Comunitario de Calkiní, posteriormente debía ser trasladado al área de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”; **F).** Que a efecto que **A3 (†)**, fuera trasladado al Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, el C. A1, pagó la cantidad de \$1,500.00 (SON MIL QUINIENTOS PESOS 00/00) al galeno Carlos Gutiérrez Valencia; **G).** Que el mismo médico, el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, le refirió al C. A1, que la intervención quirúrgica practicada a su descendiente había sido un éxito, lo cierto es que A3 (†), falleció a causa de sepsis y peritonitis complicada y **H).** Que a las 13:50 horas del día 31 de julio de 2017, el multicitado galeno, extendió nota de defunción, sin más explicaciones. Dichos señalamientos encuadran en la presunta Violación a los Derechos Humanos Sociales, de Ejercicio Individual, en la modalidad de **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, cuya denotación jurídica tiene los elementos siguientes: **1).** Cualquier

acto u omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud, **2**). Por parte del personal encargado de brindarlo, **3**). Que afecte los derechos de cualquier persona.

5.3. Al respecto, la **Secretaría de Salud del Estado de Campeche**, remitió el oficio número 369/2018/JUR-INDESALUD, de fecha 08 de mayo del 2018, firmado por el Subdirector de Asuntos Jurídicos del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche, al que adjuntó los documentos de relevancia siguientes:

5.3.1. Ocurso número 5193, fechado el 26 de abril del 2018, signado por el Director de Atención Médica del INDESALUD, en el cual, se observa:

“1) Cuál es el criterio que se emplea en el Hospital Comunitario del Municipio de Calkiní, Campeche, para la asignación del personal médico de guardia los fines de semana.

RESPUESTA:

El personal médico de fin de semana es el personal de base adscrito al servicio en el turno de fin de semana.

2) Señalen si los fines de semana, el nosocomio de referencia proporciona el servicio de ultrasonido...

RESPUESTA: *El Hospital Comunitario de Calkiní no cuenta con el servicio de ultrasonografía.*

3) Informe si es verdad que la ambulancia asignada al Hospital Comunitario para la fecha en que acontecieron los hechos no contaba con el equipo necesario para realizar el traslado de quien en vida respondía al nombre de W.M.A.C¹²., refiera si en la presente fecha, la unidad motriz ya se encuentra debidamente equipada.

RESPUESTAS: *En el momento del evento la ambulancia se encontraba con desperfectos mecánicos.*

El 13 de marzo del 2018 se hizo entrega de una ambulancia equipada al Hospital Comunitario de Calkiní.

4) Puntualicen cuál es el criterio que emplean en el aludido hospital, para la derivación de pacientes a otros centros hospitalarios en casos de urgencia.

RESPUESTA: *Con base al artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que a la letra dice: “Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.”*

5) Adicionalmente, indique si dicho nosocomio tiene firmado convenios con homólogos para la subrogación de atención médica...

RESPUESTA: *El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en la utilización de sus recursos, y eficaz para el logro de sus objetivos, por lo que para contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud como se estableció en el Programa de Reforma del Sector Salud en 1995-2000, donde en el Capítulo Operación de Servicios del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta determina la existencia de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la Red de Servicios de la Secretaría de Salud de Campeche, que fortalezca el enlace entre las distintas*

¹² Se trata de quien en vida respondiera al nombre de **A3**.

unidades operativas en los diferentes niveles de atención para conformar una red de servicios capaz de brindar a los usuarios atención médica integral, conforme al padecimiento del paciente.” (Sic).

5.3.2. Al informe de la autoridad señalada como responsable, se adjuntó copia certificada del expediente clínico número 17/0754, iniciado por personal del Hospital Comunitario de Calkiní, para documentar la atención médica proporcionada a quien en vida respondía al nombre de A3 (†), del cual se transcriben las notas médicas, en orden de la autenticación:

5.3.2.1. Resumen médico, elaborado por el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, Director Hospital Comunitario de Calkiní (consultable en las fojas 5 y 6 del expediente clínico de referencia), en el que se asentó lo siguiente:

“30/07/2017

03:05 hrs *Acude por dolor epigástrico intenso acompañado de vómitos en 7 ocasiones, sin referir alzas térmicas. Ingesta de alimentos grasos previo a inicio de dolor. Se explora y encuentra facie álgica, con palidez mucotegumentaria, subhidratación de tegumentos, neurológicamente íntegro, sin compromiso cardiopulmonar aparente, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis disminuida, dolor a la palpación en epigastrio. Ingresado por sospecha de probable pancreatitis vs CCL. Manejado con analgesia y aplicación de antiemético.* **Énfasis añadido.**

7:30 hrs *Egresado el mismo día por mejoría del dolor y de condiciones clínicas y con indicación de cita abierta ante recidiva del dolor.*

31/07/2017

00:10 hrs *Acude por recidiva del dolor abdominal, refiere sintomatología urinaria y alza térmica no cuantificada, como antecedente de importancia refiere que cursó hace una semana con infección de vías respiratorias, y manejado con antimicrobianos IM. Sin referir tos ni expectoración al momento del interrogatorio. Explorado y encontrado con palidez generalizada, diaforético, campos pulmonares con adecuada entrada de aire, con subcrepitanes basales, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, resistente, doloroso a nivel supra púbico, con normoperistalsis, sin datos de irritabilidad peritoneal, con Giordano positivo derecho. Ingresado con el diagnóstico de dolor abdominal en estudio y probable Pielonefritis/ a desc. Neumonía. Indicado ceftriaxona y claritromicina, soluciones, analgésicos.*

7:39 hrs

Valorado por Cirugía General encontrándolo con TA de 70/40 mm/Hg FR 40x'FC 130x', temp 37.3 conciente (sic), taquipneico, con facie terrosa, con palidez mucotegumentaria y de aspecto marmóreo, regular hidratación, campos pulmonares ventilados, con abdomen distendido, abundante panículo adiposo, con resistencia muscular involuntaria, maniobras apendiculares positivas, con irritabilidad peritoneal difusa y peristalsis disminuida. Sin laboratoriales ni rayos X para comentar. Se integra diagnóstico de sepsis abdominal, pb apendicitis complicada/shock séptico. Se inician medidas de reanimación, control de líquidos, triple esquema de antimicrobianos, pasar a la sala quirúrgica en cuanto se mejoren condiciones.

8:25 hrs *Se opta por intentar realizar venodisección debido a la imposibilidad para canalizar vena periférica. Abordaje safeno con catéter umbilical 5 french por no contarse con equipo venoso central. Instalación de sonda urinaria sin encontrar uresis. Infusión de cristaloides. Se informa a familiares sobre estado crítico del paciente.*

9:08 hrs *Paro cardiorespiratorio (sic) revertido.*

9:45 hrs Nota preoperatoria en donde se menciona que se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada y con recuperación de constantes vitales, con cirugía a realizar LAPE, como urgencia quirúrgica. Paciente reportado como grave. Con alto riesgo de mortalidad en trans y posoperatorio.

9:55 hrs

Ingreso a sala quirúrgica.

10 hrs Nota de medicina interna reportando paro cardiorespiratorio (sic) presenciado y revertido, saliendo a ritmo sinusal con inicio de infusión de noradrenalina con recuperación de TA, sin embargo, mostrando datos de anuria, se continúa apoyo respiratorio con bolsa y tubo endotraqueal. Norepinefrina periférica por no contarse con equipo de cateterismo venoso central. Laboratoriales con hemoconcentración de hb 17.3 Hto de 49, leucocitosis de 17,100. Lesión renal aguda con hiperazoemia, creatinina de 4.28, urea (no legible), hipokalemia de 3.39. Hipoglucemia de 47 mg. Se corrige con infusión de sol. Glucosada al 50%, alargamiento de TP de 9 segundos sobre testigo. Por lo que se solicita plasma fresco congelado. Se comenta que cursa con sepsis abdominal complicada con choque séptico y sospecha de apendicitis aguda complicada. Ameritando resolución quirúrgica definitiva y estabilización de condiciones para traslado en el posoperatorio.

10:05 hrs

Inicia cirugía

Se encuentra peritonitis con 3500 mls de material purulento franco, con múltiples abscesos interasa, natas fibrinopurulentas en hueco pélvico y en asas intestinales, colecciones subfrénicas. Apendicitis aguda perforada. Manejo quirúrgico consistente en laparotomía exploradora, lavado y drenaje de cavidad, apendicectomía. Colocación de drenajes y cierre de cavidad. Anuria en el transoperatorio.

11:50 hrs

Paro cardíaco presenciado el cual no responde a maniobras de reanimación realizadas por 27 minutos. No se contaba con norepinefrina y dopamina puesto que se agota en el transoperatorio. Sin equipos para bombas de infusión. Fallecimiento decretado a las 12:27 hrs con dx de Sepsis abdominal secundario a apendicitis aguda complicada." (Sic).

5.3.2.2. Nota médica de valoración inicial del servicio de urgencias, efectuada a las **03:05 horas del 30 de julio del 2017**, firmada por el Dr. Limber G. Damián Kantún, (visible en anverso de la foja 12), en la que, textualmente se lee:

"Peso 120 kg. Talla 178 cm. FC 67'. FR 17'. T 36°C. T/A 130/70. Pulso 67'. Glasgow 15 pts. Masculino de 27ª de edad el acude a valoración por presencia de 3 vómitos en su domicilio de contenido gastroalimentario. Refiere ingesta de cochinita ayer por la noche, consumo de alcohol por la tarde (6 latas de cerveza). Niega alzas térmicas o ingesta de fármacos. Facie álgica, tranquilo, cooperador, leve subhidratación mucotegumentaria, discreta palidez de tegumentos, orientado en sus tres esferas neurológicas, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire. Murmullos vesiculares presentes en ambos hemitórax, precordio rítmico de buen tono, abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, peristalsis presente, blando, depresible, manifiesta dolor punzante en región epigástrico a la compresión, Murphy negativo, McBurney negativo, Bloomberg negativo, psoas y obturador negativos, Giordano negativo. Extremidades sin compromiso neurovascular aparente. Paciente cursando con epigastralgia la cual inicia a la 01:00 hrs, actualmente sin fiebre, taquicardia, remisión de vómitos y náuseas, refiere mejoría de síntomas. Debido al antecedente de ingesta de alimentos con alto aporte calórico, alcohol y consumo de tabaco (agrega 3 cigarros al día) **podría sospecharse de patología ácido péptica. Ingresar para control de dolor.**

de no existir mejoría, permanecerá hospitalizado para complementación diagnóstica. Familiar informado. Diagnóstico: **Probable enfermedad ácido péptica.** Tratamiento Lisina + Butilhioscina IV DU. Omeprazol 40 mg IV DU. Difenidol IM DU. Pronóstico reservado a evolución.” (Sic).

Énfasis añadido.

5.3.2.3. Nota médica de revaloración del servicio de urgencias, efectuada a las **07:15 horas del 30 de julio del 2017**, firmada por el Dr. Limber G. Damián Kantún, así como por el paciente A3 (obra en anverso de la foja 11), en la que se documentó lo siguiente:

“Paciente masculino de 27a de edad **ingresado para vigilancia de dolor y emesis.** Acude por presentar tres eventos eméticos en domicilio de contenido gastroalimentario. Refiere ingesta de cochinita por la tarde y la noche, alcohol por la tarde. Actualmente SV TA 120/70 FC 72 xmin FR 16 xmin T 36.3°C. Se refiere asintomático, sin dolor, náuseas o nuevos eventos eméticos, **expresa deseo de egreso por motivos personales.** EF. Despertando de sueño fisiológico, tranquilo, cooperador, normohidratado, adecuada coloración mucotegumentaria, neurológicamente orientado en sus tres esferas, campos pulmonares, murmullos vesiculares presentes en ambos hemitórax, sin agregados aparentes, precordio rítmico de buen tono e intensidad, sin agregados, abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, blando, depresible, peristalsis presente, McBurney, Murphy, psoas y talo percusión negativo, Bloomberg y Giordano negativo. Extremidades sin compromiso neurovascular. Paciente actualmente sin dolor ni vómitos, durmió por 3 hrs en área de observación urgencias, mantuvo uresis de 600cc de orina clara (cuantificado en orinal), **se refiere asintomático, expresa deseo de egresar por mejoría y motivos personales. Se sugiere realización de estudios radiológicos o paraclínicos (laboratorios, así como revaloración médica en caso de continuar con dolor, náuseas, vómitos, presentar alzas térmicas. Egresar, firma de conformidad y egreso).** IDx. **Probable enfermedad ácido péptica.**” (Sic).

Énfasis añadido.

5.3.2.4. Nota médica del servicio de urgencias, elaborada a las **00:10 horas del día 31 de julio del 2017**, por parte del Dr. Eduardo E. Diego Rivas, Médico General (consultable en la foja 8), en la que se documentó lo siguiente:

“T/A: 119/65. FC: 156x’. FR: 40x’. Temp. 35°C. Sat O2 96%. Peso: 119 kg. T: 1.78 mts. Dxt: 105 mg. Masculino de 27 años acude por dolor abdominal difuso de más de 48 hrs de evolución, con irradiación a fosa renal derecha. **El sábado 29 de julio** realizó actividades deportivas sin traumatismos, posteriormente ingirió alimentos grasos y bebidas alcohólicas (cerveza) presentando dolor difuso abdominal por la noche acudiendo a esta unidad **con aparente cuadro de dispepsia y manejo con antiácidos** remitiendo dolor por lo que decide egreso sin embargo no se le prescribió medicamento. Por la noche del domingo aparentemente con dolor difuso abdominal por lo que de acuerdo a familiar acompañante (PAH1) acude a consulta en forma particular aplicándose clonixinato de lisina y recetándose Ciprofloxacino y Butilhioscina por Diagnóstico de Cólico Renal y Pielonefritis sin embargo receta tiene fecha del 27/jul/2017 de Dra. Amayrani Cocom en Calkiní por haber referido previamente sintomatología urinaria 48 hrs previo a su consulta en medio privado. Curso con fiebre aparentemente desde la mañana del domingo 20/jul/2017 sin embargo no cuantificada. Hace 10 días aproximadamente con cuadro respiratorio bacteriano manejado con ceftriaxona IM. Actualmente sin

tos o espectoración (sic) pero con sensación de fiebre desde hace 12 hrs y hace 2 hrs con disnea. Náuseas sin llegar al vómito, urticaria presente, no diarrea.

EF: Despierto, conciente (sic), orientado e hidratado, palidez de tegumentos con diaforesis (no legible) y tendencia a Hipotermia (Temp: 35°C), cardiorespiratorio con Taquicardia 150 x minuto sin soplos, los campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral y subcrepitantes aislados sin sibilancias, abdomen globoso distendido, peristalsis disminuida pero presenta abundante pániculo adiposo, timpanismo generalizado, resistencia abdominal voluntaria que no permite palpación adecuada, Murphy negativo, McBurney dudoso, no dolor epigástrico relevante, no palpo plastrones, (no legible), dolor suprapúbico a la palpación media (no legible) Giordano derecho positivo, extremidades íntegras con llenado capilar 2", pulsos presentes.

Paciente con dolor abdominal difuso de más de 48 hrs de evol. Con ingesta previa de antibióticos y antiespasmódicos e inhibidor de bomba de protones que no permite clínicamente certeza diagnóstica para Pancreatitis, Colecistitis o Cólico Renal. Tiene datos clínicos de sepsis con foco urinario sin embargo no se descarta posibilidad de Apendicitis Modificada por Medicamentos además de proceso respiratorio con Pn Neumonía por lo que **requiere ingreso para impregnación de antibióticos, soluciones parenterales y estudios complementarios** con Biometría hemática completa y PFH incluyendo amilasa para descartar pancreatitis y/o sepsis abdominal además de **Radiografías de abdomen y de Tórax y Ultrasonido abdominal, estudios con los cuales no contamos en turno nocturno** y valoración por Cirugía General ante posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos. **No contamos con especialidades en turno nocturno por lo que solicitamos interconsulta al contar con dicho servicio.** Muy delicado. Pronóstico reservado a evolución y certeza diagnóstica. Se informa a familiar PAH1." (Sic).

Énfasis añadido.

5.3.2.5. Documento que contiene el sistema de referencia y contrarreferencia, elaborado a las **04:00 horas del 31 de julio del 2017**, por parte del Dr. Eduardo E. Diego Rivas, médico que envía, el cual, a su vez, firma por ausencia del Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, Responsable de la unidad, consultable en foja 18 del expediente clínico, observándose los datos de relevancia siguiente:

"Nombre: A3. [...] Unidad que refiere: Hospital Calkiní. Unidad a la que se refiere: HG de Esp. Camp. Dr. JBO. Servicio que envía: Urgencias. Servicio al que se envía: Cirugía general | med. Interna. [...] Resumen clínico de referencia: Masculino de 27 años con Dolor Abdominal Difuso de más de 48 hrs de evolución con ingesta de antibióticos desde el 27/jul/2017 con Dx como cólico renal y pielonefritis (sic) previamente aplicación de ceftriaxona IM y clonixinato de lisina. Sábado con dolor abdominal difuso leve con aparente dispepsia que mejora con antieméticos y antiácidos. Domingo 30/jul/2017 con dolor y fiebre desde la mañana aparentemente. No hay registro de temp por paciente y familiares. Refiere náuseas sin llegar al vómito, se agrega Dif. Respiratoria progresiva. Antecedentes de cuadro respiratorio previ (sic) hace 10 días aproximadamente que requirió Ceftriaxona IM por espectoración (sic) (no legible) purulenta. Acude a las 00:30 hrs para valoración por dolor persistente en fosa renal derecha y difuso abdominal, no fiebre pero hipotermia de 35°C diaforesis y (no legible). Sat. 90% y cursa con desaturación hace unos minutos hasta 60% por lo que se coloca mascarilla con oxígeno a 10 lts x min recuperando sat 02:98% y disminuye discretamente frec. Respiratoria/Persiste

diaforético, pálido. EF: Despierto conciente (sic), intranquilo, diaforético, palidez de tegumentos, cardiorrespiratorio con hipoventilación basal bilat. Con algunos subcrepitantes aislados, sin sibilancia, abdomen con resistencia muscular, McBurney dudoso (no legible). Extremidades íntegras, pulsos presentes, llenado capilar 2. [...] Diagnóstico de envío: Dolor abdominal en estudio/Pb sepsis abdominal/Pielonefritis Pb Desc. Apendicitis modificada por medicamentos /Pb Neumonía. Condiciones de envío: Grave. Motivo del envío: Manejo por Med. Interna y Cirugía.” (Sic).

5.3.2.6. Nota médica de evolución de urgencias, elaborada a las **04:00 horas del día 31 de julio del 2017**, por parte del Dr. Eduardo E. Diego Rivas, Médico General (consultable en el reverso de la foja 8 del expediente clínico en comentario), que en su parte conducente señala:

“T/A: 115/60. FC: 147x’. FR: 33x’. Temp: 35°C. Sat. O2: 98%. Masculino de 27 años con dolor abdominal Difuso de más de 48 hrs de Evol. Con Ingesta previa de antibióticos y aplicación de analgésicos IM y oral con incremento de Dif. Respiratoria y Disnea desaturando a 60% por lo que se indica colocación de mascarilla con Oxígeno a 10 lts por minuto, recuperando Saturación al 98% y disminuyendo taquipnea, presentó vomito al administrarse Claritromicina por lo que se administra nuevamente. Ya orino 200 ml aproximadamente sin embargo persiste **diaforético con palidez y taquicardia por lo que se sugiere traslado a Hospital de especialidades de Campeche ante pb sepsis Abdominal y Neumonía sin embargo familiar acompañante no cuenta con recurso para pagar Servicio de Cruz Roja ya que las ambulancias de esta unidad no se encuentran funcionales o disponibles por cuestiones mecánicas administrativas a pesar de contar con operador de ambulancia**. Se deja Referencia a HG de Esp. Camp. JBO para valoración por Med. Interna y Cirugía ante Pb Sepsis Abdominal y Neumonía. **Paciente Grave. Pronóstico Reservado a evolución.**” (Sic).

Énfasis añadido.

5.3.2.7. Nota médica de revaloración de urgencias, del turno nocturno, efectuada a las **06:15 horas del día 31 de julio del 2017**, por el Dr. Eduardo E. Diego Rivas (obra en el reverso de la foja 8), en la que se documentó lo siguiente:

“T/A: 100/60. FC: 154 x’. FR: 48x’. Temp: 38.4°C. Sat. O2: 95%. Paciente con Dolor Abdominal Difuso y Pb Sepsis abdominal / Desc. Neumonía / (no legible), presenta pico febril de 38.4°C y saturación de 94-95%. **Se insiste a familiar sobre traslado para atención oportuna sin embargo prefiere sea valorado en esta unidad al contar con Medicina Interna y Cirugía en próximo turno (7 am)**. Ya tiene referencia a Hospital de Especialidades para valoración oportuna por Cirugía y Med. Interna **sin embargo no contamos con ambulancia funcional en la Unidad**. Se ha solicitado valoración por (no legible) servicio en esta unidad. **Se reporta grave**. Se informa a familiar acompañante (PAH1).” (Sic).

Énfasis añadido.

5.3.2.8. Nota médica de cirugía general, efectuada a las **07:39 horas del día 31 de julio del 2017**, sin especificarse quién fue el médico tratante (visible en anverso de la foja 9), en la que se observa lo siguiente:

*“TA 70/40. FR 40x’. FC 130x’. Temp 37.3. Masculino de 27 años de edad, ingresado por dolor abdominal en estudio / Pb. Pielonefritis y desc. neumonía. **Dolor iniciado el día 29/07/17 a las 21 hrs a nivel de epigastrio y acompañado de náuseas y vomito en 4 ocasiones, acude a esta unidad y se maneja con analgésicos y egreso por mejoría, recidiva dolor y acude con facultativo que prescribe espasmolíticos sin mejoría y decide acudir a esta unidad. Alza térmica ayer. Lo encuentro consciente, taquipneico, con facie terrosa, con palidez tegumentaria, aspecto marmóreo, con regular hidratación, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen distendido, con resistencia muscular involuntaria, maniobras apendiculares positivas, hay irritabilidad peritoneal difusa, peristalsis disminuida. Extremidades sin edema, llenado capilar retardado. No hay aun labs ni Rx. Idx: Sepsis abdominal / Pb. apendicitis complicada. Shock séptico.” (Sic)***

Énfasis añadido.

5.3.2.9. Nota médica de cirugía general, efectuada a las **08:20 horas del día 31 de julio del 2017**, por parte del Dr. Carlos Gutiérrez Valencia (obra en anverso de la foja 9), en la que se documentó lo siguiente:

“Se inician medidas de reanimación, antimicrobianos, solicitud de laboratorios, control de ingresos, pasar a sala de quirófano urgente al estar en condiciones. Indicaciones en hoja anexa. Indico y realizamos abordaje safeno derecho ante imposibilidad para obtener acceso venoso central.” (Sic).

5.3.2.10. Nota médica de cirugía general, efectuada el **día 31 de julio del 2017, sin especificación de hora**, por parte del Dr. Carlos Gutiérrez Valencia (obra en anverso de la foja 9), en la que se observa lo siguiente:

“Se nos informa de paro cardiorespiratorio (sic) ocurrido a las 9:07 hrs y se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas con reversión del paro cardiopulmonar, apoyo por parte de medicina interna para titulación de aminas y pronto ingreso a sala urgente.” (Sic).

5.3.2.11. Nota médica preoperatoria, efectuada a las **09:45 horas del día 31 de julio del 2017**, por parte del Dr. Carlos Gutiérrez Valencia (obra en el reverso de la foja 9), en la que se documentó lo siguiente

“Masculino de 27 años de edad, con dx de sepsis abdominal y pb apendicitis aguda / shock séptico. Se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada y con recuperación de constantes vitales. Cirugía a realizar: LAPE. Ingresa a sala como urgencia qx. Carácter medico curativo. Anestesia sugerida general. Labs ya reportados en nota de medicina interna. Se informa a familiar. Pronóstico reservado. Paciente grave, alto riesgo de mortalidad en trans y posoperatorio.” (Sic).

5.3.2.12. Nota médica que contiene la valoración de medicina interna, efectuada a las **10:00 horas del 31 de julio del 2017**, por parte del Dr. Jorge Ureña Lagunes (descrita en anverso y reverso de la foja 10 del expediente clínico en cita), cuyo contenido textualmente señala:

“Acudo a valoración de paciente en urgencias por cuadro presenciado de paro cardiorespiratorio (sic), paciente en plan de ingreso urgente a quirófano por signos clínicos de abdomen agudo, **inició sábado 29/07/17 con vomito y dolor epigástrico ingresó para manejo a corta estancia con analgésico** refiriendo inicio súbito asociado a ingesta de alimentos grasosos; como antecedente relevante suspendió tratamiento antimicrobiano intramuscular 1 semana previo a inicio de síntomas abdominales por aparente cuadro respiratorio agudo hace 15 d. Se presenció paro cardiorespiratorio (sic) que ameritó manejo avanzado de vía aérea y 4 ciclos de compresión torácica + 3 amp de adrenalina logrando salida a ritmo sinusal, taquicardia con TA 40/20 mm/Hg, inicio infusión de noradrenalina DR se logra recuperación de TA perfusora sin embargo mostrando datos de anuria, continuando con apoyo ventilatorio con bolsa y tubo orotraqueal, norepinefrina infusión por vía periférica por no disponer de equipo para acceso venoso central. Se valoran estudios de laboratorio con hemoconcentración Hb 17.3 HTO 49, leucos 17.1, Neu 14.5, Lesión renal aguda con hiperazoemia, Creat 4.28, Urea 61.7, hipokalemia leve 3.39, con hipoglucemia 47 mg que corrigió posteriormente con administración de solución glucosada 50%, alargamiento de TP 9 segundos por sobre testigo por lo que se solicita PFC. Con lo anterior paciente con cuadro de sepsis abdominal modificado por medicamentos, sospecha de apendicitis complicada con choque séptico, amerita resolución quirúrgica definitiva y estabilizar condiciones para traslado en postoperatorio inmediato a unidad de cuidados intensivos. El pronóstico de antemano se considera sombrío por (no legible) paro cardiorespiratorio (sic), así como por criterios de falla orgánica múltiple, no contamos con gasometría para determinar indicadores de severidad más específicos. Se informa a familiares. Pronostico malo para la función y la vida.” (Sic).

Énfasis añadido.

5.3.2.13. Autorización, solicitud y registro de la intervención quirúrgica, de **fecha 31 de julio del 2017**, visible en foja 15 del expediente clínico, firmada por la persona legalmente responsable del paciente y del médico cirujano, Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, en la que se aprecia lo siguiente:

“[...] SOLICITUD DE OPERACIÓN. Diagnostico preoperatorio: Abdomen agudo. Cirugía proyectada: LAPE. Urgencia. [...] REGISTRO DE LA OPERACIÓN. Fecha: 31/07/2017. Hora: 12:29 h. Diagnostico preoperatorio: Sepsis abdominal Pb apendicitis aguda perforada. Cirugía realizada: LAPE + apendicectomía, lavado y drenaje de cavidad. Tipo de anestesia: General. Anestesiólogo: Dr. Castillo MBA. Cirujano Dr. Carlos Gutiérrez Valencia. [...] Estudio histopatológico: Se envía apéndice a reporte de patología. [...] DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA: Paciente en decúbito dorsal, bajo efectos de anestesia general (no legible) se procede a realizar asepsia y antisepsia general abdominal, colocación de campos estériles, incisión infra y supraumbilical media (no legible) se encuentran hallazgo #1 drenaje de material purulento y aspirado de dicho material, seguidamente identifica apéndice cecal y apendicectomía con técnica de (no legible) se procede a lavado de cavidad con solución fisiológica estéril en cantidad de 10 litros, se procede a colocación de drenajes tipo saratoga en hueco pélvico y a espacios subfrénicos (no legible) se avisa por parte de anestesiología de paro cardíaco y se inician medidas de reanimación cardíaca (no legible) 27 minutos sin éxito y se determina fallecimiento a las 12:27 horas de hoy. HALLAZGOS: 1) Sepsis abdominal, material purulento fétido en cantidad de 3500 mls. (sic) 2) Natas

de fibrina en asas de intestino y abscesos interasa. 3) Absceso en espacios subfrénicos. 4) Apéndice retrocecal perforado en base. 5) Fecalito libre en cavidad.”

5.3.2.14. Certificado de defunción, con número de folio 170036336, en la que el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, hizo constar que, a las **12:27 horas del día 31 de julio del 2017**, fue declarado muerto quien en vida respondía al nombre de A3, a consecuencia de sepsis abdominal y apendicitis complicada, visible en foja 17 del expediente clínico.

5.3.2.15. Nota médica de anestesiología del servicio de cirugía general, efectuada a las **13:05 horas del 31 de julio del 2017**, firmada por el Dr. Castillo MBA, (visible en anverso de la foja 13), en la que se observa lo siguiente:

“Masculino de 27 años de edad, diagnóstico de Pb Apendicitis complicada proviene de sala de choque, postreanimación por 10 minutos en servicio de urgencias en infusión IV a base de norepinefrina 8 mg en 100 ml en equipo de (no legible) a 30 gotas por minuto, intubado (no legible) FC 150x´. FR 15x´. TA 90/50. Temp 35°C. SPO2 90%. Pasa directo a sala de quirófano. ASA U-IV-B, RAQ muy alto. Riesgo tromboembólico muy alto, familiar informado y con firma de consentimiento informado. Plan Anestésico: Anestesia General Balanceada. Mantenimiento VCU VT 500 mls. (no legible) FR 16x´, PEEP 5 cmH2O (no legible). SVG 1500 ml liquido hemático venoso. SV preanestésicos: TA 100/40, FRC 120x´. FR (no legible). SPO2 93%. Durante transoperatorio a las 12:00 horas presencia de paro cardiaco en reanimación durante 27 minutos, epinefrina 7 (no legible) actividad eléctrica sin pulso (no legible) a asistolia sin respuesta farmacológica por lo que se da hora de fallecimiento a las 12:27 hrs. Se informa a familiar.” (Sic).

Énfasis añadido.

5.3.2.16. Nota de defunción del paciente A3, elaborado a las **13:50 horas del día 31 de julio del 2017**, firmada por el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia (foja 7), que, en su parte conducente, textualmente señala:

“Paciente masculino de 27 años de edad el cual ingresa a la unidad el 31/07/2017, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Niega crónico degenerativos, alergias, quirúrgicos y transfusionales.

Inicia padecimiento 7 días previos a su ingreso con presencia de cuadro de pb faringitis bacteriana, recibiendo atención medica (sic) y tx a base de cefalosporinas IM, Posterior a ello, dos días previos a su ingreso, inicia con dolor abdominal en epigastrio así como sintomatología urinaria por lo que acude a valoración médica recibiendo analgésico intravenosos con posterior egreso. Cuadro de dolor persiste por lo que es tratado de manera particular como pb Pielonefritis manejándose con antimicrobiano y analgésicos, al persistir dolor abdominal, ingresa el día de hoy para valoración. Se recibe a paciente orientado, con repuesta verbal, diaforético, taquicárdico, mucosas y tegumentos con palidez generalizada, respiración acidotica taquipnea, sin ruidos agregados; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, resistencia voluntaria, dolor abdominal en epi e hipogastrio, peritallsis (sic) disminuida, tonalidad marmolea. Es valorado por cirugía general quienes indican Laparatomía (sic) exploratoria de emergencia por datos de abdomen agudo pb apendicitis aguda. Previo a evento quirúrgico paro cardiorespiratorio

(sic) con reanimación avanzada, con recuperación de constantes vitales.

Se realiza procedimiento quirúrgico encontrando apendicitis complicada, material purulento en cavidad abdominal aproximadamente de 2L. Durante transquirúrgico nuevo paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras de reanimación avanzada, sin haber respuesta, por lo que se da como hora de defunción siendo las 12:27hrs del 31/07/17 con los (sic) siguientes causas:

- a) Sepsis abdominal 5 días.
- b) Apendicitis complicada 5 días.” (Sic)

5.3.2.17. Carta de consentimiento informado, de fecha 31 de julio del 2017, firmado por A3 (†), en calidad de disponente originario y PAH1, en calidad de disponente secundario, dirigido al Dr. Carlos Gutiérrez Valencia (foja 47).

5.3.2.18. Carta de consentimiento bajo información para procedimientos quirúrgicos, de fecha 31 de julio del 2017, firmado por el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia y el C. A1, en calidad de testigo, documental en la que aprecia que A3 (†) aceptó ser internado en el Hospital Comunitario de Calkiní, debido a que padece sepsis abdominal, choque séptico y probable apendicitis perforada, especificándose que se procedería a la realización de una laparotomía exploradora (foja 48).

5.3.2.19. Carta de consentimiento bajo información para realizar procedimiento anestésico, de fecha 31 de julio del 2017, firmando de conformidad el C. A1, padre del paciente, y el Dr. Castillo MBA, médico anesthesiólogo que informa.

5.4. Con fundamento en los artículos 23, fracción IV¹³, 38, fracción II¹⁴, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche y 79¹⁵ de su Reglamento Interno, con el objeto de documentar las evidencias necesarias en la investigación de las violaciones a derechos humanos, materia del expediente de mérito, este Organismo Constitucional Autónomo, solicitó, en vía de colaboración, a la Sexta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la emisión de una opinión médica a la luz de la *Lex Artis Médica*, remitiéndose en respuesta, el recurso número CNDH/6VG/228/2020, de fecha 21 de septiembre del 2020, firmado por el Lic. Alexander Francisco Brewster Ramírez, Director General de la Sexta Visitaduría General de la CNDH, mediante el cual, remitió lo siguiente:

5.4.1. Opinión médica, de fecha 18 de septiembre de 2020, emitida por la Doctora Silvia Paola Guzmán González, Visitadora Adjunta de la Dirección General de la Sexta Visitaduría General, a efecto de determinar, alguna violación al derecho a la protección de la salud, que pudiera derivar en negligencia o impericia médica, en agravio de quien en vida respondía al nombre de A3, la cual, en su parte conducente, textualmente señala:

(...)

¹³ Artículo 23. Los Visitadores Generales tendrán las siguientes facultades y obligaciones: IV. Realizar las investigaciones y estudios necesarios para formular los proyectos de recomendación o acuerdo, que se someterán al Presidente de la Comisión para su consideración.

¹⁴ Artículo 38. Cuando para la resolución de un asunto se requiera una investigación, el Visitador General tendrá las siguientes facultades: II. Solicitar de otras autoridades, servidores públicos o particulares, todo género de documentos e informes.

¹⁵ “Artículo 79. Para el efecto de documentar debidamente las evidencias en un expediente de queja instaurado por presuntas violaciones a Derechos Humanos, la Comisión Estatal, podrá solicitar la rendición y desahogar todas aquellas pruebas que resulten indispensables, con la sola condición de que éstas estén previstas como tales en el orden jurídico mexicano, y no estén reñidas con la moral.”

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

(...)

2. ANTECEDENTES

(...)

3. CONSIDERACIONES TÉCNICO-MÉDICAS

(...)

4.- ANÁLISIS MÉDICO

30/07/2017. 03:05 horas. Servicio de Urgencias. Hoja de valoración inicial. Dr. Limber G. Damián Kantún. Cédula Profesional 3450415. “Dolor abdominal SI. Hemorragia activa NO. Peso 120 kg. Talla 178 cm. FC 67´. FR 17´. T 36°C. T/A 130/70. Pulso 67´. Glasgow 15 pts. Masculino de 27ª de edad el acude a valoración por presencia de 3 vómitos en su domicilio de contenido gastroalimentario. Refiere ingesta de cochinita ayer por la noche, consumo de alcohol por la tarde (6 latas de cerveza). Niega alzas térmicas o ingesta de fármacos. Facie álgica, tranquilo, cooperador, leve subhidratación mucotegumentaria, discreta palidez de tegumentos, orientado en sus tres esferas neurológicas, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire. Murmullos vesiculares presentes en ambos hemitórax, precordio rítmico de buen tono, abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, peristalsis presente, blando, depresible, manifiesta dolor punzante en región epigástrico a la compresión, Murphy negativo, McBurney negativo, Bloomberg negativo, psoas y obturador negativos, Giordano negativo. Extremidades sin compromiso neurovascular aparente. Paciente cursando con epigastralgia la cual inicia a la 01:00 hrs, actualmente sin fiebre, taquicardia, remisión de vómitos y náuseas, refiere mejoría de síntomas. Debido al antecedente de ingesta de alimentos con alto aporte calórico, alcohol y consumo de tabaco (agrega 3 cigarros al día) podría sospecharse de patología ácido péptica. Ingresa para control de dolor, de no existir mejoría, permanecerá hospitalizado para complementación diagnóstica. Familiar informado. Diagnóstico: Probable enfermedad ácido péptica. Tratamiento Lisina + Butilioscina IV DU. Omeprazol 40 mg IV DU. Difenidol IM DU. Pronóstico reservado a evolución.”

- **Conclusión previa:** El paciente acudió el día 30 de julio de 2017 a las 3:05 horas al servicio de urgencias en donde el Dr. Limber G. Damian Kantún le proporcionó la atención médica inicial, en esta valoración el paciente refirió presencia de vomito de contenido gastroalimentario en 3 ocasiones y dolor abdominal de 2 horas de evolución. A la exploración física se señaló que presentaba facie álgica (expresión de la cara que está en relación con el dolor), leve deshidratación y ligera palidez de tegumentos, con dolor punzante en región de epigastrio a la compresión, signos apendiculares negativos, signos vitales en parámetros normales, indicó su ingreso a urgencias para control del dolor e indicó tratamiento con analgésico, antiespasmódico y antiácido.
- De lo antes expuesto se advierte que la atención médica inicial proporcionada por el Dr. Limber G. Damian Kantún al paciente A3, **no fue adecuada** al considerar que:

- El paciente acude principalmente por **dolor abdominal agudo** (menos de 24 horas de evolución) que, de acuerdo con la literatura médica, es uno de los motivos más frecuentes en la consulta en los Servicios de Urgencias y en virtud de que la evaluación del paciente de urgencias con dolor abdominal agudo representa un desafío clínico **resulta imprescindible realizar una anamnesis detallada, un examen físico completo y estudios complementarios.**
- De la nota médica se advierte que el médico tratante **omitió realizar una historia clínica completa** del paciente, que permitiera conocer principalmente los antecedentes médicoquirúrgicos, que aportan valiosa información para orientar el diagnóstico, **tampoco realizó la semiología completa del dolor**, en la cual se investiga el comienzo, las características del dolor, tipo, intensidad, duración y progresión, radiación o remisión, factores desencadenantes o que lo alivian, episodios previos, entre otros, así como la semiología de los síntomas asociados.
- El médico tratante **omitió solicitar pruebas diagnósticas complementarias** de laboratorio y/o gabinete indicado en el dolor abdominal agudo que proporcionarían información esencial para una correcta orientación diagnóstica.
- El médico tratante consideró que debido al antecedente de ingesta de alimentos con alto aporte calórico por la noche, alcohol y consumo de tabaco por la tarde, podría sospecharse de patología ácido péptica, si bien estos antecedentes pueden ser factores que desencadenan dolor en la enfermedad ácido péptica, no son suficientes para establecer dicho diagnóstico, ya **que no se investigaron antecedentes médicos**, uso crónico de AINES, úlcera gástrica o duodenal y otros datos clínicos compatibles con dicha patología que apoyaran el diagnóstico.
- **No se estableció un diagnóstico diferencial de las causas más frecuentes de dolor** abdominal agudo que se describen en la literatura médica como: Apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, cólico nefrítico, perforación de visera hueca, pancreatitis, diverticulitis que son responsables del 90% de los casos.
- El paciente ingresó a urgencias, sin embargo, **no se inició con un protocolo de estudio** que permitiera establecer un diagnóstico definitivo derivado del dolor abdominal agudo, el plan terapéutico estuvo encaminado a controlar el dolor abdominal con analgésicos, **omitiendo descartar** en primer lugar las patologías que establecían un riesgo vital inminente para el paciente y que requieren una pronta respuesta para evitar o disminuir la morbimortalidad.

30/07/2017. 07:15 horas. Nota Revaloración. Dr. Damián Kantún Limber. Cédula Profesional 3450415. "Paciente masculino de 27a de edad ingresado para vigilancia de dolor y emésis. Acude por presentar tres eventos eméticos en domicilio de contenido gastroalimentario. Refiere ingesta de cochinita por la tarde y la noche, alcohol por la tarde. Actualmente SV TA 120/70 FC 72 xmin FR 16 xmin T 36.3°C. Se refiere asintomático, sin dolor, náuseas o nuevos eventos eméticos, expresa deseo de egreso por motivos personales. EF. Despertando de sueño fisiológico, tranquilo, cooperador, normohidratado, adecuada coloración mucotegumentaria, neurológicamente orientado en sus tres esferas, campos pulmonares, murmullos vesiculares presentes en ambos hemitórax, sin agregados aparentes, precordio rítmico de buen tono e intensidad, sin agregados, abdomen globoso a expensas de abundante

panículo adiposo, blando, depresible, peristalsis presente, McBurney, Murphy, psoas y talo percusión negativo, Bloomberg y Giordano negativo. Extremidades sin compromiso neurovascular. Paciente actualmente sin dolor ni vómitos, durmió por 3 hrs en área de observación urgencias, mantuvo uresis de 600cc de orina clara (cuantificado en orinal), se refiere asintomático, expresa deseo de egresar por mejoría y motivos personales. Se sugiere realización de estudios radiológicos o paraclínicos (laboratorios, así como revaloración médica en caso de continuar con dolor, náuseas, vómitos, presentar alzas térmicas. Egresada, firma de conformidad y egreso). **IDx. Probable enfermedad ácido péptica.**

- **Conclusión previa:** Tras 4 horas de atención hospitalaria en el servicio de urgencias, en donde se estableció tratamiento farmacológico con analgésico y antiemético el Dr. Limber G. Damián Kantún indicó el alta médica del paciente tras referirse asintomático. Egresó con el Diagnóstico de probable enfermedad ácido péptica sin tratamiento farmacológico y se sugiere realización de estudios radiológicos o paraclínicos.
- De lo anterior se advierte que **el paciente no egresa con un diagnóstico definitivo**, no se prescribe tratamiento farmacológico, se sugiere realizar estudios radiológicos o paraclínicos, **sin embargo, no se establece específicamente cuáles estudios, dónde se realizaran y con qué diagnóstico presuntivo se envían.**
- Si bien el paciente ya no manifiesta dolor a su egreso, esto puede ser secundario a la administración de analgésicos y no a la remisión de la patología de base, considerando que en la actualidad estudios refieren que se puede administrar analgésicos en los casos de dolor abdominal agudo a pesar de que la analgesia puede ser un factor que enmascare síntomas, esto debe hacerse bajo el concepto de someter al paciente a un protocolo de estudio y valoración por cirugía, **dicha situación no aconteció**, durante su estancia hospitalaria **no se confirmó el diagnóstico** de ingreso y **no se otorgó tratamiento farmacológico** específico para dicha patología.
- Se alude en la nota médica el deseo del paciente de egresar por mejoría y deseos personales, sin embargo, es el médico tratante quien indica el alta médica, se debe tener en cuenta que si la decisión de egreso o alta médica es por voluntad del paciente **se debe firmar el formato de Alta Voluntaria**, con fundamentos en el Artículo 79 del “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica” que establece: “En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento.”

31/07/2017. 00:10 hrs. Nota de Urgencias. Dr. Eduardo E. Diego Rivas. Médico General. Sin Cédula Profesional. “T/A: 119/65. FC: 156x’. FR: 40x’. Temp. 35°C. Sat O2 96%. Peso: 119 kg. T: 1.78 mts. Dxt: 105 mg. Masculino de 27 años acude por dolor abdominal difuso de más de 48 hrs de evolución, con irradiación a fosa renal derecha. El sábado 29 de julio realizó actividades deportivas sin traumatismos, posteriormente ingirió alimentos grasos y bebidas alcohólicas (cerveza) presentando dolor difuso abdominal por la noche acudiendo a esta unidad con aparente cuadro de dispepsia y manejado con antiácidos remitiendo dolor por lo que decide egreso sin embargo no se le

prescribió medicamento. Por la noche del domingo aparentemente con dolor difuso abdominal por lo que de acuerdo a familiar acompañante (Sra. PAH1) acude a consulta en forma particular aplicandose clonixinato de lisina y recetándose Ciprofloxacino y Butilioscina por Diagnostico de Cólico Renal y Pielonefritis sin embargo receta tiene fecha del 27/jul/2017 de Dra. Mayrani Cocom en Calkiní por haber referido previamente sintomatología urinaria 48 hrs previo a su consulta en medio privado. Curso con fiebre aparentemente desde la mañana del domingo 20/jul/2017 sin embargo no cuantificada. Hace 10 días aproximadamente con cuadro respiratorio bacteriano manejado con ceftriaxona IM. Actualmente sin tos o espectoración (sic) pero con sensación de fiebre desde hace 12 hrs y hace 2 hrs con disnea. Náusea sin llegar al vomito, uresis presente, no diarrea. EF: Despierto, conciente (sic), orientado e hidratado, palidez de tegumentos con diaforesis (no legible) y tendencia a Hipotermia (Temp: 35°C), cardiorespiratorio con Taquicardia 150 x minuto sin soplos, los campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral y subcrepitantes aislados sin sibilancias, abdomen globoso distendido, peristalsis disminuida pero presenta abundante panículo adiposo, timpanismo generalizado, resistencia abdominal voluntaria que no permite palpación adecuada, Murphy negativo, Mcburney dudoso, no dolor epigástrico relevante, no palpo plastrones, (no legible), dolor suprapúbico a la palpación media (no legible) Giordano derecho positivo, extremidades integras con llenado capilar 2", pulsos presentes.

Paciente con dolor abdominal difuso de más de 48 hrs de evol. Con ingesta previa de antibióticos y antiespasmódicos e inhibidor de bomba de protones que no permite clínicamente certeza diagnóstica para Pancreatitis, Colecistitis o Cólico Renal. Tiene datos clínicos de sepsis con foco urinario sin embargo no se descarta posibilidad de Apendicitis Modificada por Medicamentos además de proceso respiratorio con Pb Neumonía por lo que requiere ingreso para impregnación de antibióticos, soluciones parenterales y estudios complementarios con Biometría hemática completa y PFH incluyendo amilasa para descartar pancreatitis y/o sepsis abdominal además de Radiografías de abdomen y de Tórax y Ultrasonido abdominal, estudios con los cuales no contamos en turno nocturno y valoración por Cirugía General ante posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos. No contamos con especialidades en turno nocturno por lo que solicitamos interconsulta al contar con dicho servicio. Muy delicado. Pronóstico Reservado a Evolución y Certeza diagnóstica. Se informa a familiar Sra. PAH1."

31/07/2017. 00:47 horas. Indicaciones médicas. Dr. Diego Rivas. MG. Sin Cédula Profesional. "1. Ayuno. 2. SVT y CGE. 3. Sol. Hartman 1000cc p/12 hrs (no legible por sello) de pulso c/4 hrs. 4. Medicamentos. Metamizol 10 mg IV c/8hrs PRN. Ceftriaxona 1 gr IV c/12 (0). Claritromicina 500 mg VO c/12 hrs (0). 5. Solicito BH QS EGO. Rx de tórax. 6. Reportar eventualidades."

- **Conclusión previa:** Acude nuevamente el día 31 de julio de 2020 al servicio de urgencias, 17 horas después del alta médica, en donde es valorado por el Dr. Eduardo E. Diego Rivas, Médico General, acude por presentar dolor abdominal difuso de más de 48 hrs de evolución, con irradiación a fosa renal derecha, durante el interrogatorio se refiere que presentó tratamiento por medio particular para infección de vías urinaria con antibiótico y analgésico 4 días previos, no se refiere por cuantos días siguió el tratamiento, 10 días previos con cuadro respiratorio que fue manejado con antibioterapia, a su ingreso con sensación de fiebre, náuseas, palidez de tegumentos, diaforesis, tendencia a hipotermia, taquicardia, abdomen distendido, con resistencia

abdominal, Murphy negativo, McBurney dudoso, dolor suprapúbico a la palpación media.

- El médico tratante señaló que debido a ingesta previa de antibióticos y antiespasmódicos e inhibidor de bomba de protones no permitía clínicamente certeza diagnóstica para Pancreatitis, Colecistitis o Cólico Renal. Lo refirió con datos clínicos de sepsis con foco urinario con posibilidad de Apendicitis Modificada por Medicamentos.
- **Tras no tener certeza diagnóstica del dolor abdominal agudo, de forma adecuada** indicó su ingreso al área de urgencias, inició tratamiento farmacológico con impregnación de antibióticos, soluciones parenterales, así como solicitud de estudios complementarios, biometría hemática completa, pruebas de funcionamiento hepático incluyendo amilasa, Rayos X de abdomen, tórax y ultrasonido abdominal, valoración por Cirugía General ante posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos.
- Resulta importante señalar que el médico tratante manifestó en la nota médica que **no contaban en el turno nocturno con servicio de laboratorio y gabinete ni con especialidades para poder llevar a cabo la interconsulta, razón por la cual dichas indicaciones pudieron llevarse a cabo hasta el siguiente turno.**

31/07/2017. 04:00 hrs. Evolución Urgencias. Dr. Eduardo E. Diego Rivas. Médico General. Ced. Prof. 5006596. "T/A: 115/60. FC: 147x'. FR: 33x'. Temp: 35°C. Sat. O2: 98%. Masculino de 27 años con dolor abdominal Difuso de más de 48 hrs de Evol. Con Ingesta previa de antibióticos y aplicación de analgésicos IM y oral con incremento de Dif. Respiratoria y Disnea desaturando a 60% por lo que se indica colocación de mascarilla con Oxígeno a 10 lts por minuto, recuperando Saturación al 98% y disminuyendo taquipnea, presentó vomito al administrarse Claritromicina por lo que se administra nuevamente. Ya orino 200 ml aproximadamente sin embargo persiste diaforético con palidez y taquicardia por lo que se **sugiere traslado a Hospital de especialidades de Campeche ante pb sepsis Abdominal y Neumonía sin embargo familiar acompañante no cuenta con recurso para pagar Servicio de Cruz Roja ya que las ambulancias de esta unidad no se encuentran funcionales o disponibles por cuestiones mecánicas administrativas a pesar de contar con operador de ambulancia.** Se deja Referencia a HG de Esp. Camp. (No legible) para valoración por Med. Interna y Cirugía ante Pb Sepsis Abdominal y Neumonía. Paciente Grave. Pronóstico Reservado a evolución."

- **Conclusión previa:** A las 3 horas de estancia hospitalaria presentó taquicardia, aumento en la frecuencia respiratoria, datos de dificultad respiratoria y disnea con saturación al 60%, de forma adecuada se inició oxigenoterapia con mascarilla a 10 litros por minuto, recuperando saturación al 98% y disminuyendo la frecuencia respiratoria (no se refiere la cifra), se refirió con datos de probable sepsis abdominal (es la respuesta sistémica a la infección, se define en términos generales como el espectro más grave de una

infección), razón por la cual sugirió su traslado al Hospital de Especialidades de Campeche.

- **Es de mayor relevancia destacar que no fue posible realizar el traslado oportuno del paciente indicado por el médico tratante debido a que las ambulancias del Hospital Comunitario no se encontraban funcionales o disponibles por cuestiones mecánicas y el familiar no contaba con los recursos para pagar servicio de ambulancia de la Cruz Roja.**

31/07/2017. 06:15 horas. Revaloración Urgencias T. Noct. Dr. Eduardo E. Diego Rivas. Médico General. Ced. Prof. 5006596. "T/A: 100/60. FC: 154 x'. FR: 48x'. Temp: 38.4°C. Sat. O2: 95%. Paciente con Dolor Abdominal Difuso y Pb Sepsis abdominal / Desc. Neumonía / (no legible), presenta pico febril de 38.4°C y saturación de 94-95%. Se insiste a familiar sobre traslado para atención oportuna sin embargo prefiere sea valorado en esta unidad al contar con Medicina Interna y Cirugía en próximo turno (7 am). Ya tiene referencia a Hospital de Especialidades para valoración oportuna por Cirugía y Med. Interna sin embargo no contamos con ambulancia funcional en la Unidad. Se ha solicitado valoración por (no legible) servicio en esta unidad. Se reporta grave. Se informa a familiar acompañante. (Sra. PAH1)."

31/07/2017. 7:39 horas. Cirugía General. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 8040922. "TA 70/40. FR 40x'. FC 130x'. Temp 37.3. Masculino de 27 años de edad, ingresado por dolor abdominal en estudio / Pb. Pielonefritis y desc neumonía. Dolor iniciado el día 29/07/17 a las 21 hrs a nivel de epigastrio y acompañado de náuseas y vómito en 4 ocasiones, acude a esta unidad y se maneja con analgésicos y egreso por mejoría, recidiva dolor y acude con facultativo que prescribe espasmolíticos sin mejoría y decide acudir a esta unidad. Alza térmica ayer. Lo encuentro consciente, taquipneico, con facie terrosa, con palidez tegumentaria, aspecto marmóreo, con regular hidratación, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen distendido, con resistencia muscular involuntaria, maniobras apendiculares positivas, hay irritabilidad peritoneal difusa, peristalsis disminuida. Extremidades sin edema, llenado capilar retardado. **No hay aun labs ni Rx.** Idx: Sepsis abdominal / Pb apendicitis complicada. Shock séptico.

Se inician medidas de reanimación, antimicrobianos, solicitud de laboratorios, control de ingresos, pasar a sala de quirófano urgente al estar en condiciones. Indicaciones en hoja anexa. Indico y realizamos abordaje safeno derecho ante imposibilidad para obtener acceso venoso central."

31/07/2017. 08:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. Carlos Gutiérrez. C.G. Sin Cédula Profesional. "1. Ayuno. 2. SVT y CGPE. Sonda Foley a derivación. SNG a derivación. 3. Medicamentos. Ceftriaxona 1 gr IV c/12. Metamizol 500 mg IV c/8. Amikacina 500 mg IV c/8. Ranitidina 50 mg IV c/12. 4. V1. Sol. Hartman 1000 cc p/8. V2. Sol Hartman 1000 cc a goteo continuo. V3. Sol gluc 5% 1000 cc p/8 hrs. 5. Preparar para quirófano y pasar (no legible) urgente."

- **Conclusión previa:** Al inicio del turno matutino fue valorado por el Dr. Carlos Gutiérrez de Cirugía General, lo refirió con maniobras apendiculares positivas, irritabilidad peritoneal difusa, con diagnóstico de sepsis abdominal por probable apendicitis complicada y shock séptico, de forma adecuada inicio medidas de reanimación terapia con antimicrobianos, solicito laboratorios e indicó pase urgente a quirófano para realizar tratamiento quirúrgico.

- **No contaban con equipo para colocar un acceso venoso central por lo que decide infusión por vía periférica y realizar un abordaje safeno derecho.**

31/07/2017. Sin hora. Cirugía General. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 8040922. “Se nos informa de Paro Cardiorespiratorio ocurrido a las 9:07 hr y se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas con reversión del Paro Cardiopulmonar, apoyo por parte de medicina interna para titulación de aminos y pronto ingreso a sala urgente.”

31/07/2017. 9:00 horas. Indicaciones Medicina Interna. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional no legible. “1. Colocar sonda Foley. Adrenalina IV 1 amp DU. Hartman 1000 cc carga rápida. Canalizar segunda vía solución Hartman 1000 cc en carga rápida. Solicitar equipo de acceso Venoso Central. 9:10 h. Adrenalina 1 amp IV DU. Solución Glucosada 50 % 50 cc a chorro DU. Adrenalina 1 amp IV cada 2 min. Bicarbonato de Sodio 5 ámpulas IV para 2 min. Imipenem – Cilastatina 500 mg IV c/8 h. Fentanilo 200 mg IV DU. Norepinefrina 8 mg en 100 cc Sol Glucosada 5% en infusión por bomba a Dosis Respuesta Inicial 10 ml/h. Solicitar cruce de PG y Grupo y Rh. Descongelar 2 unidades de PFC.”

31/07/2017. 9:45 horas. Nota preoperatoria. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 8040922. “Masculino de 27 años de edad, con dx de sepsis abdominal y pb apendicitis aguda/shock séptico. Se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada y con recuperación de constantes vitales. Cirugía a realizar: LAPE. Ingres a sala como urgencia qx. Carácter medico curativo. Anestesia sugerida general. Labs ya reportados en nota de medicina interna. Se informa a familiar. Pronóstico reservado. Paciente grave, alto riesgo de mortalidad en trans y posoperatorio.”

31/07/2017. 10:00 horas. Medicina Interna Valoración. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 6880722. “Acudo a valoración de paciente en urgencias por cuadro presenciado de paro cardiorrespiratorio, paciente en plan de ingreso urgente a quirófano por signos clínicos de abdomen agudo, inició sábado 29/07/17 con vomito y dolor epigástrico ingresó para manejo a corta estancia con analgésico refiriendo inicio súbito asociado a ingesta de alimentos grasosos; como antecedente relevante suspendió tratamiento antimicrobiano intramuscular 1 semana previo a inicio de síntomas abdominales por aparente cuadro respiratorio agudo hace 15 d. Se presenció paro cardiorrespiratorio que amerito manejo avanzado de vía aérea y 4 ciclos de compresión torácica + 3 amp de adrenalina logrando salida a ritmo sinusal, taquicardia con TA 40/20 mm/Hg, inicio infusión de noradrenalina (no legible) se logra recuperación de TA perfusora sin embargo mostrando datos de anuria, continuando con apoyo ventilatorio con bolsa y tubo orotraqueal, norepinefrina infusión por vía periférica por no disponer de equipo para acceso venoso central. Se valoran estudios de laboratorio con hemoconcentración Hb 17.3 HTO 49, leucos 17.1, Neu 14.5, Lesión renal aguda con hiperazoemia, Creat 4.28, Urea 61.7, hipokalemia leve 3.39, con hipoglucemia 47 mg que corrigió posteriormente con administración de Solución Glucosada 50%, alargamiento de TP 9 segundos por sobre testigo por lo que se solicita PFC. Con lo anterior paciente con cuadro de sepsis abdominal modificado por medicamentos, sospecha de apendicitis complicada con choque séptico, amerita resolución quirúrgica definitiva y estabilizar condiciones para testado en postoperatorio inmediato a unidad de cuidados intensivos. El pronostico de antemano se considera sombrío por paro (no legible) cardiorrespiratorio, así”

como por criterios de falla orgánica múltiple, no contamos con gasometría para determinar indicadores de severidad mas específicos. Se informa a familiares. Pronostico malo para la función y la vida.”

- **Conclusión previa:** El paciente presentó paro cardiorespiratorio que requirió reanimación cardiopulmonar avanzada, la cual fue proporcionada por el servicio de Cirugía General y Medicina Interna, logrando reversión del Paro Cardiorespiratorio.
- Durante la valoración por el servicio de Medicina Interna de **forma adecuada** proporcionó maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, con manejo avanzado de la vía aérea, logrando salida a ritmo sinusal y con recuperación de tensión arterial perfusora, tras presentar datos de anuria por probable lesión renal aguda, se valoran y reportan resultados de laboratorio con datos de lesión renal aguda, hipoglucemia que corrigió con administración de solución glucosada, tiempos de coagulación alargados por lo que se indicó transfundir plasma fresco congelado, en espera de resolución quirúrgica.

31/07/2017. 13:00 horas. Nota Anestesiología. Dr. Castillo MBA. Sin Cédula Profesional. “Masculino de 27 años de edad, diagnostico de Pb Apendicitis complicada proviene de sala de choque, postreanimación por 10 minutos en servicio de urgencias en infusión IV a base de norepinefrina 8 mg en 100 ml en equipo de (no legible) a 30 gotas por minuto, intubado (no legible) FC 150x’. FR 15x’. TA 90/50. Temp 35°C. SPO2 90%. Pasa directo a sala de quirófano. ASA U-IV-B, RAQ muy alto. Riesgo tromboembólico muy alto, familiar informado y con firma de consentimiento informado. Plan Anestésico: Anestesia General Balanceada. Mantenimiento VCU VT 500 mls. (no legible) FR 16x’, PEEP 5 cmH2O (no legible). SVG 1500 ml liquido hemático venoso. SV preanestésicos: TA 100/40, FRC 120x’. FR (no legible). SPO2 93%. Durante transoperatorio a las 12:00 horas presencia de paro cardiaco en reanimación durante 27 minutos, epinefrina 7 (no legible) actividad eléctrica sin pulso (no legible) a asistolia sin respuesta farmacológica por lo que se da hora de fallecimiento a las 12:27 hrs. Se informa a familiar.”

31/07/2017. 12:29 horas. Autorización, Solicitud y Registro de la Intervención Quirúrgica. Dr. Carlos Gutiérrez (no legible). Cédula Profesional 8040922. “[...] Solicitud de operación. Diagnostico preoperatorio: Abdomen agudo. Cirugía proyectada LAPE. Urgencia. [...] Registro de la operación. Fecha 31/07/2017. Hora: 12:29 h. Diagnostico preoperatorio: Sepsis abdominal Pb apendicitis aguda perforada. Cirugía realizada: LAPE + apendicectomía, lavado y drenaje de cavidad. Tipo de anestesia: General. Anestesiólogo: Dr, Castillo MBA. Cirujano Dr. Carlos Gutierrez Valencia. [...] Estudio histopatológico: Se envía apéndice a reporte de patología. [...] Descripción de la cirugía: Paciente en decúbito dorsal, bajo efectos de anestesia general (no legible) se procede a realizar asepsia y antisepsia general abdominal, colocación de campos estériles, incisión infra y supraumbilical media (no legible) se encuentran hallazgo #1 drenaje de material purulento y aspirado de dicho material, seguidamente identifica apéndice cecal y apendicectomía con técnica de (no legible) se procede a lavado de cavidad con solución fisiológica estéril en cantidad de 10 litros, se procede a colocación de drenajes tipo Saratoga en hueso pélvico y a espacios subfrénicos (no legible) se avisa por parte de anestesiología de paro cardiaco y se inician medidas de reanimación cardiaca (no legible) 27 minutos sin éxito y se determina fallecimiento a las 12:27 horas de hoy. Hallazgos: 1) Sepsis abdominal, material purulento fétido en cantidad de 3500 mls. (sic) 2) Natas de fibrina en asas de intestino y abscesos interasa. 3) Absceso en espacios

subfrénicos. **4) Apéndice retrocecal perforado en base. Fecalito libre en cavidad.**”

- **Conclusión previa:** Inició el procedimiento quirúrgico, se reportaron como hallazgos: Sepsis abdominal, material purulento fétido en cantidad de 3500 mililitros, natas de fibrina en asas de intestino y abscesos interasa, absceso en espacios subfrénicos, apéndice retrocecal perforado en base, fecalito libre en cavidad, confirmando el diagnóstico preoperatorio de Sepsis abdominal por apendicitis aguda complicada.
- Durante el procedimiento quirúrgico el paciente nuevamente presentó paro cardiorrespiratorio, se aplicaron medidas de reanimación cardiopulmonar durante 27 minutos, sin éxito, por lo que se declaró el fallecimiento a las 12:27 horas del 31 de julio de 2017.
- De las notas médicas de Medicina Interna (no se cuenta con nombre completo del médico adscrito al servicio de medicina interna) y Cirugía General suscritas por el Dr. Carlos Gutiérrez, **se advierte que se incumplió con el numeral 5.10 de la “Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico”** que establece: “Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso...” y 5.11 que establece: “Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, **con letra legible**, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.”, al encontrarse que las notas médicas están escritas a mano y son poco legibles, además el nombre del médico tratante, así como la cedula profesional no se encuentran legibles.

Fecha no legible por sello. 13:50 horas. Nota de defunción. Dr. Carlos Gutiérrez Valencia C.G. Cédula Profesional 8040922. “NOMBRE: A3 EDAD: 27 AÑOS. Paciente masculino de 27 años de edad el cual ingresa a la unidad el 31/07/2017, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Niega crónico degenerativos, alergias, quirúrgicos y transfusionales. Inicia padecimiento 7 días previos a su ingreso con presencia de cuadro de pb faringitis bacteriana, recibiendo atención médica y tx a base de cefalosporinas IM, Posterior a ello, dos días previos a su ingreso, inicia con dolor abdominal en epigastrio así como sintomatología urinaria por lo que acude a valoración médica recibiendo analgésico intravenosos con posterior egreso. Cuadro de dolor persiste por lo que es tratado de manera particular como pb Pielonefritis manejándose con antimicrobiano y analgésicos, al persistir dolor abdominal, ingresa el día de hoy para valoración. Se recibe a paciente orientado, con repuesta verbal, diaforético, taquicárdico, mucosas y tegumentos con palidez generalizada, respiración acidótica taquipnea, sin ruidos agregados; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, resistencia voluntaria, dolor abdominal en epi e hipogastrio, peritallsis (sic) disminuida, tonalidad marmolea. Es valorado por cirugía general quienes indican Laparatomía (sic) exploratoria de emergencia por datos de abdomen agudo pb apendicitis aguda. Previo a evento quirúrgico paro cardiorrespiratorio con reanimación avanzada, con recuperación de constantes vitales. Se realiza procedimiento quirúrgico encontrando apendicitis complicada, material purulento en cavidad abdominal aproximadamente de 2L. Durante transquirúrgico nuevo paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras de reanimación avanzada, sin haber respuesta, por lo que se da como hora de defunción siendo las 12:27hrs del 31/07/17 con los (sic) siguientes causas: a) Sepsis abdominal 5 días. **b) Apendicitis complicada 5 días.**”

Sin fecha de elaboración. Sin hora. Resumen Médico. Dr. Carlos Gutierrez Valencia. Director H.C.C. Sin cédula profesional. "30/07/2017. 03:05 hrs. Acude por dolor epigástrico intenso acompañado de vómitos en 7 ocasiones, sin referir alzas térmicas. Ingesta de alimentos grasos previo a inicio de dolor. Se explora y encuentra facie álgica, con palidez mucotegumentaria, subhidratación de tegumentos, neurológicamente íntegro, sin compromiso cardiopulmonar aparente, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis disminuida, dolor a la palpación en epigastrio. Ingresado por sospecha de probable pancreatitis vs CCL. Manejado con analgesia y aplicación de antiemético. 7:30 hrs. Egresado el mismo día por mejoría del dolor y de condiciones clínicas y con indicación de cita abierta ante recidiva del dolor. 31/07/2017. 00:10 hrs. Acude por recidiva del dolor abdominal, refiere sintomatología urinaria y alza térmica no cuantificada, como antecedente de importancia refiere que cursó hace una semana con infección de vías respiratorias, y manejado con antimicrobianos IM. Sin referir tos ni expectoración al momento del interrogatorio. Explorado y encontrado con palidez generalizada, diaforético, campos pulmonares con adecuada entrada de aire, con subcrepitantes basales, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, resistente, doloroso a nivel supra púbico, con normoperistalsis, sin datos de irritabilidad peritoneal, con Giordano positivo derecho. Ingresado con el diagnóstico de dolor abdominal en estudio y probable Pielonefritis/ a desc. Neumonía. Indicado ceftriaxona y claritromicina, soluciones, analgésicos. 7:39 hrs. Valorado por Cirugía General encontrándolo con TA de 70/40 mm/Hg FR 40x'FC 130x', temp 37.3 conciente, (sic) taquipneico, con facie terrosa, con palidez mucotegumentaria y de aspecto marmóreo, regular hidratación, campos pulmonares ventilados, con abdomen distendido, abundante panículo adiposo, con resistencia muscular involuntaria, maniobras apendiculares positivas, con irritabilidad peritoneal difusa y peristalsis disminuida. Sin laboratoriales ni rayos X para comentar. Se integra diagnóstico de sepsis abdominal, pb apendicitis complicada/shock séptico. Se inician medidas de reanimación, control de líquidos, triple esquema de antimicrobianos, pasar a la sala quirúrgica en cuanto se mejoren condiciones. 8:25 hrs. Se opta por intentar realizar venodisección debido a la imposibilidad para canalizar vena periférica. Abordaje safeno con catéter umbilical 5 french por no contarse con equipo venoso central. Instalación de sonda urinaria sin encontrar uresis. Infusión de cristaloides. Se informa a familiares sobre estado crítico del paciente.

9:08 hrs. Paro cardiorespiratorio revertido. 9:45 hrs. Nota preoperatoria en donde se menciona que se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada y con recuperación de constantes vitales, con cirugía a realizar LAPE, como urgencia quirúrgica. Paciente reportado como grave. Con alto riesgo de mortalidad en trans y posoperatorio. 9:55 hrs. Ingreso a sala quirúrgica. 10 hrs. Nota de medicina interna reportando paro cardiorespiratorio presenciado y revertido, saliendo a ritmo sinusal con inicio de infusión de noradrenalina con recuperación de TA, sin embargo, mostrando datos de anuria, se continua apoyo respiratorio con bolsa y tubo endotraqueal. Norepinefrina periférica por no contarse con equipo de cateterismo venoso central. Laboratoriales con hemoconcentración de hb 17.3 Hto de 49, leucocitosis de 17,100. Lesión renal aguda con hiperazoemia, creatinina de 4.28, urea (no legible), hipokalemia de 3.39. Hipoglucemia de 47 mg. Se corrige con infusión de sol. Glucosada al 50%, alargamiento de TP de 9 segundos sobre testigo. Por lo que se solicita plasma fresco congelado. Se comenta que cursa con sepsis abdominal complicada con choque séptico y sospecha de apendicitis aguda complicada. Ameritando resolución quirúrgica definitiva y estabilización de condiciones para traslado en el posoperatorio. 10:05 hrs. Inicia cirugía. Se encuentra peritonitis con 3500 mls de material purulento franco, con múltiples abscesos.

interasa, natas fibrinopurulentas en hueco pélvico y en asas intestinales, colecciones subfrénicas. Apendicitis aguda perforada. Manejo quirúrgico consistente en laparotomía exploradora, lavado y drenaje de cavidad, apendicectomía. Colocación de drenajes y cierre de cavidad. Anuria en el transoperatorio. 11:50 hrs. Paro cardíaco presenciado el cual no responde a maniobras de reanimación realizadas por 27 minutos. No se contaba con norepinefrina y dopamina puesto que se agota en el transoperatorio. Sin equipos para bombas de infusión. Fallecimiento decretado a las 12:27 hrs con dx de Sepsis abdominal secundario a apendicitis aguda complicada.”

5.- CONCLUSIONES

Por lo antes expuesto, tomando en cuenta las consideraciones técnicas y los hechos objetivos presentes en el expediente clínico en estudio, así como la bibliografía médica especializada, llego a las siguientes conclusiones:

PRIMERA: La atención médica inicial proporcionada a quien en vida llevara el nombre de A3(†), en el Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche, perteneciente a la **Secretaría de Salud, por el Dr. Limber G. Damián Kantún, fue inadecuada** al considerar:

El Dr. Limber G. Damián Kantún omitió realizar una anamnesis detallada sobre el padecimiento actual del paciente, que incluyera sus antecedentes médico-quirúrgicos, así como la semiología de los signos y síntomas que presentó, un examen físico completo y estudios complementarios para una correcta orientación diagnóstica.

No estableció diagnóstico de dolor abdominal agudo, siendo el dolor abdominal el motivo de consulta, omitió establecer un protocolo de estudio durante su estancia hospitalaria que permitiera un diagnóstico diferencial de las causas más comunes de dolor abdominal agudo descritas en la literatura médica especializada, a fin de establecer un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno.

Indicó el egreso hospitalario por no presentar síntomas, sin embargo, no se aseguró de la remisión de dicho padecimiento, egresó sin tratamiento médico y con la sugerencia de realizar estudios radiológicos y paraclínicos, sin establecer específicamente a que estudios se refiere y donde serían realizados.

SEGUNDA: La atención médica proporcionada en el servicio de **urgencias**, a quien en vida llevara el nombre de A3(†), en el Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche, perteneciente a la Secretaría de Salud, por el Dr. Eduardo E. Diego Rivas, Médico General, **fue adecuada** al considerar:

El Dr. Eduardo E. Diego Rivas atendiendo a lo establecido por la lex artis especializada respecto del dolor abdominal agudo, posterior a la valoración clínica del paciente señaló, que debido a ingesta previa de antibióticos y antiespasmódicos e inhibidor de bomba de protones no permitía clínica de certeza diagnóstica. Lo refirió con datos clínicos de sepsis con foco urinario con posibilidad de Apendicitis Modificada por Medicamentos. Tras no tener certeza diagnóstica del dolor abdominal agudo, **de forma adecuada** indicó su ingreso al área de urgencias.

Inició protocolo de estudio, indicó tratamiento farmacológico con impregnación de antibióticos, soluciones parenterales, así como solicitud de estudios complementarios, biometría hemática completa, pruebas de funcionamiento hepático incluyendo amilasa, Rayos X de abdomen, tórax y ultrasonido abdominal, valoración por Cirugía General ante posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos.

Es de mayor relevancia señalar que el médico tratante manifestó en la nota médica que no contaban en el turno nocturno con servicio de laboratorio y gabinete ni con especialidades para poder llevar a cabo la interconsulta, razón por la cual dichas indicaciones pudieron llevarse a cabo hasta el siguiente turno.

Tras el deterioro clínico del paciente durante sus primeras horas de estancia hospitalaria sugirió su traslado al Hospital de Especialidades de Campeche para recibir atención médica especializada, sin embargo, no fue posible realizar el traslado oportuno del paciente debido a que las ambulancias del Hospital Comunitario no se encontraban funcionales o disponibles por cuestiones mecánicas y el familiar no contaba con los recursos para pagar servicio de ambulancia de la Cruz Roja.

TERCERA: La atención médica proporcionada a quien en vida llevara el nombre de A3(†), en el Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche, perteneciente a la Secretaría de Salud, por el Dr. Carlos Gutiérrez. Cirujano General, fue adecuada al considerar:

Al inicio de su turno el Dr. Carlos Gutiérrez de Cirugía General, brindó atención médica al paciente, lo refirió con maniobras apendiculares positivas, irritabilidad peritoneal difusa, con diagnóstico de sepsis abdominal por probable apendicitis complicada y shock séptico, de forma adecuada inició medidas de reanimación terapia con antimicrobianos, solicitó laboratorios e indicó pase urgente a quirófano para resolución quirúrgica.

Proporcionó de forma adecuada en conjunto con medicina interna, reanimación cardiopulmonar tras presenciar paro cardiorrespiratorio en primera ocasión en el área de urgencias, logrando revertir el paro, solicitó pase urgente del paciente a quirófano para resolución quirúrgica con diagnóstico de sepsis abdominal y probable apendicitis aguda complicada modificada por medicamentos. Con confirmación diagnóstica durante el procedimiento quirúrgico.

El paciente presentó nuevamente paro cardiorrespiratorio derivado de las complicaciones clínicas de la sepsis abdominal que presentó, de forma adecuada se le brindaron medidas de reanimación cardiopulmonar durante 27 minutos, sin éxito, declarando su fallecimiento a las 12:27 horas del 31 de julio del 2017.

CUARTA: La atención médica proporcionada a quien en vida llevara el nombre de A3(†), en el Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche, perteneciente a la Secretaría de Salud, por el médico adscrito de Medicina Interna, del cual no es posible establecer su nombre completo, debido a que no se encuentra legible en las notas médicas, fue adecuada al considerar:

El médico adscrito al servicio de Medicina Interna en atención al paro cardiorrespiratorio que presentó en la sala de urgencias, de forma adecuada.

proporcionó maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, con manejo avanzado de la vía aérea, logrando salida a ritmo sinusal y con recuperación de tensión arterial perfusora, tras presentar datos de anuria por probable lesión renal aguda indicó fluidoterapia intravenosa, valoró y reportó resultados de laboratorio con datos de lesión renal aguda, hipoglucemia que corrigió con administración de solución glucosada, tiempos de coagulación alargados por lo que se indicó transfundir plasma fresco congelado, en espera de resolución quirúrgica.

QUINTA: Si bien la atención médica brindada por los médicos adscritos al Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche, perteneciente a la Secretaría de Salud, fue en su mayoría, adecuada, **resulta trascendental evidenciar que el retraso en la atención médica especializada y la realización de estudios complementarios que permitieran tener una certeza diagnóstica de forma oportuna, se debió a que en el Hospital Comunitario en el turno nocturno no se cuenta con el servicio de laboratorio y rayos X, así como del servicio de especialidades, en específico para este caso de Cirugía General y Medicina Interna, situación que derivó en un retraso en la valoración médica del paciente, además tras la necesidad de referirlo al Hospital de Especialidades de Campeche para su atención, el traslado no pudo efectuarse debido a que en el Hospital Comunitario no contaban con ambulancias funcionales debido a problemas mecánicos, situación que derivó en un retraso en la atención médica y en el deterioro del estado de salud de A3.”(Sic)**

5.5. Expuesto el contexto fáctico, resulta importante citar el marco jurídico aplicable. Primeramente, se refiere que, en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud¹⁶, se estableció que: “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Sic).

5.6. A nivel internacional, el derecho a la salud y su protección, por parte de los Estados, encuentra sustento en el numeral 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el cual señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; en la fracción XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, se consagra en favor de toda persona, el derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad; asimismo, en los artículos 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se estipula que, los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y 8.1 de la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, se señala que los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos, entre otros, al acceso los servicios de salud.

¹⁶ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Véase: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

5.7. Asimismo, todo usuario de los servicios de salud, tiene, en todo momento, el derecho a que el médico tratante le brinde la información veraz y completa acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, en forma clara y comprensible, con el fin de favorecer el conocimiento pleno de su estado de salud y para permitirle decidir con libertad y sin presión, si acepta o rechaza algún procedimiento, diagnóstico o tratamiento terapéutico ofrecido, ello de conformidad con los incisos a., b., c., d., e., y f., del punto número 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, del 9 de enero de 1995.

5.8. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 26, establece la obligatoriedad de los Estados de buscar su cumplimiento progresivo, especificando que se debe hacer uso del máximo de los recursos disponibles para garantizar el derecho a la protección de la salud.

5.9. Los numerales 10.1. y 10.2., incisos a), d), e) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", se reconoce el derecho de toda persona a la salud, entendida ésta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y compromete a los Estados Parte, a reconocer la salud, como un bien público, para lo cual se deberán adoptar medidas tendientes a garantizarlo de manera efectiva.

5.10. Resulta importante destacar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el "Caso Vera Vera y otra vs Ecuador"¹⁷, estableció que: "(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)."

5.11. No pasa desapercibido para esta Comisión Estatal, que ha efecto de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar, como estándares actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas¹⁸. 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. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

5.12. Resulta viable señalar que, el sistema jurídico mexicano, el artículo 4°, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que

¹⁷ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

¹⁸ Resolución 70/a de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, titulada "Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible".

“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

5.13. La Ley General de Salud, en su artículo 1º, establece que:

“La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.”

En el artículo 1º Bis, señala que:

“Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

En el artículo 2º, preceptúa que:

“El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;*
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;*
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;*
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;*
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.***
- VI. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;*
- VII. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;*
- VIII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y*
- IX. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.”*

Énfasis añadido.

En el numeral 27 fracción III, se lee:

“Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

(...) III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de

rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.”

El artículo 32, estipula:

“Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.”

El artículo 33, puntualiza:

“Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;**
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y
- IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.”

Énfasis añadido

El artículo 77 bis 37, establece:

“Los beneficiarios tendrán los siguientes derechos:

- I. Recibir en igualdad y sin discriminación los servicios de salud a que se refiere el presente Título. El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso a la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;**
- II. Recibir servicios integrales de salud;
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;**
- IV. Recibir gratuitamente los medicamentos y demás insumos asociados, que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen...”**

Énfasis añadido.

En el artículo 50, se indica que:

“Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público”

social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.”

El artículo 51, señala:

“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.”

5.14. Resulta pertinente citar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, particularmente los numerales:

“ARTICULO 29. *Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.”*

“ARTICULO 30. *El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento.”*

“ARTICULO 72. *Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.”*

“ARTICULO 73. *El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.”*

“ARTICULO 74. *Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.”*

“ARTICULO 75. *El traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas.*

De no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los de la institución receptora.”

Énfasis añadido.

“ARTICULO 79. *En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento.*

En todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior relevará de la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionará al usuario.”

“ARTICULO 80. En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.”

5.15. La Ley de Salud para el Estado de Campeche, por cuanto al caso, indica:

En el artículo 22:

“Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la población del Estado, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

En el artículo 23:

“Los servicios de salud se clasifican en servicios de: I. Atención médica; II. Salud pública; y III. Asistencia social. “

En el artículo 26 fracción III:

*“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico, el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente y la protección contra riesgos sanitarios; II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; **III. La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;** IV. La atención materno-infantil; V. La planificación familiar; VI. La salud mental; VII. La prevención y el control de enfermedades bucodentales; VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición; X. La asistencia social a los grupos más vulnerables; XI. La prevención, tratamiento y control de la drogadicción, además de la rehabilitación de las personas adictas; y XII. Los demás que establezca esta Ley y otras disposiciones legales y reglamentarias aplicables.”*
Énfasis añadido.

En el artículo 31:

“Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.”

En el artículo 32:

“Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las capacidades diferentes físicas o mentales.”

En el artículo 33:

“Para los efectos de esta ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: I. Servicios públicos a la población en general; II. Servicios a derechohabientes de la institución encargada de ofrecer servicios de seguridad social a los servidores públicos del Estado y de los Municipios, o los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Estatal preste la misma institución a otros grupos de usuarios; III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten; y IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca el Ejecutivo Estatal”.

En el artículo 34:

Son servicios públicos a la población en general, los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del Estado que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.”

5.16. Por otra parte, al momento en que que acontecieron los hechos, se encontraban vigentes el “Código de Ética de los servidores públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de Campeche” y las “Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública”, publicadas, mediante Acuerdo, en el Periódico Oficial del Estado, el miércoles 13 de septiembre de 2017, Cuarta Época, Año III, número 0522. A saber, en el Código de Ética se establecieron los principios que todo servidor público debía observar, en el desempeño de su empleo, cargo, comisión o función, entre ellos los siguientes: Disciplina¹⁹, legalidad²⁰, profesionalismo²¹, lealtad²², integridad²³ y rendición de cuentas²⁴. Ahora bien, en el artículo 1° de las Reglas de Integridad, se estipuló lo siguiente: *“El servidor público que desempeñe un empleo, cargo, comisión o función, conducirá su actuación con transparencia, honestidad, lealtad, cooperación, austeridad, sin ostentación y con una clara orientación al interés público. Vulneran esta regla, de manera enunciativa y no limitativa, las conductas siguientes: a) Abstenerse de ejercer las atribuciones y facultades que le impone el servicio público y que le confieren los ordenamientos legales y normativos correspondientes.”* (**Sic**), bajo esa premisa, en el numeral 5°, referente a los trámites y servicios, se estipuló lo siguiente: *“El servidor público que con motivo de su empleo, cargo, comisión o función participe en la prestación de trámites y en el otorgamiento de servicios, atenderá a los usuarios de forma respetuosa, eficiente, oportuna, responsable e imparcial. Vulneran esta regla, de manera enunciativa más no limitativa, las conductas siguientes: a) Ejercer una actitud contraria de servicio, respeto y cordialidad en el trato, incumpliendo protocolos de actuación o atención al público; b) Otorgar información falsa sobre el proceso y requisitos para acceder a*

¹⁹ **1. DISCIPLINA.** Evitar comportamientos que puedan generar dudas que afecten o atenten contra los valores e imagen de la Dependencia o Entidad.

²⁰ **2. LEGALIDAD.** Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas le atribuyan a su cargo, por lo que deben de conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

²¹ [...] **4. PROFESIONALISMO.** Cumplir con las leyes, reglamentos o demás disposiciones legales, y evitar cualquier acción que desacredite el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

²² [...] **6. LEALTAD.** Corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido; tendrán una vocación absoluta de servicio a la sociedad, y preservarán el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general.

²³ [...] **8. INTEGRIDAD.** Actuar siempre de manera congruente con los principios que se deben observar en el desempeño de un cargo, convencidos en el compromiso de ajustar su conducta para que impere en su desempeño una ética que responda al interés público y generen certeza plena de su conducta frente a todas las personas con las que se vinculen u observen su actuar.

²⁴ **9. RENDICIÓN DE CUENTAS.** Asumir plenamente, ante la sociedad y sus autoridades, la responsabilidad que deriva del ejercicio de su cargo, por lo que informarán, explicarán y justificarán sus decisiones y acciones, y se sujetarán a un sistema de sanciones, así como la evaluación y al escrutinio público de sus funciones por parte de la ciudadanía.

Documento consultado en: http://segobcampeche.gob.mx/images/Acuerdo_Codigo_de_Etica.pdf

consultas, trámites, gestiones y servicios; c) Realizar trámites y otorgar servicios de forma deficiente, retrasando los tiempos de respuesta, consultas, trámites, gestiones y servicios; d) Exigir, por cualquier medio, requisitos o condiciones adicionales a los señalados por las disposiciones jurídicas que regulan los trámites y servicios [...].” (Sic).

5.17. Sobre la cuestión, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado en la Tesis con número de registro 163169²⁵, los siguiente:

“DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO.

El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, en tanto que no sólo prohíbe la privación de la vida (que se traduce en una obligación negativa: que no se prive de la vida), sino que también exige que, a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho en el ámbito legislativo, judicial y administrativo. En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado no sólo cuando una persona es privada de la vida por un agente del Estado, **sino también cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias aludidas, como son las tendientes a preservarla**, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares, y las necesarias para investigar efectivamente los actos de privación de la vida.”

Énfasis añadido.

5.18. En ese orden de ideas, es atinente la jurisprudencia administrativa siguiente:

“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad 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”.²⁶

5.19. Resulta pertinente referir que, cuando acontecieron los hechos, se encontraban vigentes también la **Guía de Referencia Rápida de Diagnóstico de Apendicitis Aguda**²⁷, la **Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico de Apendicitis Aguda**²⁸ y la **Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de Apendicitis Aguda**²⁹ emitida por el Consejo de Salubridad General, instrumento que fue creado con el propósito de ofrecer información basada en la mejor evidencia disponible acerca de los principales problemas de salud del país, para fortalecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales y contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención médica.

²⁵ Tesis P. LXI/2010, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIII, enero de 2011, p. 24. Reg. IUS. 163169.

²⁶ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

²⁷ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/031_GPC_ApendicitisAgDiag/IMSS_031_08_GRR.pdf

²⁸ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/031_GPC_ApendicitisAgDiag/IMSS_031_08_EyR.pdf

²⁹ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/049_GPC_ApendicitisAgTratamiento/IMSS_049_08_EyR.pdf

5.20. Habiéndose fijado los hechos sometidos a investigación y el marco jurídico atinente al caso en concreto, se analizará de manera conjunta, el caudal probatorio para determinar si servidores públicos dependientes del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche, causaron la negativa, suspensión, retraso o deficiencia del servicio público de salud, en agravio de quien en vida respondía al nombre de A3 (†), denotación jurídica de la presunta Violación al Derecho a la Protección de la Salud, en su modalidad de **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud.**

5.21. Del estudio de las constancias que obra en el expediente de Queja 1079/Q-222/2017, del inciso **5.3.2.2.** al **5.3.2.15.**, este Organismo Autónomo constató que del día 30 de julio de 2017 al día 31 de julio de 2017, **A3(†)**, acudió a los servicios de salud, prestados en el Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche, siendo atendido por 5 médicos hasta antes de verificarse su fatal deceso, atención que se ilustra de la siguiente manera:

Médico que otorgó la atención	Fecha	Hora	Observaciones
Dr. Limber G. Damián Kantún. Cédula Profesional 3450415	30 de julio de 2017	3: 05 horas	Servicio de Urgencias. Hoja de valoración inicial. Dr. Limber G. Damián Kantún. Cédula Profesional 3450415. "Dolor abdominal SI. Hemorragia activa NO. Peso 120 kg. Talla 178 cm. FC 67'. FR 17'. T 36°C. T/A 130/70. Pulso 67'. Glasgow 15 pts. Masculino de 27ª de edad el acude a valoración por <u>presencia de 3 vómitos</u> en su domicilio de contenido gastroalimentario. Refiere ingesta de cochinita ayer por la noche, consumo de alcohol por la tarde (6 latas de cerveza). Niega alzas térmicas o ingesta de fármacos. <u>Facie álgica</u> , tranquilo, cooperador, leve subhidratación mucotegumentaria, discreta palidez de tegumentos, orientado en sus tres esferas neurológicas, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire. Murmullos vesiculares presentes en ambos hemitórax, precordio rítmico de buen tono, abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, peristalsis presente, blando, depresible, <u>manifiesta dolor punzante en región epigástrico a la compresión</u> , Murphy negativo, McBurney negativo, Bloomberg negativo, psoas y obturador negativos, Giordano negativo. Extremidades sin compromiso neurovascular aparente. Paciente cursando con epigastralgia la cual inicia a la 01:00 hrs, actualmente sin fiebre, taquicardia, remisión de vómitos y náuseas, refiere mejoría de síntomas. Debido al antecedente de ingesta de alimentos con alto aporte calórico, alcohol y consumo de tabaco (agrega 3 cigarros al día) podría sospecharse de <u>patología ácido péptica</u> . <u>Ingresa para control de dolor</u> , de no existir mejoría, permanecerá hospitalizado para complementación diagnóstica. Familiar informado. <u>Diagnóstico: Probable enfermedad ácido péptica. Tratamiento Lisina + Butilhioscina IV DU. Omeprazol 40 mg IV DU. Difenidol IM DU. Pronóstico reservado a evolución.</u> (Sic).

		7:15 horas	<p>Nota Revaloración. Dr. Damián Kantún Limber. Cédula Profesional 3450415. "Paciente masculino de 27a de edad <u>ingresado para vigilancia de dolor y emésis.</u> Acude por presentar tres eventos eméticos en domicilio de contenido gastroalimentario. Refiere ingesta de cochinita por la tarde y la noche, alcohol por la tarde. Actualmente SV TA 120/70 FC 72 xmin FR 16 xmin T 36.3°C. Se refiere asintomático, sin dolor, náuseas o nuevos eventos eméticos, expresa deseo de egreso por motivos personales. EF. Despertando de sueño fisiológico, tranquilo, cooperador, normohidratado, adecuada coloración mucotegumentaria, neurológicamente orientado en sus tres esferas, campos pulmonares, murmullos vesiculares presentes en ambos hemitórax, sin agregados aparentes, precordio rítmico de buen tono e intensidad, sin agregados, abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, blando, depresible, peristalsis presente, McBurney, Murphy, psoas y talo percusión negativo, Bloomberg y Giordano negativo. Extremidades sin compromiso neurovascular. <u>Paciente actualmente sin dolor ni vómitos.</u> durmió por 3 hrs en área de observación urgencias, mantuvo uresis de 600cc de orina clara (cuantificado en orinal), se refiere asintomático, expresa deseo de egresar por mejoría y motivos personales. <u>Se sugiere realización de estudios radiológicos o paraclínicos (laboratorios, así como revaloración médica en caso de continuar con dolor, náuseas, vómitos, presentar alzas térmicas. Egresar, firma de conformidad y egreso).</u> IDx. Probable enfermedad ácido péptica." (Sic).</p>
<p>Dr. Eduardo E. Diego Rivas.</p> <p>Cédula Profesional 5006596.</p>	31 de julio de 2017	0:10 horas	<p>Nota de Urgencias. Dr. Eduardo E. Diego Rivas. Médico General. Sin Cédula Profesional. "T/A: 119/65. FC: 156x'. FR: 40x'. Temp. 35°C. Sat O2 96%. Peso: 119 kg. T: 1.78 mts. Dxt: 105 mg. Masculino de 27 años <u>acude por dolor abdominal difuso de más de 48 hrs de evolución, con irradiación a fosa renal derecha.</u> El sábado 29 de julio realizó actividades deportivas sin traumatismos, posteriormente ingirió alimentos grasos y bebidas alcohólicas (cerveza) presentando dolor difuso abdominal por la noche acudiendo a esta unidad con aparente cuadro de dispepsia y manejado con antiácidos remitiendo dolor por lo que decide egreso sin embargo no se le prescribió medicamento. Por la noche del domingo aparentemente con dolor difuso abdominal por lo que de acuerdo a familiar acompañante (Sra. PAH1) acude a consulta en forma particular aplicándose <u>clonixinato de lisina y recetándose Ciprofloxacino y Butilioscina por Diagnostico de Cólico Renal y Pielonefritis sin embargo receta tiene fecha del 27/jul/2017</u> de Dra. Mayrani Cocom en Calkiní por haber referido previamente <u>sintomatología urinaria 48 hrs previo a su consulta en medio privado. Curso con fiebre aparentemente desde la mañana del domingo 20/jul/2017 sin embargo no cuantificada.</u> Hace 10 días aproximadamente con cuadro respiratorio bacteriano manejado con ceftriaxona IM. Actualmente sin tos o espectoración (sic) pero con sensación de fiebre desde hace 12 hrs y hace 2 hrs con disnea. Nausea</p>

		<p>sin llegar al vomito, uresis presente, no diarrea. EF: Despierto, conciente (sic), orientado e hidratado, palidez de tegumentos con diaforesis (no legible) y tendencia a <u>Hipotermia</u> (Temp: 35°C), cardiorespiratorio con <u>Taquicardia</u> 150 x minuto sin soplos, los <u>campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral y subcrepitantes aislados sin sibilancias, abdomen globoso distendido, peristalsis disminuida</u> pero presenta abundante panículo adiposo, timpanismo generalizado, resistencia abdominal voluntaria que no permite palpación adecuada, Murphy negativo, Mcburney dudoso, no dolor epigástrico relevante, no palpo plastrones, (no legible), dolor suprapúbico a la palpación media (no legible) Giordano derecho positivo, extremidades integras con llenado capilar 2”, pulsos presentes. <u>Paciente con dolor abdominal difuso de más de 48 hrs de evol. Con ingesta previa de antibióticos y antiespasmódicos e inhibidor de bomba de protones que no permite clínicamente certeza diagnóstica para Pancreatitis, Colecistitis o Cólico Renal. Tiene datos clínicos de sepsis con foco urinario sin embargo no se descarta posibilidad de Apendicitis Modificada por Medicamentos</u> además de proceso respiratorio con Pb Neumonía por lo que requiere ingreso para impregnación de antibióticos, soluciones parenterales y estudios complementarios con Biometría hemática completa y PFH incluyendo amilasa para descartar pancreatitis y/o sepsis abdominal además de Radiografías de abdomen y de Tórax y Ultrasonido abdominal, estudios con los cuales no contamos en turno nocturno y valoración por Cirugía General ante posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos. No contamos con especialidades en turno nocturno por lo que solicitamos interconsulta al contar con dicho servicio. Muy delicado. Pronóstico Reservado a Evolución y Certeza diagnóstica. Se informa a familiar Sra. PAH1.” (Sic)</p>
	0:47 horas	<p>Indicaciones médicas. Dr. Diego Rivas. MG. Sin Cédula Profesional. “1. Ayuno. 2. SVT y CGE. 3. Sol. Hartman 1000cc p/12 hrs (no legible por sello) de pulso c/4 hrs. 4. Medicamentos. Metamizol 10 mg IV c/8hrs PRN. Ceftriaxona 1 gr IV c/12 (0). Claritromicina 500 mg VO c/12 hrs (0). 5. Solicito BH QS EGO. Rx de tórax. 6. Reportar eventualidades.” (Sic).</p>
	4:00 horas	<p>Evolución Urgencias. Dr. Eduardo E. Diego Rivas. Médico General. Ced. Prof. 5006596. “T/A: 115/60. FC: 147x’. FR: 33x’. Temp: 35°C. Sat. O2: 98%. Masculino de 27 años con dolor abdominal Difuso de más de 48 hrs de Evol. Con Ingesta previa de antibióticos y aplicación de analgésicos IM y oral con incremento de Dif. Respiratoria y Disnea desaturando a 60% por lo que se indica colocación de mascarilla con Oxígeno a 10 lts por minuto, recuperando Saturación al 98% y disminuyendo taquipnea, presentó vomito al administrarse Claritromicina por lo que se administra nuevamente. Ya orino 200 ml aproximadamente sin embargo persiste diaforético con palidez y taquicardia por lo que se sugiere</p>

			<p>traslado a Hospital de especialidades de Campeche ante pb sepsis Abdominal y Neumonía sin embargo familiar acompañante no cuenta con recurso para pagar Servicio de Cruz Roja ya que las ambulancias de esta unidad no se encuentran funcionales o disponibles por cuestiones mecánicas administrativas a pesar de contar con operador de ambulancia. Se deja Referencia a HG de Esp. Camp. (No legible) para valoración por Med. Interna y Cirugía ante Pb Sepsis Abdominal y Neumonía. Paciente Grave. Pronóstico Reservado a evolución.” (Sic).</p>
		6:15 horas	<p>Revaloración Urgencias T. Noct. Dr. Eduardo E. Diego Rivas. Médico General. Ced. Prof. 5006596. “T/A: 100/60. FC: 154 x´. FR: 48x´. Temp: 38.4°C. Sat. O2: 95%. Paciente con Dolor Abdominal Difuso y Pb Sepsis abdominal / Desc. Neumonía / (no legible), presenta pico febril de 38.4°C y saturación de 94-95%. Se insiste a familiar sobre traslado para atención oportuna sin embargo prefiere sea valorado en esta unidad al contar con Medicina Interna y Cirugía en próximo turno (7 am). Ya tiene referencia a Hospital de Especialidades para valoración oportuna por Cirugía y Med. Interna sin embargo no contamos con ambulancia funcional en la Unidad. Se ha solicitado valoración por (no legible) servicio en esta unidad. Se reporta grave. Se informa a familiar acompañante. (Sra. PAH1).” (Sic).</p>
<p>Dr. Carlos Gutiérrez Valencia.</p> <p>Cedula Profesional 8040922</p>	<p>31 de julio de 2017</p>	7:39 horas	<p>Cirugía General. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 8040922. “TA 70/40. FR 40x´. FC 130x´. Temp 37.3. Masculino de 27 años de edad, ingresado por dolor abdominal en estudio / Pb. Pielonefritis y desc neumonía. Dolor iniciado el día 29/07/17 a las 21 hrs a nivel de epigastrio y acompañado de nauseas y vomito en 4 ocasiones, acude a esta unidad y se maneja con analgésicos y egreso por mejoría, recidiva dolor y acude con facultativo que prescribe espasmolíticos sin mejoría y decide acudir a esta unidad. Alza térmica ayer. Lo encuentro consciente, taquipneico, con facie terrosa, con palidez tegumentaria, aspecto marmóreo, con regular hidratación, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen distendido, con resistencia muscular involuntaria, maniobras apendiculares positivas, hay irritabilidad peritoneal difusa, peristalsis disminuida. Extremidades sin edema, llenado capilar retardado. No hay aun labs ni Rx. Idx: Sepsis abdominal / Pb apendicitis complicada. Shock séptico.</p> <p>Se inician medidas de reanimación, antimicrobianos, solicitud de laboratorios, control de ingresos, pasar a sala de quirófano urgente al estar en condiciones. Indicaciones en hoja anexa. Indico y realizamos abordaje safeno derecho ante imposibilidad para obtener acceso venoso central.” (Sic).</p>
		8:00 horas	<p>Indicaciones médicas. Dr. Carlos Gutiérrez. C.G. Sin Cédula Profesional. “1. Ayuno. 2. SVT y CGPE. Sonda Foley a derivación. SNG a derivación. 3. Medicamentos. Ceftriaxona 1 gr IV c/12. Metamizol</p>

		500 mg IV c/8. Amikacina 500 mg IV c/8. Ranitidina 50 mg IV c/12. 4. V1. Sol. Hartman 1000 cc p/8. V2. Sol Hartman 1000 cc a goteo continuo. V3. Sol gluc 5% 1000 cc p/8 hrs. 5. Preparar para quirófano y pasar (no legible) urgente." (Sic).
9:00 horas		Indicaciones médicas. Dr. Carlos Gutiérrez. C.G. Sin Cédula Profesional. "1. Ayuno. 2. SVT y CGPE. Sonda Foley a derivación. SNG a derivación. 3. Medicamentos. Ceftriaxona 1 gr IV c/12. Metamizol 500 mg IV c/8. Amikacina 500 mg IV c/8. Ranitidina 50 mg IV c/12. 4. V1. Sol. Hartman 1000 cc p/8. V2. Sol Hartman 1000 cc a goteo continuo. V3. Sol gluc 5% 1000 cc p/8 hrs. 5. Preparar para quirófano y pasar (no legible) urgente." (Sic).
Sin hora		Sin hora. Cirugía General. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 8040922. "Se nos informa de Paro Cardiorespiratorio ocurrido a las 9:07 hr y se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas con reversión del Paro Cardiopulmonar, apoyo por parte de medicina interna para titulación de aminas y pronto ingreso a sala urgente." (Sic)
9:45 horas		Nota preoperatoria. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 8040922. "Masculino de 27 años de edad, con dx de sepsis abdominal y pb apendicitis aguda/shock séptico. Se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada y con recuperación de constantes vitales. Cirugía a realizar: LAPE. Ingres a sala como urgencia qx. Carácter medico curativo. Anestesia sugerida general. Labs ya reportados en nota de medicina interna. Se informa a familiar. Pronóstico reservado. Paciente grave, alto riesgo de mortalidad en trans y posoperatorio." (Sic).
12:29 horas		Autorización, Solicitud y Registro de la Intervención Quirúrgica. Dr. Carlos Gutiérrez (no legible). Cédula Profesional 8040922. "[...] Solicitud de operación. Diagnostico preoperatorio: Abdomen agudo. Cirugía proyectada LAPE. Urgencia. [...] Registro de la operación. Fecha 31/07/2017. Hora: 12:29 h. Diagnostico preoperatorio: Sepsis abdominal Pb apendicitis aguda perforada. Cirugía realizada: LAPE + apendicectomía, lavado y drenaje de cavidad. Tipo de anestesia: General. Anestesiólogo: Dr, Castillo MBA. Cirujano Dr. Carlos Gutierrez Valencia. [...] Estudio histopatológico: Se envía apéndice a reporte de patología. [...] Descripción de la cirugía: Paciente en decúbito dorsal, bajo efectos de anestesia general (no legible) se procede a realizar asepsia y antisepsia general abdominal, colocación de campos estériles, incisión infra y supraumbilical media (no legible) se encuentran hallazgo #1 drenaje de material purulento y aspirado de dicho material, seguidamente identifica apéndice cecal y apendicectomía con técnica de (no legible) se procede a lavado de cavidad con solución fisiológica estéril en cantidad de 10 litros, se procede a colocación de drenajes tipo Saratoga en hueco pélvico y a espacios subfrénicos (no legible) se avisa por parte de anestesiología de paro cardiaco y se inician medidas de reanimación cardiaca (no legible) 27 minutos sin éxito y se determina fallecimiento a las 12:27 horas de hoy. Hallazgos: (1)

			<p>Sepsis abdominal, material purulento fétido en cantidad de 3500 mls. (sic) 2) Natas de fibrina en asas de intestino y abscesos interasa. 3) Absceso en espacios subfrénicos. 4) Apéndice retrocecal perforado en base. Fecalito libre en cavidad.” (Sic).</p>
<p>Dr. Jorge Ureña Lagunes.</p> <p>Cédula Profesional 6880722.</p>	<p>31 de julio de 2017</p>	<p>10:00 horas</p>	<p>Medicina Interna Valoración. Nombre del médico tratante no legible. Cédula Profesional 6880722.</p> <p>“Acudo a valoración de paciente en urgencias por cuadro presenciado de paro cardiorespiratorio, paciente en plan de ingreso urgente a quirófano por signos clínicos de abdomen agudo, inició sábado 29/07/17 con vomito y dolor epigástrico ingresó para manejo a corta estancia con analgésico refiriendo inicio súbito asociado a ingesta de alimentos grasosos; como antecedente relevante suspendió tratamiento antimicrobiano intramuscular 1 semana previo a inicio de síntomas abdominales por aparente cuadro respiratorio agudo hace 15 d. Se presenció paro cardiorespiratorio que amerito manejo avanzado de vía aérea y 4 ciclos de compresión torácica + 3 amp de adrenalina logrando salida a ritmo sinusal, taquicardia con TA 40/20 mm/Hg, inicio infusión de noradrenalina (no legible) se logra recuperación de TA perfusora sin embargo mostrando datos de anuria, continuando con apoyo ventilatorio con bolsa y tubo orotraqueal, norepinefrina infusión por vía periférica por no disponer de equipo para acceso venoso central. Se valoran estudios de laboratorio con hemoconcentración Hb 17.3 HTO 49, leucos 17.1, Neu 14.5, Lesión renal aguda con hiperazoemia, Creat 4.28, Urea 61.7, hipokalemia leve 3.39, con hipoglucemia 47 mg que corrigió posteriormente con administración de Solución Glucosada 50%, alargamiento de TP 9 segundos por sobre testigo por lo que se solicita PFC. Con lo anterior paciente con cuadro de sepsis abdominal modificado por medicamentos, sospecha de apendicitis complicada con choque séptico, amerita resolución quirúrgica definitiva y estabilizar condiciones para testado en postoperatorio inmediato a unidad de cuidados intensivos. El pronóstico de antemano se considera sombrío por paro (no legible) cardiorespiratorio, así como por criterios de falla orgánica múltiple, no contamos con gasometría para determinar indicadores de severidad mas específicos. Se informa a familiares. Pronostico malo para la función y la vida.” (Sic).</p>
<p>Dr. Castillo MBA.</p> <p><u>Sin cédula profesional.</u></p>	<p>31 de julio de 2017</p>	<p>13:00 horas</p>	<p>Nota Anestesiología. Dr. Castillo MBA. Sin Cédula Profesional.</p> <p>“Masculino de 27 años de edad, diagnostico de Pb Apendicitis complicada proviene de sala de choque, postreanimación por 10 minutos en servicio de urgencias en infusión IV a base de norepinefrina 8 mg en 100 ml en equipo de (no legible) a 30 gotas por minuto, intubado (no legible) FC 150x´. FR 15x´. TA 90/50. Temp 35°C. SPO2 90%. Pasa directo a sala de quirófano. ASA U-IV-B, RAQ muy alto. Riesgo tromboembólico muy alto, familiar informado y con firma de consentimiento informado. Plan Anestésico: Anestesia General Balanceada. Mantenimiento VCU VT 500 mls. (no legible) FR 16x´, PEEP 5 cmH2O (no legible). SVG 1500 ml liquido”</p>

			hemático venoso. SV preanestésicos: TA 100/40, FRC 120x'. FR (no legible). SPO2 93%. Durante transoperatorio a las 12:00 horas presencia de paro cardiaco en reanimación durante 27 minutos, epinefrina 7 (no legible) actividad eléctrica sin pulso (no legible) a asistolia sin respuesta farmacológica por lo que se da hora de fallecimiento a las 12:27 hrs. Se informa a familiar." (Sic).
--	--	--	--

5.22. Al examinar la prestación de los servicios de salud, ofrecidos por los galenos adscritos al Hospital Comunitario de Calkiní, con base en el conjunto de probanzas glosadas al expediente, bajo el enfoque del marco jurídico de derechos humanos el apoyo de la Opinión a la luz de la *lex artis* médica, de fecha 18 de septiembre de 2020, emitida por la Dra. Silvia Paola Guzmán González, Visitadora Adjunta de la Dirección General de la Sexta Visitaduría General, se colige:

5.22.1. Que la Opinión a la luz de la *lex artis* médica, de fecha 18 de septiembre de 2020, emitida por la Dra. Silvia Paola Guzmán González, Visitadora Adjunta de la Dirección General de la Sexta Visitaduría General, señala que **la atención proporcionada por el Dr. Limber G. Damián Kantún, no fue adecuada**, en virtud de lo siguiente:

A. Que se omitió realizar una historia clínica completa del paciente, que permitiera conocer principalmente los antecedentes médico-quirúrgicos, que aportaran valiosa información para orientar el diagnóstico.

B. Que no se realizó la semiología completa del dolor, en la cual se investiga el comienzo, las características del dolor, tipo, intensidad, duración y progresión, radiación o remisión, factores desencadenantes o que lo alivian, episodios previos, entre otros, así como la semiología de los síntomas asociados.

C. Que se omitió solicitar pruebas diagnósticas complementarias de laboratorio y/o gabinete indicado en el dolor abdominal agudo que proporcionarían información esencial, para una correcta orientación diagnóstica.

D. Que no se investigaron los antecedentes médicos.

E. Que no se estableció un diagnóstico diferencial de las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo, que se describen en la literatura médica como: Apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, cólico nefrítico, perforación de visera hueca, pancreatitis o diverticulitis que son responsables del 90% de los casos.

F. Que a pesar de que el paciente ingresó al servicio de urgencias, no inició un protocolo de estudio que permitiera establecer un diagnóstico definitivo, derivado del dolor abdominal agudo, pues el plan terapéutico estuvo encaminado a controlar el dolor abdominal con analgésicos, **omitiendo descartar en primer lugar las patologías que establecían un riesgo vital inminente para el paciente, y que requieren una pronta respuesta para evitar o disminuir la morbilidad.**

G. Que, tras 4 horas de atención hospitalaria, en el servicio de urgencias, el Dr. Limber G. Damián Kantún indicó el alta médica del paciente tras referirse asintomático, permitiendo su egreso sin ningún tratamiento farmacológico, **sugiriéndole únicamente la realización de estudios radiológicos o paraclínicos, sin embargo, no le especificó cuáles estudios debía practicarse, dónde se realizarían, y con qué diagnóstico presuntivo se enviaba;**

H. Que, si bien en la nota médica se estableció el deseo del paciente de egresar por mejoría y por cuestiones personales, **lo cierto es que el médico tratante es quien indica el alta médica**, no obstante, cuando se toma en cuenta la decisión de egreso o alta médica por voluntad del paciente, **éste debe firmar el formato de Alta Voluntaria**, con fundamentos en el Artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

En concreto, este Organismo considera que se acreditó, en agravio del hoy occiso, A3, la violación a derechos humanos, consistente en **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, por parte del **Dr. Limber G. Damián Kantún**,

5.22.2. Que la atención proporcionada por los Doctores Eduardo E. Diego Rivas, Carlos Gutiérrez Valencia y el responsable de Medicina Interna, con la ayuda de la Opinión a la luz de la *lex artis* médica, de fecha 18 de septiembre de 2020, emitida por la Dra. Silvia Paola Guzmán González, Visitadora Adjunta de la Dirección General de la Sexta Visitaduría General, este Organismo concluye que **fue adecuada**, en tenor de lo siguiente:

5.22.2.1. Que El Dr. Eduardo E. Diego Rivas, atendió lo establecido por la *lex artis* especializada, respecto del dolor abdominal agudo, toda vez que, posterior a la valoración clínica del paciente, señaló que, debido a la ingesta previa de antibióticos y antiespasmódicos, e inhibidor de bomba de protones, no permitía clínicamente certeza diagnóstica, refiriéndolo con datos clínicos de sepsis con foco urinario con posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos, y tras no tener certeza diagnóstica del dolor abdominal agudo, de forma adecuada indicó su ingreso al área de urgencias. Del mismo modo, señaló que el galeno de referencia: **A).** Que se inició el protocolo de estudio, **B).** Que se indicó tratamiento farmacológico con impregnación de antibióticos y soluciones parenterales, y **C).** Que se solicitó la realización de: **I. Estudios complementarios; II. Biometría hemática completa; III. Pruebas de funcionamiento hepático, incluyendo amilasa; IV. Rayos X de abdomen y tórax; V. Un ultrasonido abdominal; y VI. Valoración por Cirugía General ante posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos.**

5.22.2.2. El Dr. Carlos Gutiérrez de Cirugía General, brindó atención médica a quien en vida respondiera al nombre de A3, de forma adecuada en conjunto con medicina interna, en atención a lo siguiente: **A.** Que se realizó la reanimación cardiopulmonar, tras presenciar paro cardiorespiratorio en primera ocasión en el área de urgencias, logrando revertir el paro, solicitó pase urgente del paciente a quirófano para resolución quirúrgica, con diagnóstico de sepsis abdominal y probable apendicitis aguda complicada, modificada por medicamentos. Con confirmación diagnóstica

durante el procedimiento quirúrgico; **B.** Que el paciente presentó nuevamente paro cardiorrespiratorio derivado de las complicaciones clínicas de la sepsis abdominal que presentó, de forma adecuada se le brindaron medidas de reanimación cardiopulmonar durante 27 minutos, sin éxito, declarando su fallecimiento a las 12:27 horas del 31 de julio del 2017.

5.22.2.3. El médico adscrito al servicio de Medicina Interna, en atención al paro cardiorrespiratorio que presentó en la sala de urgencias, de forma adecuada proporcionó maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, con manejo avanzado de la vía aérea, logrando salida a ritmo sinusal y con recuperación de tensión arterial perfusora, tras presentar datos de anuria por probable lesión renal aguda indicó fluidoterapia intravenosa, valoró y reportó resultados de laboratorio con datos de lesión renal aguda, hipoglucemia que corrigió con administración de solución glucosada, tiempos de coagulación alargados por lo que se indicó transfundir plasma fresco congelado, en espera de resolución quirúrgica.

5.23. El Derecho a la Protección de la Salud, implica una permisión para el titular de acceder a los servicios de asistencia médica siguiendo los requerimientos establecidos por la ley. Con ello se impone al Estado y sus operadores la obligación de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios; asegurándose de realizar el adecuado préstamo, y en su caso, supervisión de éstos, así como la creación de infraestructura normativa e institucional que lo requiera.³⁰

5.24. Al respecto, este Organismo Público Autónomo Constitucional advirtió que durante la integración del expediente de queja 1079/Q-222/2017, particularmente de la información proporcionada por la autoridad denunciada, en concreto, de las constancias que integran el expediente clínico número 17/0754, iniciado por personal del Hospital Comunitario de Calkiní, para documentar la atención médica proporcionada a quien en vida respondía al nombre de A3 (ver inciso **5.3.2.** de las Observaciones), remitido a esta Comisión Estatal, a través del oficio número 369/2018/JUR-INDESALUD, de fecha 08 de mayo del 2018, firmado por el Subdirector de Asuntos Jurídicos del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche (ver inciso **3.3.** de Evidencias), se documentaron, además de **la inadecuada atención médica** inicial, proporcionada a quien en vida llevara el nombre de **A3**, (probada en los incisos **5.3.2.1.** al **5.3.2.15.** de Observaciones) diversas irregularidades **de carácter administrativo y estructural** en el servicio otorgado a la víctima directa; en ese tenor, con fundamento en el artículo 6, fracción III³¹ de la Ley que rige a esta Comisión Estatal, **se conoce de oficio**, la consumación de Violaciones a derechos humanos, en base a los eventos siguientes:

³⁰ Cáceres Nieto, E. *Estudio para la elaboración de un Manual para las calificaciones de hechos violatorios de los Derechos Humanos*. Abril, 2005. Páginas 504 y 505. Consultable en http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/DH_26.pdf

³¹ **Artículo 6.** La Comisión Estatal tendrá las siguientes atribuciones:

I.- Recibir, admitir o rechazar las quejas, denuncias y peticiones, así como recibir las inconformidades presentadas ante la Comisión;

II.- **Conocer** e investigar a petición de parte, o **de oficio, presuntas violaciones de derechos humanos** en los siguientes casos:

a). **Por actos u omisiones de autoridades administrativas de carácter estatal y municipal; y**

b). Cuando los particulares o algún otro agente social cometan ilícitos con tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad, o bien cuando estos últimos se nieguen infundadamente a ejercer las atribuciones que legalmente les correspondan en relación con dichos ilícitos, particularmente tratándose de conductas que afecten la integridad física de las personas.

5.25. Nota médica de revaloración del servicio de urgencias, efectuada a las 07:15 horas del 30 de julio del 2017, firmada por el Dr. Limber G. Damián Kantún, así como por el paciente A3 (transcrito integralmente en el inciso 5.3.2. de Observaciones) en la que se documentó, entre otros puntos lo siguiente:

*(..), se refiere asintomático, expresa deseo de egresar por mejoría y motivos personales. **Se sugiere realización de estudios radiológicos o paraclínicos (laboratorios, así como revaloración médica en caso de continuar con dolor, náuseas, vómitos, presentar alzas térmicas. Egresa, firma de conformidad y egreso).** Idx. Probable enfermedad ácido péptica.” (Sic).*

Énfasis añadido.

5.26. Por lo que se refiere a este punto, se significa el rubro de Conclusión Previa, del inciso 4, de la Opinión médica, de fecha 18 de septiembre de 2020, emitida por la Dra. Silvia Paola Guzmán González, Visitadora Adjunta de la Dirección General de la Sexta Visitaduría General, (transcrita en el apartado de Observaciones inciso **5.4.1.**) en la que apunto: “(...) *Se alude en la nota médica el deseo del paciente de egresar por mejoría y deseos personales, sin embargo, es el médico tratante quien indica el alta médica, se debe tener en cuenta que si la decisión de egreso o alta médica es por voluntad del paciente se debe firmar el formato de Alta Voluntaria, con fundamentos en el Artículo 79 del “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica” que establece: “En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento.”*

5.27. Nota médica del servicio de urgencias, elaborada a las 00:10 horas del día 31 de julio del 2017, por parte del Dr. Eduardo E. Diego Rivas, Médico General (transcrita integralmente en el inciso 5.3.2.4. de Observaciones), en la que se documentó, entre otros aspectos, lo siguiente:

*(...) por lo que requiere ingreso para impregnación de antibióticos, soluciones parenterales y estudios complementarios con Biometría hemática completa y PFH incluyendo amilasa para descartar pancreatitis y/o sepsis abdominal además de **Radiografías de abdomen y de Tórax y Ultrasonido abdominal, estudios con los cuales no contamos en turno nocturno** y valoración por Cirugía General ante posibilidad de apendicitis modificada por medicamentos. **No contamos con especialidades en turno nocturno por lo que solicitamos interconsulta al contar con dicho servicio.** Muy delicado. Pronóstico reservado a evolución y certeza diagnóstica. Se informa a familiar PAH1.” (Sic).*

Énfasis añadido.

5.28. Nota médica de evolución de urgencias, elaborada a las 04:00 horas del día 31 de julio del 2017, por parte del Dr. Eduardo E. Diego Rivas, Médico General (consultable en el reverso de la foja 8 del expediente clínico en comentario (transcrita

integralmente en el inciso 5.3.2.6. de Observaciones), que en su parte conducente señala:

*(...) diaforético con palidez y taquicardia por lo que se sugiere traslado a Hospital de especialidades de Campeche ante pb sepsis Abdominal y Neumonía sin embargo familiar acompañante no cuenta con recurso para pagar Servicio de Cruz Roja ya que las ambulancias de esta unidad no se encuentran funcionales o disponibles por cuestiones mecánicas administrativas a pesar de contar con operador de ambulancia. Se deja Referencia a HG de Esp. Camp. JBO para valoración por Med. Interna y Cirugía ante Pb Sepsis Abdominal y Neumonía. **Paciente Grave. Pronóstico Reservado a evolución.**" (Sic).*

Énfasis añadido.

5.29. Documento que contiene el sistema de referencia y contrarreferencia, elaborado a las 04:00 horas del 31 de julio del 2017, por parte del Dr. Eduardo E. Diego Rivas, médico que envía, el cual, a su vez, firma por ausencia del Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, Responsable de la unidad, (transcrita integralmente en el inciso 5.3.2.5. de Observaciones) en el que se lee, entre otras cuestiones, lo siguiente:

"Nombre: A3 (sic). [...] Unidad que refiere: Hospital Calkiní. Unidad a la que se refiere: HG de Esp. Camp. Dr. JBO. Servicio que envía: Urgencias. Servicio al que se envía: Cirugía general | med. Interna. [...] Resumen clínico de referencia: Masculino de 27 años con Dolor Abdominal Difuso de más de 48 hrs de evolución con ingesta de antibióticos desde el 27/jul/2017 con Dx como cólico renal y pielonefriti (sic) previamente aplicación de ceftriaxona IM y clonixinato de lisina. Sábado con dolor abdominal difuso leve con aparente dispepsia que mejora con antieméticos y antiácidos. Domingo 30/jul/2017 con dolor y fiebre desde la mañana aparentemente. No hay registro de temp por paciente y familiares. Refiere nauseas sin llegar al vómito, se agrega Dif. Respiratoria progresiva. Antecedentes de cuadro respiratorio previ (sic) hace 10 días aproximadamente que requirió Ceftriaxona IM por espectoración (sic) (no legible) purulenta. Acude a las 00:30 hrs para valoración por dolor persistente en fosa renal derecha y difuso abdominal, no fiebre pero hipotermia de 35°C diaforesis y (no legible). Sat. 90% y cursa con desaturación hace unos minutos hasta 60% por lo que se coloca mascarilla con oxígeno a 10 lts x min recuperando sat 02:98% y disminuye discretamente frec. Respiratoria/Persiste diaforético, pálido. EF: Despierto conciente (sic), intranquilo, diaforético, palidez de tegumentos, cardiorrespiratorio con hipoventilación basal bilat. Con algunos subcrepitantes aislados, sin sibilancia, abdomen con resistencia muscular, McBurney dudoso (no legible). Extremidades íntegras, pulsos presentes, llenado capilar 2. [...] Diagnóstico de envío: Dolor abdominal en estudio/Pb sepsis abdominal/Pielonefritis Pb Desc. Apendicitis modificada por medicamentos /Pb Neumonía. Condiciones de envío: Grave. Motivo del envío: Manejo por Med. Interna y Cirugía." (Sic).

Énfasis añadido

5.30. Nota médica de revaloración de urgencias, del turno nocturno, efectuada a las 06:15 horas del día 31 de julio del 2017, por el Dr. Eduardo E. Diego Rivas (transcrita integralmente en el inciso 5.3.2.7. de Observaciones), en la que se documentó lo siguiente:

"T/A: 100/60. FC: 154 x'. FR: 48x'. Temp: 38.4°C. Sat. O2: 95%. Paciente con Dolor Abdominal Difuso y Pb Sepsis abdominal / Desc. Neumonía / (no legible), presenta pico febril de 38.4°C y saturación de 94-95%. **Se insiste a familiar sobre traslado para atención oportuna sin embargo prefiere sea valorado en esta unidad al contar con Medicina Interna y Cirugía en próximo turno (7 am).** Ya tiene referencia a Hospital de Especialidades para valoración oportuna por Cirugía y Med. Interna **sin embargo no contamos con ambulancia funcional en la Unidad.** Se ha solicitado valoración por (no legible) servicio en esta unidad. **Se reporta grave.** Se informa a familiar acompañante (PAH1)." (Sic).

Énfasis añadido.

5.31. Sobre el particular, de las 4 constancias signadas por el Dr. Dr. Eduardo E. Diego Rivas citadas, si bien se observa la existencia del documento que contiene el sistema de referencia y contrarreferencia, elaborado a las 04:00 horas del 31 de julio del 2017, conducta acorde a lo estipulado en los artículos 74 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica, el cual especifica que, cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema que aqueje al usuario, deberá transferírsele a otra institución del sector, que asegure su tratamiento, y 6.2, 6.2.1 y 6.2.7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, de la "Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica", instrumento que especifica que, para la atención del paciente en el servicio de urgencias, es necesario que el personal médico lleve a cabo, entre otras, las actividades siguientes: Determinar las necesidades de atención de los pacientes, con base en protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas; **y en caso de traslado del paciente a otra unidad de mayor grado de complejidad y poder de resolución, el médico del servicio, deberá elaborar la nota de referencia/traslado e integrar una copia en el expediente clínico,** de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico". Sin embargo, cierto es que, el numeral 75 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica, establece que, **para llevar a cabo el traslado [del usuario], la unidad que hace el envío deberá emplear sus propios recursos para el traslado, y de no contar con los medios de transporte adecuados, utilizarán los de la institución receptora.**

5.32. Lo anterior, obligaba a la autoridad denunciada a que si tenía conocimiento de la falta de funcionamiento y/o la no disponibilidad de las ambulancias del Hospital Comunitario de Calkiní, por cuestiones "*mecánicas administrativas*" (sic), se debía emprender las acciones conducentes o, en su caso, iniciar los trámites correspondientes para gestionar **el transporte de la institución receptora,** en el presente caso, del Hospital General de Especialidades Médicas "Dr. Javier Buenfil Osorio", **circunstancia que no ocurrió,** limitándose la institución de salud, por conducto del doctor Dr. Eduardo E. Diego Rivas a informar a PAH1, familiar del paciente, que éste debía ser traslado para su debida atención, sin que se avocara a dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 75 del Reglamento en cita; afirmación a la que se arriba, en virtud de que **en el expediente clínico, no obra registro alguno de que se haya solicitado al Hospital General de**

Especialidades Médicas “Dr. Javier Buenfil Osorio”, el apoyo de alguna ambulancia para trasladar a A3, a pesar de haber dejado constancia que el paciente se encontraba grave.

5.33. Llama la atención de este Ombudsperson el hecho de que el Hospital Comunitario de Calkiní, por medio el Dr. Eduardo E. Diego Rivas, promoviera que los familiares del hoy occiso, contrataran los servicios de ambulancia de la Cruz Roja, transmitiendo a éstos, la responsabilidad total del traslado del paciente, cuando la obligación de llevar a cabo **las gestiones** pertinentes para su transferencia, tal y como ha quedado evidenciado, correspondía directamente al Hospital Comunitario de Calkiní, unidad que hacía el envío.

5.34. Autorización, solicitud y registro de la intervención quirúrgica, de fecha 31 de julio del 2017, (transcrita integralmente en el inciso 5.3.2.13. de Observaciones), firmada por la persona legalmente responsable del paciente y del médico cirujano, Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, en la que se aprecia lo siguiente:

*“[...] SOLICITUD DE OPERACIÓN. Diagnostico preoperatorio: Abdomen agudo. Cirugía proyectada: LAPE. Urgencia. [...] REGISTRO DE LA OPERACIÓN. Fecha: 31/07/2017. Hora: 12:29 h. Diagnostico preoperatorio: Sepsis abdominal Pb apendicitis aguda perforada. Cirugía realizada: LAPE + apendicectomía, lavado y drenaje de cavidad. Tipo de anestesia: General. Anestesiólogo: Dr. Castillo MBA. Cirujano Dr. Carlos Gutiérrez Valencia. [...] Estudio histopatológico: Se envía apéndice a reporte de patología. [...] DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA: Paciente en decúbito dorsal, bajo efectos de anestesia general (**no legible**) se procede a realizar asepsia y antisepsia general abdominal, colocación de campos estériles, incisión infra y supraumbilical media (**no legible**) se encuentran hallazgo #1 drenaje de material purulento y aspirado de dicho material, seguidamente identifica apéndice cecal y apendicectomía con técnica de (**no legible**) se procede a lavado de cavidad con solución fisiológica estéril en cantidad de 10 litros, se procede a colocación de drenajes tipo saratoga en hueco pélvico y a espacios subfrénicos (**no legible**) se avisa por parte de anestesiología de paro cardiaco y se inician medidas de reanimación cardiaca (**no legible**) 27 minutos sin éxito y se determina fallecimiento a las 12:27 horas de hoy. HALLAZGOS: 1) Sepsis abdominal, material purulento fétido en cantidad de 3500 mls. (sic) 2) Natas de fibrina en asas de intestino y abscesos interasa. 3) Absceso en espacios subfrénicos. 4) Apéndice retrocecal perforado en base. 5) Fecalito libre en cavidad.”*

5.35. Nota médica que contiene la valoración de medicina interna, efectuada a las 10:00 horas del 31 de julio del 2017, por parte del Dr. Jorge Ureña Lagunes (transcrita integralmente en el inciso 5.3.2.12. de Observaciones) cuyo contenido textualmente se lee:

*“Acudo a valoración de paciente en urgencias por cuadro presenciado de paro cardiorespiratorio (sic), paciente en plan de ingreso urgente a quirófano por signos clínicos de abdomen agudo, **inició sábado 29/07/17 con vomito y dolor epigástrico ingresó para manejo a corta estancia con analgésico** refiriendo inicio súbito asociado a ingesta de alimentos grasosos; como antecedente relevante suspendió tratamiento antimicrobiano intramuscular 1 semana previo a inicio de síntomas abdominales por aparente cuadro respiratorio agudo hace 15 d. Se presenció paro cardiorespiratorio (sic) que*

ameritó manejo avanzado de vía aérea y 4 ciclos de compresión torácica + 3 amp de adrenalina logrando salida a ritmo sinusal, taquicardia con TA 40/20 mm/Hg, inicio infusión de noradrenalina DR se logra recuperación de TA perfusora sin embargo mostrando datos de anuria, continuando con apoyo ventilatorio con bolsa y tubo orotraqueal, norepinefrina infusión por vía periférica por no disponer de equipo para acceso venoso central. Se valoran estudios de laboratorio con hemoconcentración Hb 17.3 HTO 49, leucos 17.1, Neu 14.5, Lesión renal aguda con hiperazoemia, Creat 4.28, Urea 61.7, hipokalemia leve 3.39, con hipoglucemia 47 mg que corrigió posteriormente con administración de solución glucosada 50%, alargamiento de TP 9 segundos por sobre testigo por lo que se solicita PFC. Con lo anterior paciente con cuadro de sepsis abdominal modificado por medicamentos, sospecha de apendicitis complicada con choque séptico, amerita resolución quirúrgica definitiva y estabilizar condiciones para traslado en postoperatorio inmediato a unidad de cuidados intensivos. El pronóstico de antemano se considera sombrío por (no legible) paro cardiorespiratorio (sic), así como por criterios de falla orgánica múltiple, no contamos con gasometría para determinar indicadores de severidad más específicos. Se informa a familiares. Pronostico malo para la función y la vida.” (Sic).

5.36. Acerca de ambas documentales, se destaca la Opinión Médica, emitida por la Dra. Silvia Paola Guzmán González, Visitadora Adjunta de la Sexta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, descrito en el inciso 5.4.1. de Observaciones, sobre la **“Autorización, solicitud y Registro de la Intervención Quirúrgica”** y **“De las notas médicas de Medicina Interna”**, suscritas por el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia y por el del Dr. Jorge Ureña Lagunes, respectivamente, la citada perito hizo constar, en el último párrafo de la conclusión previa, lo siguiente: (...) **se advierte que se incumplió con el numeral 5.10 de la “Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico” que establece: “Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso...”** y 5.11 que establece: **“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.”, al encontrarse que las notas médicas están escritas a mano y son poco legibles, además el nombre del médico tratante, así como la cedula profesional no se encuentran legibles.”** (Sic).

Énfasis añadido.

5.37. Resumen Médico, elaborado por el Dr. Carlos Gutiérrez Valencia, en su calidad de Director del Hospital Comunitario de Calkiní, (transcrito en integralidad en el inciso 5.3.2.1., de Observaciones) se asentó:

(...)

11:50 hrs

Paro cardíaco presenciado el cual no responde a maniobras de reanimación realizadas por 27 minutos. **No se contaba con norepinefrina y dopamina puesto que se agota en el transoperatorio. Sin equipos para bombas de infusión.**

Fallecimiento decretado a las 12:27 hrs con dx de Sepsis abdominal secundario a apendicitis aguda complicada.” (Sic).

Énfasis añadido.

5.38. La carencia de dicho equipo, trasgrede lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, “Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos”³², en la cual se describen las características y requerimientos de la infraestructura física, el equipamiento mínimo, los criterios de atención, organización y funcionamiento del servicio de urgencias en un establecimiento para la atención médica, así como del personal del área de la salud que interviene en la prestación de los servicios, lo que conjuntamente con el cumplimiento de otras disposiciones jurídicas aplicables, permiten brindar a los pacientes la atención médica inmediata, segura y con calidad que requiere para enfrentar el estado de urgencia que lo aqueja.

5.39. Finalmente, en el inciso 5.3.1. de Observaciones, se describió la constancia en la que la Secretaría de Salud, a través del Subdirector de Asuntos Jurídicos del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche, reconoce que, en la fecha en que acontecieron los hechos, la ambulancia del Hospital Comunitario de Calkiní, presentaba desperfectos mecánicos, situación que se expresa en los incisos 5.3.2.4., 5.3.2.6. y 5.3.2.7 de Observaciones, en los cuales se menciona lo referente a la descripción de la nota médica de evolución de urgencias, y de la nota médica de revaloración de urgencias, elaboradas a las 04:00 y 06:15 horas del día 31 de julio del 2017, respectivamente, por parte del Dr. Eduardo E. Diego Rivas, Médico General, donde se precisó que, dicho galeno, **documentó que las ambulancias del Hospital Comunitario de Calkiní no se encontraban funcionales o disponibles, por cuestiones mecánicas administrativas.** En este contexto, para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, no obstante, en el presente caso, no se dio cumplimiento a lo establecido en los artículos 5.1, 5.1.5, 5.1.5.1 y 5.1.5.2 de la Norma Oficial Mexicana número NOM-034-SSA3-2013, “Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria”³³, la cual señala que, para garantizar las condiciones adecuadas de funcionamiento y seguridad de las ambulancias, debe darse mantenimiento periódico, conforme a las disposiciones aplicables y dar mantenimiento preventivo o correctivo al equipo médico a bordo de la ambulancia, y registrar dicho mantenimiento en la bitácora correspondiente.

5.40. Este Organismo Constitucional Autónomo, hace suya la afirmación de la conclusión QUINTA, de la Opinión Médica emitida por la Sexta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que a la letra indica:

“(…)

QUINTA: *Si bien la atención médica brindada por los médicos adscritos al Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche, perteneciente a la Secretaría de Salud, fue en su mayoría, adecuada, resulta transcendental evidenciar que el retraso en la atención médica especializada y la realización de estudios complementarios que permitieran tener una certeza diagnóstica de forma oportuna, se debió a que en el Hospital Comunitario en el turno nocturno no*

³² http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4875/salud3a14_C/salud3a14_C.html

³³ http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5361072&fecha=23/09/2014

se cuenta con el servicio de laboratorio y rayos X, así como del servicio de especialidades, en específico para este caso de Cirugía General y Medicina Interna, situación que derivó en un retraso en la valoración médica del paciente, además tras la necesidad de referirlo al Hospital de Especialidades de Campeche para su atención, el traslado no pudo efectuarse debido a que en el Hospital Comunitario no contaban con ambulancias funcionales debido a problemas mecánicos, situación que derivó en un retraso en la atención médica y en el deterioro del estado de salud de A3.” (Sic)

5.41. Del estudio del caudal probatorio, a la luz del marco jurídico aplicable, presentado en los epígrafes del **5.5.** al **5.15** y **5.18 de Observaciones**, se colige que la **Secretaría de Salud del Estado de Campeche, incurrió en responsabilidad institucional, debido a que, a consecuencia de las carencias y omisiones administrativas del servicio brindado en el Hospital Comunitario de Calkiní, en la atención de A3.**

5.42. En síntesis, este Organismo concluye que se acreditó en agravio del hoy occiso, A3, la violación a derechos humanos, consistente en **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, por parte del **Dr. Limber G. Damián Kantún, personal médico del Hospital Comunitario de Calkiní, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado, así como responsabilidad institucional por las deficiencias del Hospital Comunitario de Calkiní, que retrasaron la prestación del servicio médico eficiente.**

6. CONCLUSIONES:

En atención a todos los hechos y evidencias descritas anteriormente, producto de las investigaciones llevadas a cabo, en el procedimiento de investigación que se analiza, se concluye que:

6.1. Que la persona que en vida respondía al nombre de A3, **sí** fue objeto de la violación a derechos humanos, consistente en **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, por parte del Dr. Limber G. Damián Kantún, dependiente del Hospital Comunitario de Calkiní, de la Secretaría de Salud del Estado.

6.2. Para los efectos legales correspondientes, esta Comisión Estatal reconoce a los CC. A1 y A2, la condición de Víctimas Indirectas de Violaciones a Derechos Humanos.

6.3. Por tal motivo, y toda vez que, en la sesión de Consejo, celebrada con fecha **26 de marzo de 2021**, fue escuchada la opinión de sus integrantes, en cuanto a los hechos señalados por el C. Atocha de la Cruz Ake Dzib, con el objeto de lograr una reparación integral, se formulan en contra de la Secretaría de Salud del Estado, las siguientes:

7. RECOMENDACIONES:

A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO:

7.1. Que, como medida de satisfacción, a fin de reintegrarle la dignidad a la víctima, y realizar una verificación de los hechos estudiados en el citado expediente, con fundamento en los artículos 5°, fracción XVIII, 24, 44, fracción IV, 55, fracciones IV y V de la Ley que Establece el Sistema de Justicia para las Víctimas del Estado de Campeche, se solicita:

PRIMERA: Que, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, como forma de revelación oficial y completa de la verdad, se haga pública ésta, a través de su portal oficial de internet, siendo visible desde su página de inicio, mediante un hipervínculo titulado: ***“Recomendación emitida a la Secretaría de Salud del Estado, por la CODHECAM, por la violación a derechos humanos, consistente en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud, en agravio de A3”***, y que dirija al texto íntegro de la misma. Dicha publicidad deberá permanecer en ese sitio, durante el periodo de seguimiento a la Recomendación, hasta su total cumplimiento, como un acto de reconocimiento de responsabilidad, satisfactorio en favor de las víctimas indirectas, debido a que se acreditó la transgresión a los derechos fundamentales de A3, hoy occiso.

SEGUNDA: Que, ante el reconocimiento de la condición de víctimas indirectas de Violaciones a Derechos Humanos a los CC. **A1** y **A2**, específicamente por la Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud, en agravio de su hijo, que en vida respondiera al nombre de A3, de conformidad con lo establecido en los artículos 85, 86, 87 y 90 la Ley que Establece el Sistema de Justicia para las Víctimas del Estado de Campeche, se le solicita, en consecuencia, que se proceda con la solicitud de inscripción de los antes citados, al Registro Estatal de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Estatal, las documentales que así lo acrediten.

TERCERA: Que el Órgano Interno de Control de esa Dependencia, inicie y resuelva un procedimiento administrativo, en contra del Dr. Limber G. Damián Kantún, personal médico que, al momento de acontecer los hechos investigados, se encontraba adscrito al Hospital Comunitario de Calkiní, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado.

CUARTA: Que, con independencia de la resolución del precitado Órgano Interno de Control, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en el expediente laboral del Dr. Limber G. Damián Kantún, debiendo remitir a esta Comisión, las constancias con que se acredite su cumplimiento. 

7.2. Que como medidas de no repetición, las cuales tienen como objetivo contribuir, prevenir o evitar la reproducción de los hechos que ocasionan la violación a derechos humanos, plenamente acreditada, con fundamento en el artículo 5°, fracción XVIII, 24, 44, fracción V, y 56 del precitado Ordenamiento, se requiere a esa Secretaría: 

QUINTA: Que se instruya la atención y obediencia del personal a cargo del servicio médico de urgencias, de todos los turnos, del Hospital Comunitario de Calkiní, sobre la debida observancia al contenido de la Guía de Referencia Rápida de Diagnóstico de Apendicitis Aguda, y las Guías de Práctica Clínica de Diagnóstico de Apendicitis Aguda y de Tratamiento de Apendicitis Aguda; y la aplicabilidad de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-004-SSA3-2012), ofreciendo el contenido de dichos instrumentos de forma electrónica, para que puedan ser consultado con facilidad.

SEXTA: Que esa Dependencia tome las medidas administrativas pertinentes, para que, de conformidad con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana número NOM-027-SSA3-2013, de la *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*³⁴, se realice un procedimiento de verificación en el Hospital Comunitario de Calkiní, para constatar si esa unidad cumple fehacientemente con la misma, respecto de la infraestructura física y equipamiento del servicio de urgencias, así como del personal de salud que proporciona atención médica en el servicio de urgencias, y en caso, se realicen los ajustes necesarios para dar cabal cumplimiento a esa disposición normativa.

SÉPTIMA: Que considerando en el presente Procedimiento de Investigación, la autoridad imputada reconoció que, al momento de acontecer los hechos, la ambulancia se encontraba con desperfectos mecánicos, dentro del término de dos meses, se implemente un mecanismo para verificar que el Hospital Comunitario de Calkiní, se encuentre cumpliendo con lo establecido en los incisos 5.1, 5.1.5., 5.1.5.1, 5.1.5.2, de la Norma Oficial Mexicana número NOM-034-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria”*.

OCTAVA: Que, la Secretaría de Salud, instruya a quien corresponda, a efecto que realice una supervisión de la infraestructura, equipamiento y servicios que, de acuerdo a la Ley General de Salud, Ley de Salud del Estado, la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, y demás normativa en la materia, registrándose las irregularidades que fueron advertidas en el Hospital Comunitario Calkiní y, emprendan las acciones encaminadas para solventarlas.

7.3. Como medidas de rehabilitación, las cuales tienen como finalidad, facilitar a las víctimas, hacer frente a los efectos sufridos por causa de la vulneración a los derechos humanos, con fundamento en el artículo 5º, fracción XVIII, 24, 44, fracción II, y 46, fracción I del multirreferido Ordenamiento Jurídico, se requiere:

NOVENA: Se emprendan las acciones pertinentes, para gestionar en favor de los CC. A1 y A2, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, atención psicológica y tanatológica **en caso de que lo requieran**, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a las especificidades de género, de forma continua hasta su sanación psíquica y/o emocional, con motivo del fallecimiento de A3. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, con información previa, clara y suficiente.

³⁴ Documento consultado en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512073/NOM-027-SSA3-2013.pdf>

7.4. Que como medida de compensación, a fin de resarcir las pérdidas económicas, a consecuencia de la violación a Derechos Humanos, comprobada³⁵ en base a lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, párrafo segundo y 101 bis de la Constitución Política del Estado de Campeche, 64, fracción V y VII de la Ley General de Víctimas, 47 fracción I y VII de la Ley que Establece el Sistema de Justicia para las Víctimas del Estado de Campeche, 43 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche y 82 de la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.

DÉCIMA: Que se realice el pago de la compensación que proceda conforme a derecho, a las víctimas indirectas por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio directo de A3, que derivaron en el deterioro de su estado de salud, que impactaron en detrimento de sus expectativas de vida.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 45, segundo párrafo de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche en vigor, se solicita a la Secretaría de Salud del Estado, que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación sea informada a esta Comisión dentro del término de 5 días hábiles, contados al día siguiente de su notificación, y en su caso, las pruebas correspondientes a su cumplimiento sean enviadas dentro de los 25 días adicionales. Haciendo de su conocimiento que este documento es integral en todas sus partes, cuya aceptación implica el cumplimiento de cada uno de sus puntos recomendatorios.

Que esta Recomendación, acorde a lo que establecen los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 45 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, tiene el carácter de pública y no pretende en modo alguno, desacreditar a las instituciones, ni constituye una afrenta a las mismas o a sus Titulares, sino que, por el contrario, deben ser concebidas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y los estados de derecho para lograr su fortalecimiento, a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y funcionarios ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logra que aquellas y éstas sometan su actuación a la norma jurídica, y a los criterios de justicia que conlleva al respeto a los derechos humanos.

Que en caso de que la Recomendación no sea aceptada o cumplida, conforme a lo estipulado en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 54, fracción XIX Ter de la Constitución Política del Estado de Campeche; 6, fracción III y 45 Bis, fracciones I y II de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche; 7, fracción I y 63 de la Ley General de Responsabilidades Administrativa, se le recuerda que: a) Deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa de aceptar o cumplirla en su

³⁵ Caso Espinoza González VS Perú, Sentencia del 20 de noviembre de 2014. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 3001. En dicho caso, la CIDH enunció que: "(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado", además precisó que "(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos."

totalidad, en el Periódico Oficial del Estado y en su sitio web, y b). Además, este Organismo Estatal puede solicitar al Congreso del Estado, o en sus recesos a la Diputación Permanente, lo llame a comparecer para que justifique su negativa.

Que, con el propósito de proteger la identidad de algunas de las personas involucradas en los hechos, y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 de la Ley de esta Comisión Estatal; 4, 13, 19, 20, 21 y 25 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto, en el que se describirá el significado de las claves (Anexo 1), solicitándole a la autoridad que tome, a su vez, las medidas de protección correspondientes, para evitar poner en riesgo la integridad de las personas que aportaron información a este Organismo.

Por último, con fundamento en el artículo 97 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, mediante atento oficio, remítase copias certificadas de esta resolución al Secretario Técnico de esta Comisión Estatal, para que le dé seguimiento a la misma, y en su oportunidad, se sirva informar sobre el cumplimiento o no que se le haya dado a los puntos recomendatorios, por parte de la autoridad demandada, para que se ordene el archivo de este expediente de queja.

Así lo resolvió y firma, el licenciado Juan Antonio Renedo Dorantes, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, por ante la maestra Ligia Nicthe-Ha Rodríguez Mejía, Primera Visitadora General

C.c.p. Expediente 1079/Q-222/2017.
Rúbricas: **JARD** / **LNRM** / **MABS** / *avma.

