

Recomendación: 28/2013
Guadalajara, Jalisco, 31 de julio de 2013
Asunto: violación del derecho a la protección de la salud
(negligencia médica) y negativa o inadecuada
prestación de servicios en materia de salud
Queja: 9000/2012-I

Licenciado Alfredo Barba Mariscal
Presidente municipal de San Pedro Tlaquepaque*

Síntesis

La (quejosa) manifestó que el día [...] del mes [...] del año [...], (agraviado) tenía la presión arterial baja, no se podía sostener y refería que le dolía el estómago. Decidieron llevarlo a la Cruz Verde Marcos Montero, dependiente de los Servicios Médicos Municipales de San Pedro Tlaquepaque (SMMSPT). Aproximadamente a las [...] horas llegaron a urgencias donde los atendió una trabajadora social y una doctora las cuales la mandaron a sacar ficha, aunque ella insistía que (agraviado) se veía muy mal. La (quejosa) compró su ficha, se acercó con la enfermera en el área de consulta médica y ésta le dijo que esperara su turno. Pasaron dos horas sin que nadie los atendiera, hasta que después de insistirle a una enfermera, ésta le tomó la presión arterial y señaló que estaba normal. Comenta que (agraviado) le dijo que se sentía muy mal, y al no recibir la atención oportuna decidieron llevarlo con un médico particular. Aproximadamente a las [...] horas le dio un paro cardíaco a su (agraviado) en el consultorio particular, por lo que el galeno indicó que lo regresaran a la Cruz Verde Marcos Montero y aproximadamente a las [...] horas falleció.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 1º y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política de Jalisco; 2º, 3º, 4º, 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75 y 79 y demás relativos de la Ley de la CEDHJ; y 109, 119 y 120 del Reglamento Interior de este organismo, investigó la queja 9000/2012-I, que presentó la (quejosa) en contra de personal de la Cruz Verde Marcos Montero de los SMMSPT, por la

posible negligencia médica y negativa o inadecuada prestación de servicios en materia de salud.

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El día [...] del mes [...] del año [...] compareció a esta Comisión (quejosa), quien presentó queja a favor de (agraviado), en contra de personal del área de urgencias de la Cruz Verde Marcos Montero de los SMMSPT, para lo cual relató lo siguiente:

Que el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las [...] horas, llegué a la casa de mi (agraviado), quien ahí se encontraba en compañía de (...). El domicilio de (agraviado) es calle [...] número [...] en Tlaquepaque. Cuando vi a mi (agraviado), me percaté de que no se podía sostener, la presión arterial la tenía muy baja y se le sentía la piel fría; reaccionaba bien y sólo decía que le dolía mucho el estómago. En virtud de que lo vi decaído, decidimos mi (...) y yo llevar a mi (agraviado) a la Cruz Verde Marcos Montero, a donde llegamos aproximadamente a las [...] horas. Nos dirigimos al área de urgencias, donde fuimos atendidas por una trabajadora social que dijo llamarse Rita Flores, a quien le platiqué el problema y me dijo que sacara ficha. Junto a la trabajadora social estaba una persona que creo era doctora, ya que vestía una bata blanca y traía un gafete que decía (...); no recuerdo bien el apellido, pero dicha persona también dijo que sacara ficha. Le volví a insistir a la trabajadora social que (agraviado) se veía mal, pero dicha funcionaria no hizo caso y me volvió a decir que sacara ficha de atención. Fui al área de caja y compré una ficha para atención médica, la cual me costó treinta y tres pesos moneda nacional. Me acerqué a donde se encontraba una enfermera que sólo sé que se llama Claudia en el área de consulta médica, a quien le platiqué que (agraviado) estaba mal de salud y me contestó: *“déjemelo, ahorita le llamo, espere su turno”*. Pasaron dos horas aproximadamente sin que nadie nos hablara ni nos atendiera y luego, una persona que llegó al lugar con la presión arterial baja, fue atendida por la enfermera Claudia y en ese momento le pedí a dicha enfermera que apoyara (agraviado) y fue en ese momento que le tomó la presión arterial y vi que dicho aparato no marcaba; inclusive, le tomó la presión de forma manual -con los dedos apretando una vena a la altura de la muñeca- y luego me dijo que estaba normal [...], a lo que le contesté que en la casa se la habíamos tomado [...] a lo que me contestó que siguiéramos esperando nuestro turno. Mi (agraviado) dijo: *“vámonos, vámonos, me siento mal, mejor vamos con un médico particular”*. En razón de que no se nos atendía, decidimos salirnos del nosocomio y fuimos con un doctor que sólo sé que se llama (...) y su consultorio se encuentra aproximadamente [...]. En virtud de que tenía que irme a trabajar, le hablé a mi (...) y le expliqué lo que sucedía y le pedí que fuera al consultorio a apoyar a mis (...) y me retiré. Aproximadamente a las [...] horas recibí la llamada de (...), quien acompañó a mi (...) y me dijo que (agraviado) le acababa de dar un paro cardíaco y que le dijo el doctor (...) que (agraviado)

estaba muy grave y que era mejor regresarlo a la Cruz Verde Marcos Montero. Señaló que en el consultorio del doctor (...) también se le tomó la presión arterial y también se detectó que la traía baja. Me regresé de mi trabajo y llegué de nueva cuenta a la Cruz Verde antes mencionada, a donde llegué aproximadamente a las [...] horas. Cuando llegué al área de urgencias, me percaté de que lo tenían en una camilla y lo estaban atendiendo y tenía cables conectados a unos chuponcitos y estos al cuerpo de (agraviado) y a un lado de él una máquina que hacía unas rayitas. Creo que en ese momento se le estaba estabilizando, pero lo vi muy intranquilo y aproximadamente a las [...] horas del mismo día falleció. Pienso que todo se debió a una negligencia médica, ya que no se le atendió adecuadamente desde la primera vez. Por último, manifiesto que hablé con un médico, quien me dijo que mi (agraviado) padecía de insuficiencia renal terminal y que había perdido muchos líquidos esenciales para su vida y que le había dado un paro cardíaco y por ello había perdido la vida. Quiero manifestar que (agraviado) duró [...] días con diarrea; situación que no le había dicho a nadie y nos dimos cuenta el día que lo llevamos a la Cruz Verde. Si viera a quienes se negaron a atender (agraviado), desde luego que los reconocería y es todo lo que deseo agregar.

Durante su comparecencia, la (quejosa) adjuntó un juego de copias simples del recibo oficial [...] de la Hacienda Municipal de Tlaquepaque, recaudadora San Pedro, por concepto de servicios, y el acta de defunción [...] de (agraviado).

2. El día [...] del mes [...] del año [...] se acordó la admisión de la queja y se solicitó al licenciado (...), director general de SMMSPT, que remitiera copia certificada del libro de gobierno, específicamente de las páginas que correspondan al día [...] del mes [...] del año [...], y se encuentre el registro del (agraviado), así como del expediente clínico que se formó en el nosocomio a su cargo con motivo de la atención médica brindada a éste; que proporcionara también los nombres del personal médico, trabajo social y enfermería presuntos responsables para que rindieran su informe de ley por escrito, de conformidad con los artículos 60 y 61 de la ley de este organismo, en el que consignaran los antecedentes del asunto, así como los fundamentos y motivaciones de los actos y omisiones que se les atribuye.

3. Mediante oficio [...], (...), director general de SMMSPT, aceptó la medida cautelar solicitada e identificó a los servidores públicos involucrados en la queja, siendo Rita Lara Flores, trabajadora social; doctora (...) y la enfermera Claudia Graciela Vizcarra Aceves. El director remitió copia del expediente clínico elaborado con motivo de la atención médica recibida por (agraviado), del cual sobresale la siguiente constancia:

Expediente clínico de urgencias con folio [...], donde se advierte que (agraviado) ingresó a la unidad médica el día [...] del mes [...] del año [...] a las [...] horas con el siguiente diagnóstico:

[...]

Firma Víctor Hugo Martínez Loera, médico tratante de ingreso

4. Se recibieron los escritos firmados por las servidoras públicas Claudia Graciela Vizcarra Aceves y (...), los cuales se transcriben:

a) La enfermera Claudia Graciela en su informe de ley manifestó:

... que en relación al oficio [...] suscrito por el Director de Servicios Médicos, me presento a rendir informe de ley sobre la queja que se anota en la parte superior derecha del presente escrito, haciéndolo en los siguientes términos:

Es falso lo señalado por (quejosa), ya que la suscrita atendió al (agraviado) así como a sus acompañantes indicándoles que esperaran su turno a los pocos minutos se acercó la familiar sin saber su nombre y me indicó que (agraviado) se sentía mal, por lo que la suscrita le tomo la presión escuchándola normal, sería [...], además de que (agraviado) se encontraba tranquilo, por lo que se le informó a los familiares que esperaran su turno, hago del conocimiento que los días lunes siempre hay muchísima gente, y no supe a qué horas se fueron ya que en tres ocasiones se le habló por su nombre al (agraviado) para pasarlo con el médico, no respondiendo nadie, por lo que nunca se le negó la atención a ninguna persona.

Hago de su conocimiento, que los familiares del (agraviado) se acercaron y con voz altanera me gritaron que su familiar se estaba muriendo y sarcásticamente señalaron gracias por su atención.

b) Por su parte la doctora (...) argumentó:

...es falso lo señalado por (quejosa), ya que la suscrita soy médico Traumatólogo y mi trabajo es atender (agraviado)s en consulta externa, y en relación a los hechos señalados por (quejosa), solo puedo señalar que acudí a Trabajos Social aproximadamente [...] horas y estando ahí me preguntaron que un (agraviado) adulto decía que venía con diarrea que a donde lo pasaban indicándole la suscrita que lo pasaran a consulta para que el médico de consulta decidiera si tenía que pasar a urgencias o manejarlo en consulta, hago mención que nunca vi al (agraviado), solo contesté la pregunta de mi compañera de trabajo social, que es todo lo que tengo que señalar al caso que nos ocupa.

5. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe de ley rendido por la trabajadora social Rita Lara Flores, adscrita a los SMMSPT, en el que mencionó:

Es falso lo señalado por (quejosa), ya que la suscrita no envió a los (agraviado)s a sacar fichas, sino que los mando con la enfermera o médicos a que los valoren y determinen si se pasa a consulta o a urgencias, en el caso concreto no recuerdo haberlos atendido, ya que la suscrita tengo el turno [...] y mi salida es a las [...] horas, y en ocasiones espero unos minutos más esperando que llegue mi compañera del turno [...] licenciada (...).

Hago de su conocimiento que la (quejosa) acudió a los [...] o [...] días después a los servicios médicos y se dirigió con la suscrita de manera prepotente y grosera, pidiéndome mi nombre y gritándome que por mi culpa se había muerto su (agraviado).

Así mismo, le informo que la que firma, tengo trabajando [...] años en esa Institución y nunca he tenido ningún problema, ya que cumplo con mis labores y trato lo mejor posible el dolor y angustia de (agraviado) y familiares.

6. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el doctor Víctor Hugo Martínez Loera, médico adscrito al área de urgencias de la Cruz Verde Marcos Montero de SMMSPT, mediante el cual rindió su informe de ley:

El día [...] del mes [...] del año [...], recibí en el área de urgencias de Servicios Médicos Municipales a las [...] horas al (agraviado), de [...] años, el cual arribó en una ambulancia de nuestra institución proveniente de un consultorio particular. Los familiares entregaron una nota de envío del doctor (...), médico del consultorio particular, [...].

7. También conoció de los hechos el médico Roberto Arturo Carvajal Contreras, por lo que de conformidad con los artículos 61 y 62 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, se le solicitó su informe.

8. Se requirió al licenciado (...), director general de SMMSPT, con fundamento en los artículos 85 y 86 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, que remitiera las constancias con las que acreditara el cumplimiento de la medida cautelar [...] propuesta por este organismo.

9. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe de ley emitido por el doctor Roberto Arturo Carvajal Contreras, médico del turno [...] de urgencias los días lunes, miércoles y viernes, mediante el cual expresó:

El día [...] del mes [...] del año [...] al ingresar a mi turno [...] se recibe en el área de urgencias de los Servicios Médicos Municipales de Tlaquepaque, por parte del doctor Víctor Hugo Martínez Loera, al (agraviado) de [...] años, el cual refieren que fue enviado a ésta unidad por un médico particular por haber presentado [...].

10. De conformidad con los artículos 64, 65 y 66 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, se ordenó la apertura del periodo probatorio, a efecto de que(quejosa)y los servidores públicos involucrados aportaran los elementos de convicción que estimaran pertinentes.

11. Para la mejor integración de la queja se requirió a la (quejosa) que aportara copia del expediente o historia clínica que elaboró el doctor (...) en el consultorio particular donde fue atendido (agraviado).

12. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibieron tres hojas firmadas por la (quejosa), en las que expuso:

Hoja 1.

La trabajadora social Rita Lara Flores, dice no envió al(agraviado) a sacar ficha, si no que no que los mandó con la enfermera o médicos, es totalmente falso en ningún momento me indicó eso, sino comentando con la médico traumatóloga (...), de (agraviado), me indicaran sacar ficha, veo una contradicción con la trabajadora social pues asegura que no los mande a sacar ficha, y luego dice no recuerdo haberlos atendido, y si no recuerda como asegura haber dicho algo.

Y bien es cierto que fui después pero de ninguna manera fui prepotente ni grosera al menos que sea una grosería decirle que no me había atendido en urgencias y debido a la falta de atención (agraviado) había fallecido y además, no creo que sea prepotencia preguntarle su nombre, lo cual si es cierto, es mi enojo pues creo que (agraviado) tenía derecho, lo hubiera atendido urgencias, así mismo confirmo que es una persona insensible ante el dolor y la angustia del(agraviado) y familiares pues ya lo viví en carne propia.

Hoja 2.

No estoy de acuerdo con lo que señala la enfermera Claudia Graciela Vizcarra Aceves, dice que atendió al (agraviado) y sus acompañantes indicándoles esperaran su turno.

En ningún momento lo atendió, cuando nos acercamos a la mesa de atención lo único que hizo fue tomar la hoja de pago, y decir esperen su turno, y es falso que a los pocos minutos lo atendiera como dice, pasó mucho tiempo y en ese trascurso le pedí lo atendiera en dos ocasiones, negándose y diciéndome de nuevo esperen su turno, hasta que llegó una persona a checarsé la presión. Me acerqué a pedirle que si por favor le tomaba la presión(agraviado), ya que yo lo veía mal, fue cuando accedió; vi cuando la enfermera le tomaba la presión con el baunometro (sic) le note la inseguridad al anotar el resultado, tomándole el pulso nuevamente de forma manual, lo cual debió de haber notado su temperatura fría, ella dice que estaba normal [...] en el consultorio del doctor (...), las enfermeras si se percataron de su temperatura fría y la [...] cabe mencionar que antes de llevarlo a la Cruz Verde, se le tomó la presión y la traía muy baja, si de verdad lo hubiera observado como dice, hubiera notado que necesitaba atención; tanto que ya falleció desgraciadamente.

Y es falso también que los familiares se acercaran con voz altanera, porque fui yo, quién desesperada por la gravedad de (agraviado), le dije en voz alta que(agraviado) se estaba muriendo gracias a su atención.

Hoja 3.

Al acudir a urgencias para que le brindara la atención (agraviado), se encontraba el médico traumatólogo (...), la cual estaba con la trabajadora social Rita Lara Flores, y fue la traumatóloga quién efectivamente después de intercambiar palabras con la trabajadora social, me mandaran a sacar ficha, le volví a repetir a la trabajadora social que yo veía mal(agraviado), que estaba muy débil y su temperatura fría, pese a mi petición de que lo atendieran ahí hicieron caso omiso y me mandaron a sacar ficha para consulta, yo no lo llevaba a consulta sino a urgencias, tengo entendido que la médico no era su función al estar en urgencias y no tenía por qué estar ahí, sino atendiendo la consulta externa efectivamente y creo hicieron mal al mandarme a consulta ya que ni siquiera lo vieron como ellas dicen y no se percataron que era una persona de la tercera edad y debido a su condición es más vulnerable.

La (quejosa) anexó copias de la “nota de envío” signada por el médico particular (...), solicitada por este organismo; y del recibo [...] del día [...] del mes [...] del año [...], expedido por la Hacienda Municipal de San Pedro Tlaquepaque, Jalisco. En vía de testimonio agregó un escrito original suscrito por (testigo 1), el cual se transcribe en el punto 4 de evidencias.

13. El día [...] del mes [...] del año [...]se recibió el oficio [...],suscrito por el

licenciado (...), director general de SMMSPT, por medio del cual aceptó la medida cautelar y agregó en copia certificada el similar [...], firmado por el servidor público doctor (...), jefe de enseñanza, del que se advirtió la capacitación presuntamente brindada al personal médico, de enfermería, trabajo social, RX y Tums, en el aspecto de aprendizaje del tema TRIAGE¹ para obtener un adiestramiento en la clasificación y prioridad del (agraviado) en la atención médica en el área de urgencias y urgencias pre hospitalarias; esta capacitación fue durante los días [...] y [...] del mes [...] del año [...]. Agregó además copia simple de ficha de identificación del expediente clínico por mortalidad de (agraviado).

14. Mediante acuerdo del día [...] del mes [...] del año [...], y con fundamento en el artículo 38, fracción VI, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en relación con los artículos 48, fracción II, y 50, fracción I, del Reglamento Interior de este organismo, se solicitó al maestro (...), director de Quejas, Orientación y Seguimiento de esta Comisión, que girara instrucciones al personal del área Médica, Psicológica y de Dictaminación, para que realizaran un dictamen de responsabilidad médica sobre la atención que recibió (agraviado).

15. El día [...] del mes [...] del año [...], personal de la CEDHJ realizó investigación de campo en las instalaciones que ocupa la unidad médica Marcos Montero de SMMSPT, en la que se entrevistó con personal médico, de enfermería y trabajo social, se tomaron fotografías y se inspeccionaron las áreas de atención.

16. El día [...] del mes [...] del año [...], en apego a los artículos 43 y 44 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se hizo constar que personal de la Primera Visitaduría recibió llamada telefónica de la (quejosa), preguntando el estado procesal de su queja. Se le informó que se estaban recabando datos para la mejor integración de la queja, y se le recordó que los acuerdos le serían notificados a través del correo que proporcionó y lo que fuera surgiendo se le haría saber por vía digital. La (quejosa) quedó conforme con la manera en que se le estaban notificando los acuerdos emitidos por esta oficina.

¹Método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los (agraviado)s basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

17. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por la maestra (...), perita médica de este organismo, mediante el cual remitió el Dictamen de Responsabilidad Profesional sobre la atención que recibió el (agraviado) el día [...] del mes [...] del año [...], en el que señaló:

ANÁLISIS MÉDICO

De lo que se ha expuesto de forma previa, se describe que el día [...] del mes [...] del año [...] a las [...] horas (quejosa) realiza queja por comparecencia ante este organismo, manifestando que (agraviado) de [...] años de edad, el día [...] del mes [...] del año [...] fue presentado al puesto de socorros Cruz Verde Tlaquepaque, hechos en los que narra que fue presentado aproximadamente a las [...] horas al área de urgencias y fueron recibidos por una persona de nombre Rita Flores, a la cual le fue expuesta la problemática (del escrito de queja no se escribe la sintomatología motivo que originara la demanda de consulta de la atención médica) manifiesta acatar la indicación de compra de ficha para consulta externa, lo cual en ese momento no se había demandado, sino la atención médica de urgencia, manifestando que en un lapso aproximado a [...] horas posterior a este hecho no recibió atención médica, por lo que al volver a demandar la atención médica se les indicó por parte del personal adscrito a esa institución que esperara su turno, por lo que dadas las condiciones clínicas tuvo que ser presentado con médico particular el cual diagnostica choque cardiogénico, por lo que recomienda de nueva cuenta sea valorado en puesto de socorros para que se realice la intervención que resulte pertinente en materia de urgencia como el caso lo requería, por lo que fue llevado de nueva cuenta, siendo esto aproximadamente a las [...] horas, falleciendo a las [...] horas.

De lo recabado a través del proceso de investigación médica de manera documental se documenta lo que a continuación señalo:

[...].

[...].

[...].

[...].

[...].

Por lo que en este sentido, contrapone lo que la norma oficial mexicana 206 SSA1-2002 (Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica) establece en el punto 6 las características del personal:

6.1. El médico que labore en unidades o servicios de urgencias debe demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención médica de urgencias. Podrá ser responsable del servicio de urgencias en establecimientos de atención médica no hospitalaria de primer contacto u hospitalaria no quirúrgica u obstétrica.

6.2 Los médicos especialistas en disciplinas médicas y médico quirúrgicas afines a la atención de urgencias que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria, deberán contar con diploma y en su caso cédula profesional expedidos por autoridad educativa competente, así como haber acreditado satisfactoriamente cursos de atención médica de urgencias, podrá ser responsables del servicio.

6.4 La enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

6.5 La enferma auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

Debiendo considerar pues, que las capacitaciones y actualizaciones otorgadas por parte de la dependencia a la cual se encuentran adscritos, son parte de un programa de actividades de educación continua que deben realizarse al interior de la misma, más no así forma parte de los procesos de formación académica con los que debe contar este personal de manera previa, una vez que se ha adjudicado un área de trabajo que en este caso en particular es el área de urgencias médico quirúrgicas que involucra la dependencia conocida como “Cruz Verde Tlaquepaque”.

Continuando con este orden de ideas, en base a lo que el médico (...) manifestó en su escrito respecto de la capacitación recibida a posteriori a la fecha en que acontece la defunción del (agraviado) de su escrito no se desprende material documental que sustente que efectivamente el personal al que hace referencia fue sujeto a este tipo de actualización, de igual manera no se desprende documental alguna que avale el contenido de la norma en el sentido en que fuera señalado de forma previa.

En base a lo que se ha venido exponiendo y que deriva del contenido de manera documental que se puso a la vista para su estudio y que forma parte del contexto de la queja en que se actúa se establece que:

[...].

[...].

[...].

Respecto de la actividad que desarrolla personal de Trabajo Social no es ámbito de competencia del presente dictamen pericial.

En cuanto al cuestionamiento del precario estado de salud de (agraviado), me veo imposibilitada para realizar esta valoración médica, ya que para estar en condiciones de poder elaborarla se requiere la vitalidad en el (agraviado), y que en este caso en particular el (agraviado) fallece el día [...] del mes [...] del año [...], a las [...] horas al interior de puesto de socorros Cruz Verde Tlaquepaque.

Por lo anteriormente expuesto se deduce que:

CONCLUSIONES

Que deriva de su oficio de petición: “...se realice dictamen u opinión médica respecto a la probable responsabilidad profesional de los servidores públicos, doctores (...), Roberto Arturo Carvajal Contreras y Víctor Hugo Martínez Loera, así como la enfermera Claudia Graciela Vizcarra Aceves y trabajadora social Rita Lara Flores adscritos a los servicios médicos municipales del ayuntamiento de San Pedro Tlaquepaque, señalados por(quejosa) como presuntos responsables de igual manera se dictamine el estado precario de salud de (agraviado)...”

1. Del expediente médico legal que fuera puesto a la vista para su análisis y estudio no se desprende que la médico (...) haya desarrollado actividades en materia de medicina asistencial en el (agraviado).

2. [...].

3. [...].

4. [...].

5. Respecto de la actividad que desarrolla personal de Trabajo Social no es ámbito de competencia del presente dictamen pericial.

16. De conformidad con los artículos 36 y 73 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 42 de su Reglamento Interior, se ordenó la reserva de los autos con la finalidad de emitir la resolución respectiva.

II. EVIDENCIAS

1. Recibo oficial folio [...], por concepto de servicios, por la cantidad de [...] pesos, emitido en la Hacienda Municipal de la Recaudadora de San Pedro Tlaquepaque el día [...] del mes [...] del año [...], el cual se presenta a continuación:

[...]

2. Acta de defunción [...], número de orden [...], relativo al(agraviado):

[...]

3. Oficio [...] suscrito por el licenciado (...), director general de Servicios Médicos del Ayuntamiento de San Pedro Tlaquepaque, mediante el cual informa que el personal médico, de trabajo social y enfermería que atendió al (agraviado) fueron Rita Lara Flores, del turno [...] de Trabajo Social; (...), médica del turno [...], y la enfermera Claudia Graciela Vizcarra Aceves, del turno [...]. De igual manera, aceptó la medida cautelar solicitada.

4. Expediente clínico elaborado en la Cruz Verde Marcos Montero con motivo de la atención(agraviado), que contiene:

a) Hoja de control de costos al (agraviado), folio [...].

[...]

b) Hoja de resultados de estudios de laboratorio:

[...]

c) Hoja de registro de enfermería (defunción [...]).

d) Expediente clínico de Urgencias, folio [...]:

[...]

e) Nota de evolución del día [...] del mes [...] del año [...]:

[...]

El resto de la nota resulta ilegible.

f) Copia certificada de listado de trabajo social. Se hace la aclaración que en dicho documento se estableció en original en la parte superior derecha con tinta azul la frase: “Turno [...]” y en la parte inferior derecha: “Lic. T.S. (...)”, desconociendo quién realizó dichas anotaciones.

[...]

g) Copia certificada de listado de trabajo social. De igual manera, se aclara que en dicho documento se estableció con tinta en color [...] original en la parte superior derecha la frase: “Turno [...]” pero no se sabe quién realizó dichas anotaciones.

[...]

h) Copia certificada de la continuación de los listados. De igual manera, se aclara que en dicho documento se estableció con tinta [...] en la parte inferior derecha: “LTS. (...)”. También hay nota que dice: “Falleció: [...] Funeraria [...]”.

5. Informe de ley de la enfermera Claudia Graciela Vizcarra Aceves, donde señala que atendió al (agraviado), así como a sus acompañantes, indicándoles que esperaran su turno. Dijo que a los pocos minutos se acercó la familiar y le indicó que (agraviado) se sentía mal, por lo que le tomó la presión escuchándola normal [...], y le informó a los familiares que esperaran su turno. Añadió que los lunes siempre hay muchísima gente, y que no supo a qué hora se fueron, pero que nunca se le negó la atención a ninguna persona. También dijo que los familiares del (agraviado) se acercaron y con voz altanera le gritaron que su familiar se estaba muriendo y sarcásticamente le señalaron “gracias por su atención”.

6. Informe de ley rendido por (...), médica traumatóloga del área de consulta externa, quien señaló que acudió a trabajo social aproximadamente a las [...] horas y ahí le preguntaron a dónde pasaban a un (agraviado) adulto que llegó con diarrea, indicándole a su compañera de trabajo social que lo canalizaran a consulta y que el médico decidiera si tenía que pasar a urgencias o manejarlo en consulta. Afirmó que nunca vio al (agraviado), sólo contestó la pregunta de su compañera de trabajo social.

7. Informe de ley rendido por la trabajadora social Rita Lara Flores, mediante el cual señaló que es falso lo señalado por la (quejosa), ya que ella no envía a los (agraviado)s a sacar ficha, sino que los manda con la enfermera o médicos a que los valoren y determinen si se pasa a consulta o a urgencias. Menciona no recordar haber atendido a la (quejosa)y(agraviado), ya que está en el turno [...] y su salida es a las [...] horas, pero en ocasiones espera unos minutos a que llegue su compañera del turno [...], licenciada (...).Refiere que la (quejosa)[...] o [...] días después a los servicios médicos y se dirigió a su persona de manera prepotente y grosera, pidiéndole su nombre y gritándole que por su culpa se había muerto su(agraviado).

8. Informe de ley rendido por Víctor Hugo Martínez Loera, médico adscrito al área de urgencias, en el que indicó que el día [...] del mes [...] del año [...], a las [...] horas, recibió al (agraviado)de [...] años con [...]. Diagnosticando [...], descartar [...]”. Con estos síntomas, el manejo médico fue el siguiente:

[...]

A las [...] horas el (agraviado) fue presentado y entregado al siguiente turno al doctor Roberto Arturo Carvajal Contreras, con presión arterial de [...], frecuencia cardíaca de [...], con mejor estado de hidratación, consciente y más cooperador en relación a su ingreso.

9. Informe rendido por Roberto Arturo Carvajal Contreras, en el que refirió que el día [...] del mes [...] del año [...]recibió, por parte del doctor Víctor Hugo Martínez Loera, al (agraviado), con [...]. Continuó con manejo:

[...]

Refirió que al encontrarse atendiendo a otra persona en urgencias, el familiar del (agraviado)le avisó que (agraviado) ya no respiraba normalmente, por lo que acudió de inmediato y el enfermo había caído en paro cardiorrespiratorio. Dijo que procedió a practicarle maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas por aproximadamente [...] minutos; le aplicó adrenalina y atropina sin encontrar respuesta del (agraviado), por lo que se declaró hora de fallecimiento las [...] horas.

10. Testimonio de (testigo 1), rendido por escrito y ratificado personalmente por el declarante, donde aseveró:

Por este conducto me permito comunicar que yo (testigo 1), el día [...] del mes [...], al terminar mi jornada laboral, abordé el transporte público ruta [...] por la calle [...] de la colonia [...] de la ciudad de Guadalajara, para dirigirme a mi domicilio en Tlaquepaque y me bajé en la avenida [...] a su cruce con la avenida [...] y al transitar por [...] miré a (quejosa) que empujaba a (agraviado) en una silla de ruedas, saliendo de la Cruz Verde de Tlaquepaque como a las [...] o [...] horas.

Seguidamente miré que la (...), iba varios metros más delante de una forma muy apresurada.

Cuando yo les di alcance por la calle [...], después de saludarles les pregunté qué les sucedía y me contestó la (quejosa) que llevaba enfermo a su (agraviado) pero que tenía mucho rato esperando en la Cruz Verde y no los habían querido atender en urgencias y lo llevaban a una clínica que se encuentra en [...] y [...]. Que era donde se había adelantado la (...).

Al ayudarla yo a empujar la silla pregunté al (agraviado), como se sentía y me dijo que se sentía mal desde la noche anterior, tenía dificultad para articular palabras y al tocarle la mano lo sentí frío y se miraba muy pálido.

Al llegar a la clínica que se encuentra en [...] y [...] lo recostaron en una cama y yo me despedí diciéndoles que luego regresaba.

11. Copia de la nota de envío suscrita por el doctor (...), médico cirujano y partero [...], del que se desprende lo siguiente:

[...]

12. Copia simple del oficio [...], del día [...] del mes [...] del año [...], suscrito por el doctor (...), jefe de enseñanza de SMMSPT, por medio del cual informó al director general, licenciado (...), lo siguiente:

[...]

13. Ficha de identificación del expediente clínico por mortalidad, del que se desprende:

[...]

14. Investigación de campo realizada por personal adscrito a la Primera Visitaduría General, en las instalaciones de la Cruz Verde Marcos Montero, de la que se extrae lo siguiente:

[...]

15. Dictamen de responsabilidad profesional emitido por esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, en el que la maestra (...) concluyó:

[...]

16. Se abrió el periodo probatorio, a través del cual se les concedió a las partes el término legal para que aportaran las pruebas.

III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

En los capítulos que anteceden se advierte que el día [...] del mes [...] del año [...] compareció a esta Comisión (quejosa), quien presentó queja a favor de (agraviado), en contra de personal adscrito al área de urgencias de la Cruz Verde Marcos Montero, por considerar que con su conducta incurrieron en violaciones de sus derechos humanos. Argumentó que el día [...] del mes [...] del año [...], a las [...] horas, el (agraviado) fue presentado al puesto de socorros de la Cruz Verde Marcos Montero, del Ayuntamiento de San Pedro Tlaquepaque, donde fueron recibidos por la trabajadora social Rita Flores, a quien se le expuso la problemática (en el escrito de queja no se describe la sintomatología que originó la demanda de atención médica), la (quejosa) manifestó que acató la indicación de comprar ficha para consulta, no obstante que la atención demandada era de urgencia. Afirmó que por cerca de dos horas el (agraviado) no recibió atención médica y cuando insistió en pedirla, personal adscrito a esa institución le indicó que esperara su turno. Las condiciones de salud de (agraviado) y la negativa de atención por parte del personal de la Cruz Verde obligaron a la (quejosa) a trasladar a su familiar a un consultorio privado, donde un médico particular le diagnosticó choque cardiogénico y les recomendó que fuera valorado en el puesto de socorros mencionado para que se le realizara la intervención pertinente de urgencia. Fue llevado de nuevo a la Cruz Verde, donde falleció a las [...] horas de ese día.

Con ese antecedente se consideró la posible violación del derecho a la protección de la salud del (agraviado), en su modalidad de negligencia médica, negativa de atención médica y negativa o inadecuada prestación de servicio público. Como presuntos sujetos activos de esta violación de derechos humanos se tuvo a la médica (...); los médicos Víctor Hugo Martínez Loera y

Roberto Arturo Carvajal Contreras; a las enfermeras Claudia Graciela Vizcarra Aceves, Natalia Arcelia Triana Cervantes y Daniela Elizabeth Mejía Ávalos; y la trabajadora social Rita Lara Flores, adscritos a la Cruz Verde Marcos Montero, dependiente de los Servicios Médicos Municipales de San Pedro Tlaquepaque (SMMSPT).

Esta Comisión les requirió sus informes de ley al personal médico, de enfermería y trabajo social que participó en la atención de (agraviado) en la Cruz Verde de los SMMSPT, de los cuales destaca el informe que rindió la doctora (...), médica traumatóloga adscrita al área de consulta externa de ese nosocomio. En su escrito refiere que cuando estaba en el área de trabajo social le consultaron acerca de a dónde era conducente canalizar a un (agraviado) adulto que asistió con diarrea. Ella les indicó que a consulta y que el médico decidiera si pasaba a urgencias. Afirma además que ella nunca vio al (agraviado), que se concretó a contestar la pregunta.

El doctor Víctor Martínez Loera informó que el día [...] del mes [...] del año [...] recibió al (agraviado) proveniente de un consultorio particular con diagnóstico de choque cardiogénico. Argumentó(agraviado) se encontraba somnoliento, respondía a estímulo doloroso, pupilas isocóricas, hiporreflécticas, mal hidratado, campos pulmonares con estertores gruesos difusos, abdomen plano depresible, peristalsis presente, Glasgow 11; y el manejo que le otorgó se corrobora con el expediente clínico de urgencias (evidencia 3, inciso d). Informó que a las [...] horas el (agraviado) había sido presentado y entregado al siguiente turno al doctor Roberto Arturo Carvajal Contreras en mejores condiciones de hidratación, más consciente y cooperador que cuando ingresó.

La hoja de ingreso elaborada por el médico Víctor Hugo Martínez Loera carece de la información mínima necesaria. Faltan, por ejemplo, el adecuado interrogatorio clínico, los antecedentes heredo-familiares no patológicos y patológicos del (agraviado); falta la descripción del *habitus* externo, y si bien es cierto, que se cumple con la evaluación física del (agraviado), esta no se hace por regiones anatómicas; además de que no se ausculta el área del tórax cardiológico y tórax pulmonar. El referido médico asentó en sus indicaciones: “Solicitar el retiro del parche de nitroglicerina y requiere se realice un electrocardiograma.” Es importante resaltar que dentro del expediente médico proporcionado por la autoridad de salud no figura ninguna nota médica

suscrita por un médico particular que fundamente las características clínicas descritas por Víctor Hugo Martínez Loera. Este debió considerar de igual manera que en su nota médica no describe en el apartado de exploración física, que haya practicado una evaluación del tórax cardiológico para verificar las condiciones clínicas del (agraviado) que permitieran ingresarlo al área de urgencias en busca de signos clínicos asociados al diagnóstico presuntivo de choque cardiogénico. En su nota sólo se establece como diagnóstico presuntivo: “hipotensión, deshidratación, dc DHE”. La única medida que practicó, en cuanto al tratamiento, fue corregir el estado hidroelectrolítico del (agraviado), el retiro del nitroparche y la toma de electrocardiograma, que en el contexto de integración del expediente médico-clínico, no se elaboró, ya que no se encuentra agregado de forma física para su estudio y valoración. Dejó que(agraviado) evolucionara solo, tomando como base lo que el médico Roberto Arturo Carvajal Contreras asentó en una nota subsecuente, que contenía fecha, más no así la hora, donde se describen los diagnósticos presuntivos de ingreso, la caída abrupta del (agraviado) con diagnóstico clínico de paro respiratorio, aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar, con resultados fallidos y la subsecuente muerte clínica.

Por otra parte, en el expediente que se integró en el puesto de socorros Cruz Verde Tlaquepaque se asienta el ingreso del (agraviado) a las [...] horas del día [...] del mes [...] del año [...], lo cual contradice la forma en que llegó al puesto de socorros, descrita por el médico Víctor Hugo Martínez Loera y por las enfermeras Natalia Arcelia Triana Cervantes y Daniela Elizabeth Mejía Ávalos, al decir que(agraviado) fue ingresado en ambulancia. Según el contexto de la queja, el (agraviado) llegó directamente al área de urgencias en las dos ocasiones, la primera a las [...] horas. De esta solicitud tan sólo se cuenta con el recibo oficial [...], pero no existe ningún documento en trabajo social, área médica de urgencias o consulta externa que demuestre que(agraviado) recibió atención en ese momento. Lo único que puede establecerse es que (agraviado) demandó a las personas idóneas de la institución atención médica, desconociéndose el proceso final de esta solicitud. La segunda solicitud, con base en lo descrito por familiares en su queja, fue cuando el hoy fallecido acudió en compañía de familiares procedente de un consultorio particular, a fin de dar seguimiento a la patología identificada por el médico (...). Este hecho se corrobora mediante lo asentado en hojas de registro del área de trabajo social, donde se describe que

(agraviado) fue presentado de forma directa por sus familiares y no por ambulancia. No existen bitácoras de registro del personal paramédico, por lo que no se puede suponer que el servicio hubiese sido demandado por el número de urgencias 066, de manera que el médico Víctor Hugo Martínez Loera, con base en lo que asentó en su nota médica como motivo de consulta, fue el encargado de recibir al (agraviado) derivado de un consultorio particular por presentar "... pérdida del estado de [...], [...], hipotensión [...] que se le administró soluciones IV, KCL, digoxina, nitroparche, se diagnosticó como choque cardiogénico."

Según el dictamen de personal médico de esta Comisión, en la atención proporcionada por el médico Víctor Hugo Martínez a (agraviado) sí se observan conductas de imprudencia y negligencia, al no realizar un adecuado interrogatorio clínico y evaluación física de forma integral del (agraviado). Tampoco realizó diagnósticos presuntivos acordes con la patología. De igual manera, no le realizó una adecuada supervisión en materia médica de urgencias, como verificar y valorar los resultados de estudios de laboratorio y solicitud de interconsultas, elementales para hacer un diagnóstico etiológico y no presuncional, como el que se llevó a cabo sin sustento clínico ni de laboratorio.

Por su parte, el médico Roberto Arturo Carvajal Contreras, adscrito al área de urgencias, turno [...] de los SMMSPT, en su informe ante esta Comisión manifestó que el día [...] del mes [...] del año [...] atendió al (agraviado) y le suministró:

[...]

Eso lo dice en su informe, pero no aportó los documentos clínicos o constancias que lo acrediten. Además, manifestó que (agraviado) sostenía evolución tórpida y que cuando atendía a otra persona, un familiar del (agraviado) le avisó que al parecer este último no respiraba normalmente, circunstancias que al verificar le hizo darse cuenta de que el enfermo había caído en paro cardiorrespiratorio, por lo que procedió a practicarle maniobras de reanimación cardiopulmonar, aplicándole adrenalina y atropina, pero no encontró respuesta del (agraviado) y se declaró el fallecimiento a las [...] horas.

Asimismo, según, el dictamen emitido por una médica forense de esta

institución, en el actuar del médico Roberto Arturo Carvajal Contreras sí se observan conductas de imprudencia por no haber observado adecuadamente y evaluado de forma integral al (agraviado). Tampoco hizo los diagnósticos presuntivos acordes con la patología que este presentaba, aunado a la falta de una completa supervisión médica, vigilancia de los resultados de estudios de laboratorio y solicitud de interconsultas, todo ello tendente a la integración de un diagnóstico etiológico y no presuncional, como el que se llevó a cabo, sin sustento clínico ni de laboratorio.

Con sus actos y omisiones, los médicos Víctor Hugo Martínez Loera y Roberto Arturo Carvajal Contreras violaron el derecho a la protección de la salud en agravo de (agraviado), tal como lo define el *Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, en su modalidad de negligencia médica:

Negligencia médica

1. Cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud,
2. Realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública,
3. Sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada,
4. Que traiga como consecuencia una alteración en la salud del (agraviado), su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico.

Fundamentación constitucional:

Artículo 4. [...]

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.

[...]

Ley General de Salud:

Artículo 416. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las

autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Artículo 417. Las sanciones administrativas podrán ser:

I. Amonestación con apercibimiento;

II. Multa;

III. Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y

IV. Arresto hasta por treinta y seis horas.

Artículo 418. Al imponer una sanción, la autoridad sanitaria fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta:

I. Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas;

II. La gravedad de la infracción;

III. Las condiciones socioeconómicas del infractor, y

IV. La calidad de reincidente del infractor.

V. El beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción.

Artículo 429. La definición, observancia e instrucción de los procedimientos que se establecen en esta Ley se sujetarán a los siguientes principios jurídicos y administrativos:

I. Legalidad;

II. Imparcialidad;

III. Eficacia;

IV. Economía;

V. Probidad;

VI. Participación;

VII. Publicidad;

VIII. Coordinación;

IX. Eficiencia;

X. Jerarquía, y

XI. Buena fe.

Artículo 430. Las autoridades sanitarias con base en los resultados de la visita o del informe de verificación a que se refiere el artículo 396 bis de esta Ley podrán dictar las medidas para corregir las irregularidades que se hubieren encontrado notificándolas al interesado y dándole un plazo adecuado para su realización.

Código Penal Federal:

Artículo 229. El artículo anterior se aplicará a los médicos que, habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos:

Artículo 7. Será responsabilidad de los sujetos de la ley ajustarse, en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, a las obligaciones previstas en ésta, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público.

La (quejosa) argumentó que al encontrarse en las instalaciones de la Cruz Verde Marcos Montero se acercó con la enfermera Claudia Graciela Vizcarra Aceves en el área de consulta médica, y le comentó que(agraviado) estaba mal de salud, a lo que la funcionaria le respondió: “déjemelo, ahorita le llamo, espere su turno”. Pasaron cerca de dos horas sin que nadie los atendiera. Después, la enfermera Claudia atendió a una persona que se presentó con presión arterial baja, momento en que la (quejosa) le insistió que atendiera a su familiar. Cuando la enfermera le tomó la presión, observó que el aparato para medirla no marcaba y tuvo que tomársela oprimiéndole la muñeca para contar las pulsaciones, luego de lo cual le informó que(agraviado) estaba normal con “[...]”, y que siguieran esperando su turno. Fue cuando (agraviado)le dijo a su (...): “Vámonos, vámonos, me siento mal, mejor vamos con un médico particular”.

El dicho de la (quejosa) fue robustecido con lo declarado por el (testigo 1) (punto 10 de evidencias), quien refirió que el día de los hechos transitaba por la calle Marcos Montero cuando observó la (quejosa) llevando al (agraviado) en una silla de ruedas, saliendo de la Cruz Verde de Tlaquepaque como a las [...] o [...] horas. Pudo observar que la (...) caminaba apresuradamente varios metros adelante. Cuando les dio alcance por la calle [...], después de saludarles les preguntó qué les sucedía. La (quejosa) contestó que llevaba enfermo(agraviado), pero que tenía mucho rato esperando ser atendidos de urgencia en la Cruz Verde y lo llevaban a una clínica que se encuentra en [...] y [...], que era donde se había adelantado la (...). El (testigo 1) ayudó a trasladar al (agraviado)y al preguntarle cómo se sentía respondió con dificultad que se sentía mal desde la noche anterior. El (testigo 1)dijo que le tocó una mano y la sintió fría y lo veía muy pálido.

La enfermera Claudia Graciela Vizcarra Aceves, en su informe de ley, pretende convencer de que atendió al (agraviado) y a sus acompañantes, sólo que esta atención tan precaria consistió en indicarles que esperaran su turno, y que cuando minutos después se acercó la familiar (quejosa) para decirle que (agraviado) se sentía mal, le tomó la presión y la escuchó “normal, sería [...], además de que (agraviado) se encontraba tranquilo”, por lo que les reiteró a los familiares que continuaran esperando. Para colmo, concluye argumentando que no supo a qué hora se retiraron el (agraviado) y sus familiares alegando que “los días lunes siempre hay muchísima gente”. No obstante, reconoce que cuando los familiares le expresaron su preocupación y desesperación al decirle que (agraviado) se estaba muriendo, consideró dicha expresión, sin motivo, desde luego, como una agresión. Luego, no le importó la angustia de los familiares ni la situación de vulnerabilidad de la víctima. Pasó por alto los principios establecidos en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que le impone, como funcionaria pública, la obligación de garantizar a este grupo vulnerable una atención con equidad, integridad, dignidad y preferencia, y en general a promover, fomentar y difundir una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto a las personas adultas mayores.

Con ello la enfermera violó el derecho a la protección de la salud de la víctima y de sus familiares, víctimas indirectas de una asistencia médica inadecuada ofrecida por dependencias del sector salud, y dejó en evidencia su falta de capacitación para identificar oportunamente los posibles estados graves de salud que ponen en peligro la vida de un (agraviado), conforme se establece en el método de la medicina de urgencias y desastres llamado Triage (del francés *triage*). Esto impulsó el fatal desenlace, ya que a (agraviado) se le impidió el acceso oportuno a los servicios de salud. El presente argumento se apoya en la clasificación siguiente:²

Negativa de atención médica:

1. La negativa de prestar asistencia médica,
2. Realizada por parte de un profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que preste sus servicios en una institución pública,

² Enrique Cáceres Nieto, *Estudio para la elaboración de un manual para la Calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2005.

3. Originando como consecuencia que se ponga en peligro la vida del (agraviado), aun cuando de ello no resulte ningún daño.

Fundamentación constitucional

Artículo 4. [...]

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.

[...]

Fundamentación en derecho interno

Código Federal de Procedimientos Penales:

Artículo 192. Cuando un lesionado necesite pronta atención, cualquier médico que se halle presente donde aquél se encuentre, debe atenderlo y aun trasladarlo del lugar de los hechos al sitio apropiado para su atención, sin esperar la intervención de la autoridad, debiendo comunicar a ésta, inmediatamente después de brindarle los primeros auxilios, los siguientes datos: nombre del lesionado; lugar preciso en que fue encontrado y circunstancias en que se hallaba; naturaleza de las lesiones que presente y causas probables que las originaron; curaciones que se le hubieren hecho, y lugar preciso en que queda a disposición de la autoridad.

Ley General de Salud:

Artículo 469. Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud

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.

Fundamentación en derecho interno

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 6°. La Secretaría fomentará, propiciará y desarrollará programas de estudio e investigación relacionados con la prestación de servicios de atención médica.

Artículo 7o. Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

I. Atención médica. El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud;

II. Servicio de atención médica. El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos;

III. Establecimiento para la atención médica. Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;

IV. Demandante. Toda aquella persona que para sí o para otro solicite la prestación de servicios de atención médica;

V. Usuario. Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica;

VI. (agraviado) ambulatorio. Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización;

VII. Población de escasos recursos. Las personas que tengan ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, así como sus dependientes económicos.

Para efectos del párrafo anterior el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socioeconómico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la Secretaría de la zona correspondiente, y

Todo aquel usuario de servicios de atención médica que se encuentre encamado en una unidad hospitalaria.

Artículo 8o. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventiva: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos, y
- III. De rehabilitación: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

Artículo 9º. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 10. Serán considerados establecimientos para la atención médica:

- I. Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas;
- II. Aquellos en los que se presta atención odontológica;
- III. Aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas;
- IV. Aquellos en los que se prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

De la atención médica de urgencias que le fue otorgada por parte de las enfermeras Natalia Arcelia Triana Cervantes y Daniela Elizabeth Mejía Ávalos, adscritas al puesto de socorros Cruz Verde Tlaquepaque, se desprende que no siguieron como es debido el registro de actividades de enfermería, ya que no hay un registro de signos vitales del (agraviado) de las [...] a las [...] horas, horario en el que, señala, fue realizada la última valoración de constantes vitales del (agraviado) diez minutos previos a su defunción, por lo que en su actuar sí se observan conductas de imprudencia y negligencia.

En razón de lo anterior, esta Comisión observa que el expediente clínico de (agraviado) carece de las especificaciones y algunas notas no cumplen con los requisitos que se establecen en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico. Se advierte que personal de la unidad médica Cruz Verde Marcos Montero no integró su expediente de acuerdo con los lineamientos señalados. Estas situaciones implican una violación de derechos humanos por parte del personal médico de la Secretaría de Servicios Médicos Municipales, que realizó anotaciones sin firmas, sin nombres, con abuso de abreviaturas, sabiendo además que deben escribir con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras. Con este descuido incurrieron en lo que se clasifica como negativa o inadecuada prestación de servicio público ofrecido por dependencias del sector salud:

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.

Finalmente, respecto al servicio proporcionado por la trabajadora social Rita Lara Flores, ella argumentó en su informe de ley que no manda (agraviado) a sacar fichas, sino que los envía con la enfermera o médicos a que los valoren y determinen si se pasa a consulta o a urgencias. Dijo que en el caso concreto no recuerda haberlos atendido porque ella tiene el turno [...] y sale a las [...] horas, pero ocasionalmente se espera unos minutos a que llegue su compañera del turno [...]. Esto es contrario a lo expresado por el director general de Servicios Médicos del Ayuntamiento de San Pedro Tlaquepaque en su oficio [...], (punto 3 de evidencias), que identifica a Rita como personal de trabajo social que atendió al (agraviado), y contradice también el dicho de la doctora (...), que en su informe de ley refuerza lo anterior en el sentido de señalar que quien le dio la atención al (agraviado) y a sus familiares fue una trabajadora social, ya que señaló: "...nunca vi al (agraviado), solo conteste la pregunta de mi compañera de trabajo social..." Además, en entrevista del día [...] del mes [...] del año [...], realizada en la Cruz Verde Marcos Montero, la trabajadora social Rita Lara Flores, contrario a su informe de ley, argumentó recordar a la (quejosa) porque el día de los hechos ella estaba a punto de terminar su turno cuando la vio llegar al área de trabajo social, pidió servicio y se dirigió con

una doctora que se encontraba en el lugar, de quien dice no recordar su nombre, por lo que sólo comentó con la doctora que podrían pasar al (...) de la (quejosa) a que lo valoraran para consulta. Enseguida, Rita se retiró porque era su hora de salida. Aclaró que en ningún momento se dirigió con ella la (quejosa), y por consiguiente ella no le pidió que comprara ficha. Sin embargo, la (quejosa) desmiente la circunstancia narrada por la trabajadora social cuando refiere: “...Nos dirigimos al área de urgencias, donde fuimos atendidas por una trabajadora social que dijo llamarse Rita Flores, a quien le platiqué el problema y me dijo que sacara ficha...”

Con las contradicciones expuestas se concluye que la trabajadora social Rita Lara Flores no se apegó a los principios establecidos en el artículo 61 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, concretamente en lo relativo a: “Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión.”

Por lo tanto, si una persona acude a trabajo social, lo lógico es que personal del área se encargue de atender a los usuarios, y más aún si no ha llegado el personal del turno [...], como lo hace saber en su informe, por lo que todo indica que al haberse esperado unos minutos en lo que llegaba su compañera, a ella le correspondió ineludiblemente atender a la (quejosa). Además, el dicho de la doctora (...) y el de la (quejosa) son coincidentes, al referir ambas que la (quejosa) se dirigió a una trabajadora social y no a la doctora, lo cual contradice la versión de la trabajadora social Rita Lara, por lo que se concluye que dicha funcionaria sí atendió a la (quejosa), pero no con el trato que era debido.

Por ello, Rita Lara Flores violó el derecho a la salud del (agraviado), ya que no registró el ingreso del (agraviado), no obstante que fue ella el primer contacto con los familiares de la víctima. En lugar de brindar orientación a los familiares, se retiró, ciertamente porque concluyó su turno, pero de forma irresponsable no reportó la llegada en calidad de urgente del (agraviado) ni el motivo de la demanda de servicio. También resulta grave que haya obstaculizado la investigación de esta Comisión cuando en su informe de ley declaró no recordar haber atendido a las víctimas y afirmó que les sugirió que pasaran a valoración médica. Sin embargo, en entrevista realizada por

personal de este organismo argumentó que sí los recuerda, y que no los mandó a sacar ficha. Con su actuar incurrió en inadecuada prestación de servicio público ofrecido por dependencias del sector salud, ya que su actuar afectó los derechos del (agraviado) y sus familiares.

La (quejosa) dijo que al no recibir la atención adecuada, acudieron a un consultorio particular el mismo día [...] del mes [...] del año [...] y que el médico de esa clínica les dio una nota de envío (punto 11 de evidencias) para que fuera atendido en la clínica pública. Sin embargo, al expediente clínico que se solicitó a la autoridad y que fue proporcionado por los SMMSPT, no se adjuntó la referida nota. A pesar de lo anterior, con la intención de recabar todas las pruebas, esta Comisión le pidió a la (quejosa) que hiciera llegar el documento, que fue proporcionado en tiempo y forma por ella. Ello da cuenta de la evidencia que acredita que acudió ese día al referido consultorio particular (punto 11 evidencias), aunado a que dicho expediente no fue enviado con todas las constancias que lo integran.

Los servicios de salud deben caracterizarse por mejorar el nivel y la atención que se presta a los usuarios. Por ello, debe dotarse a los servicios médicos municipales de San Pedro Tlaquepaque con todo el equipamiento material y humano suficiente para identificar y atender oportunamente los casos de (agraviado) que requieren atención médica de urgencia.

La protección de la salud es un derecho humano previsto en diversos instrumentos internacionales, y los derechos de las personas adultas mayores tienen lugar especial en ellos al tratarse de un grupo con mayor vulnerabilidad. A continuación se sintetiza la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores:

Artículo 1°. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de:

I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;

II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y

III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Artículo 2°. La aplicación y seguimiento de esta Ley, corresponde a:

I. El Ejecutivo Federal, a través de las Secretarías de Estado y demás dependencias que integran la Administración Pública, así como las Entidades Federativas, los Municipios, los Órganos Desconcentrados y paraestatales, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción;

[...]

Artículo 4°. Son principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley:

I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;

II. Participación. La inserción de las personas adultas mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;

III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia;

IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley, y

V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

Artículo 5°. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

I. De la integridad, dignidad y preferencia:

a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.

b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.

[...]

III. De la salud, la alimentación y la familia:

a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.

b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

Artículo 8°. Ninguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social.

Artículo 10. Son objetivos de la Política Nacional sobre personas adultas mayores los siguientes:

I. Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, incrementando su autoestima y preservando su dignidad como ser humano;

II. Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos, sean residentes o estén de paso en el territorio nacional;

Artículo 18. Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores:

I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud;

II. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida

incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;

III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriatria y la Gerontología;

Uno de los instrumentos internacionales que establecen la protección de los derechos del ser humano por excelencia es, sin duda, la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la ONU. Nuestro estado de Jalisco, en el artículo 4º de su Constitución política, reconoce los principios consagrados en dicho documento como derechos de los individuos que se encuentren en esta entidad. El cuidado y protección de la salud se prevé en el artículo 25 de dicha Declaración, en especial la atención a la vejez, el cual se transcribe:

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

De igual manera, con su actuación, los médicos involucrados Víctor Hugo Martínez Loera y Roberto Arturo Carvajal Contreras faltaron a lo dispuesto en diversas disposiciones de derecho interno y de índole internacional, entre las que destaca las siguientes:

Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, que establece los criterios de llenado y contenido del expediente clínico.

1. Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un (agraviado), que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagen lógicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del (agraviado), con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

2. Generalidades

2.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

2.2 Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

2.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

2.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

2.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del (agraviado); y

2.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

2.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del (agraviado), tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

2.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el (agraviado) en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del (agraviado), deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

[...]

2.6 [...] Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

[...]

2.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

2.10 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; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

2.11 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.

[...]

2.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada (agraviado), en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

2.18 Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios, se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso notas de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para complementar la información sobre la atención del (agraviado).

[...]

2.20 Al interior de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, se podrá evaluar la calidad del expediente clínico, a través de organismos colegiados internos o externos. Para tal efecto, podrán utilizar el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, incorporado en esta norma como Apéndice A (Informativo).

[...]

4 De las notas médicas en urgencias

4.1 Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

4.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio;

4.1.2 Signos vitales;

4.1.3 Motivo de la atención;

4.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

4.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;

4.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos;

4.1.7 Tratamiento y pronóstico.

4.2 Nota de evolución.

Norma oficial mexicana NOM-206-SSA1-2002, sobre regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. Al leer el contenido de esta norma queda de manifiesto que existe una clara transgresión en el caso presente puesto que los médicos no acreditaron tener una previa capacitación satisfactoria obtenida mediante cursos afines a la atención médica del área de urgencias, según los criterios y procedimientos para la prestación del servicio, que dispone:

Introducción

El Sistema Nacional de Salud tiene como función principal, garantizar la prestación de Servicios de Salud a la población que lo demande.

Para que la atención médica se proporcione con calidad, eficiencia y equidad, es necesario que las instituciones de salud de los sectores público, social o privado cumplan con los requisitos necesarios para el funcionamiento correcto de los servicios, así como se cumplan las características y los perfiles que cada puesto demanda, con énfasis en las capacidades técnicas y se cuente con el conocimiento de los procesos idóneos para otorgar la atención médica.

[...]

En esta Norma, se presentan los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, que

conjuntamente con otros ordenamientos legales garantizan que la atención de urgencias, por parte de los prestadores de servicios, se brinde de manera expedita, eficiente y eficaz, en beneficio del usuario.

[...]

5. Generalidades

5.1 Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera.

5.2 El servicio de urgencias, debe contar con un directorio impreso y actualizado de establecimientos médicos, clasificados por grado de complejidad y capacidad resolutive, para aquellos casos en los que se requiera el traslado de (agraviado)s.

5.3 Los perfiles del personal de salud, involucrados en la atención médica de urgencias, deberán ser acordes con el tipo de establecimiento de atención médica, según se detalla en el numeral 6 y en el apéndice normativo “A”.

5.4 Para su funcionamiento, el servicio de urgencias deberá apoyarse en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que deberán estar disponibles de acuerdo al cuadro de categorización señalado en el apéndice normativo “A”.

5.5 Los (agraviado)s no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si (agraviado) debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.

5.6 Las unidades o servicios de urgencias, independientes o ligadas a un establecimiento de atención médica hospitalaria, para su funcionamiento deberán cumplir con la normatividad aplicable; en caso contrario, no podrán ostentarse como unidades o servicios de urgencias.

6. Características del personal

6.1 El médico que labore en unidades o servicios de urgencias, debe demostrar documentalmente, que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención médica de urgencias. Podrá ser responsable del servicio de urgencias en establecimientos de atención médica no hospitalaria de primer contacto u hospitalaria no quirúrgica u obstétrica.

6.2 Los médicos especialistas en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria, deberán contar con diploma y, en su caso, cédula de especialidad, expedidos por autoridad educativa competente, así como haber acreditado satisfactoriamente cursos de atención médica de urgencias. Podrán ser responsables de la unidad o servicio.

6.3 Los médicos residentes de una especialidad, que durante su formación se les asigne periodo de rotación en los servicios o unidades de urgencias, deberán demostrar documentalmente el nivel de especialidad que cursen de acuerdo al plan de estudios correspondiente.

6.4 La enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

6.5 La enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

7. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, requeridos como apoyo externo al servicio de urgencias en los establecimientos de atención médica, deberán cumplir con lo establecido en la normatividad aplicable.

7.1 El laboratorio clínico de los establecimientos de atención médica, debe contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año y atender los requerimientos de apoyo de la unidad o servicio de urgencias, tal como se establece en la normatividad aplicable.

7.2 Para el funcionamiento óptimo de una unidad o servicio de urgencias en establecimientos de atención médica, el servicio de radiología e imagen debe operar las 24 horas de los 365 días del año y contar con los recursos establecidos en la normatividad aplicable.

7.2.1 El servicio de radiología e imagen, requerido como apoyo para el funcionamiento de los establecimientos de atención médica hospitalaria que cuentan con unidad o servicio de urgencias, deberá disponer de los recursos tecnológicos que correspondan a la capacidad resolutoria del establecimiento.

7.3 Los establecimientos de atención médica hospitalaria que cuenten con unidad o servicio de urgencias, deben disponer de banco de sangre o servicio de transfusión.

[...]

7.5 Las unidades o servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica hospitalaria, deben disponer de sala de choque o área de reanimación y cumplir con las especificaciones de la normatividad aplicable.

7.6 En todo establecimiento de atención médica hospitalaria, que incluya la atención de urgencias, podrá existir una sala de terapia intermedia. Cuando el manejo del caso lo requiera, el establecimiento de atención médica, deberá exhibir ante la autoridad sanitaria competente, los convenios que apoyen la referencia efectiva de (agraviado)s a establecimientos con servicios de terapia intensiva.

7.7 Los establecimientos de atención médica hospitalaria quirúrgica u obstétrica, que cuenten con servicio de urgencias, con capacidad resolutive de un Hospital General o equivalente, deben contar con una unidad de terapia intensiva.

En el presente caso se dejaron de garantizar estos derechos, debido a que en la atención proporcionada al (agraviado) por los médicos Víctor Hugo Martínez Lara y Roberto Arturo Carvajal Contreras, ambos adscritos al área de urgencias de la Cruz Verde Marcos Montero, de los SMMSPT, quienes lo atendieron el día [...] del mes [...] del año [...], no realizaron una adecuada supervisión médica, ni la adecuada vigilancia de estudios de laboratorio y solicitud de interconsultas imprescindibles para la integración de un diagnóstico etiológico y no presuncional como el que se llevó a cabo sin sustento clínico ni de laboratorio (punto 9 de evidencias). Además, las enfermeras, que debieron estar al cuidado del (agraviado), actuaron con parcialidad al no proporcionar sus servicios con calidad, eficiencia y equidad, con lo que se demostró que su trabajo está lejos de las características y los perfiles que cada puesto demanda.

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD³

Es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo.

A efecto de que este derecho pueda tener lugar, los gobernados deben poseer entre otros los siguientes:

³Enrique Cáceres Nieto, *op. Cit.*, p. 504.

- a) El derecho a tener acceso a los servicios de asistencia médica impartidos o autorizados por el Estado de conformidad a las normas vigentes, cuyo objetivo será promover, conseguir o preservar el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados.
- b) El derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad proporcionada tanto por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas cuya supervisión corre a cargo del Estado.
- c) Derecho garantizado por el Estado, dentro de sus posibilidades, para crear la infraestructura normativa e institucional necesarias para una adecuada prestación de los servicios de salud.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dispone:

“Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona
Artículo I: Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece: “Artículo 12. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...”

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de abril de 1996, dispone:

Artículo 10. Derecho a la salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad...

La Ley Estatal de Salud de Jalisco menciona: “Artículo 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.”

Los instrumentos internacionales a que se ha hecho referencia resultan obligatorios para nuestro país, conforme a lo que se establece en el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el presente caso no se cumplió con el derecho a la protección de la salud, debido a que (agraviado) tuvo que esperar varias horas para ser valorado y posteriormente atendido, sin recibir los cuidados debidos.

El artículo 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. En el presente caso, el personal de los SMMSPT que atendió (agraviado), lamentablemente no lo hizo con los cuidados adecuados, pues la excesiva demora en su atención obligó a que fuera derivado a una clínica privada por iniciativa de sus familiares, donde se le otorgó atención médica básica de urgencia y fue regresado a la clínica de los SMMSPT. Las deficiencias en el área de urgencias impidieron garantizar plenamente el derecho a la protección de la salud, lo que implica responsabilidad, con base en la siguiente normativa:

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y sin perjuicio de sus derechos y obligaciones laborales, tendrá las siguientes obligaciones:

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

Lo establecido en la Ley General de Víctimas sirve de sustento para el presente caso, la cual al ser reformada el 3 de mayo de 2013, dicta:

Artículo 1. La presente Ley general es de orden público, de interés social y observancia en todo el territorio nacional, en términos de lo dispuesto por los artículos 1o., párrafo tercero, 17, y 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Tratados Internacionales celebrados y ratificados por el Estado Mexicano, y otras leyes en materia de víctimas.

En las normas que protejan a víctimas en las leyes expedidas por el Congreso, se aplicará siempre la que más favorezca a la persona.

La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral.

La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante.

Artículo 2. El objeto de esta Ley es:

- I. Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, en especial el derecho a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, debida diligencia y todos los demás derechos consagrados en ella, en la Constitución, en los Tratados Internacionales de derechos humanos de los que el Estado Mexicano es Parte y demás instrumentos de derechos humanos;
- II. Establecer y coordinar las acciones y medidas necesarias para promover, respetar, proteger, garantizar y permitir el ejercicio efectivo de los derechos de las víctimas; así como implementar los mecanismos para que todas las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias cumplan con sus obligaciones de prevenir, investigar, sancionar y lograr la reparación integral;
- III. Garantizar un efectivo ejercicio del derecho de las víctimas a la justicia en estricto cumplimiento de las reglas del debido proceso;
- IV. Establecer los deberes y obligaciones específicos a cargo de las autoridades y de todo aquel que intervenga en los procedimientos relacionados con las víctimas;
- V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 3. Esta Ley se interpretará de conformidad con la Constitución y con los Tratados Internacionales favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de los derechos de las personas.

Artículo 4. Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea Parte.

Son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

Son víctimas potenciales las personas físicas cuya integridad física o derechos peligren por prestar asistencia a la víctima ya sea por impedir o detener la violación de derechos o la comisión de un delito.

La calidad de víctimas se adquiere con la acreditación del daño o menoscabo de los derechos en los términos establecidos en la presente Ley, con independencia de que se identifique, aprehenda, o condene al responsable del daño o de que la víctima participe en algún procedimiento judicial o administrativo.

[...]

Artículo 5. Los mecanismos, medidas y procedimientos establecidos en esta Ley, serán diseñados, implementados y evaluados aplicando los principios siguientes:

Dignidad.- La dignidad humana es un valor, principio y derecho fundamental base y condición de todos los demás. Implica la comprensión de la persona como titular y sujeto de derechos y a no ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o de los particulares.

En virtud de la dignidad humana de la víctima, todas las autoridades del Estado están obligadas en todo momento a respetar su autonomía, a considerarla y tratarla como fin de su actuación. Igualmente, todas las autoridades del Estado están obligadas a garantizar que no se vea disminuido el mínimo existencial al que la víctima tiene derecho, ni sea afectado el núcleo esencial de sus derechos.

[...]

Buena fe.- Las autoridades presumirán la buena fe de las víctimas. Los servidores públicos que intervengan con motivo del ejercicio de derechos de las víctimas no deberán criminalizarla o responsabilizarla por su situación de víctima y deberán brindarle los servicios de ayuda, atención y asistencia desde el momento en que lo requiera, así como respetar y permitir el ejercicio efectivo de sus derechos.

Complementariedad.- Los mecanismos, medidas y procedimientos contemplados en esta Ley, en especial los relacionados con la de asistencia, ayuda, protección, atención y reparación integral a las víctimas, deberán realizarse de manera armónica, eficaz y eficiente entendiéndose siempre como complementarias y no excluyentes.

Tanto las reparaciones individuales, administrativas o judiciales, como las reparaciones colectivas deben ser complementarias para alcanzar la integralidad que busca la reparación.

Debida diligencia.- El Estado deberá realizar todas las actuaciones necesarias dentro de un tiempo razonable para lograr el objeto de esta Ley, en especial la prevención, ayuda, atención, asistencia, derecho a la verdad, justicia y reparación integral a fin de que la víctima sea tratada y considerada como sujeto titular de derecho.

El Estado deberá remover los obstáculos que impidan el acceso real y efectivo de las víctimas a las medidas reguladas por la presente Ley, realizar prioritariamente acciones encaminadas al fortalecimiento de sus derechos, contribuir a su recuperación como sujetos en ejercicio pleno de sus derechos y deberes, así como evaluar permanentemente el impacto de las acciones que se implementen a favor de las víctimas.

Enfoque diferencial y especializado.- Esta Ley reconoce la existencia de grupos de población con características particulares o con mayor situación de vulnerabilidad en razón de su edad, género, preferencia u orientación sexual, etnia, condición de discapacidad y otros, en consecuencia, se reconoce que ciertos daños requieren de una atención especializada que responda a las particularidades y grado de vulnerabilidad de las víctimas.

Las autoridades que deban aplicar esta Ley ofrecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantías especiales y medidas de protección a los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos, como niñas y niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, migrantes, miembros de pueblos indígenas, personas defensoras de derechos humanos, periodistas y personas en situación de desplazamiento interno. En todo momento se reconocerá el interés superior del menor.

[...]

No criminalización.- Las autoridades no deberán agravar el sufrimiento de la víctima ni tratarla en ningún caso como sospechosa o responsable de la comisión de los hechos que denuncie.

[...]

Trato preferente.- Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de garantizar el trato digno y preferente a las víctimas.

Artículo 6. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

[...]

XIX. Violación de derechos humanos: Todo acto u omisión que afecte los derechos humanos reconocidos en la Constitución o en los Tratados Internacionales, cuando el agente sea servidor público en el ejercicio de sus funciones o atribuciones o un particular que ejerza funciones públicas. También se considera violación de derechos humanos cuando la acción u omisión referida sea realizada por un

particular instigado o autorizado, explícita o implícitamente por un servidor público, o cuando actúe con aquiescencia o colaboración de un servidor público.

XVI. Sistema: Sistema Nacional de Atención a Víctimas;

XVII. Víctima: Persona física que directa o indirectamente ha sufrido daño o el menoscabo de sus derechos producto de una violación de derechos humanos o de la comisión de un delito;

XVIII. Víctima potencial: Las personas físicas cuya integridad física o derechos peligran por prestar asistencia a la víctima ya sea por impedir o detener la violación de derechos o la comisión de un delito;

XIX. Violación de derechos humanos: Todo acto u omisión que afecte los derechos humanos reconocidos en la Constitución o en los Tratados Internacionales, cuando el agente sea servidor público en el ejercicio de sus funciones o atribuciones o un particular que ejerza funciones públicas. También se considera violación de derechos humanos cuando la acción u omisión referida sea realizada por un particular instigado o autorizado, explícita o implícitamente por un servidor público, o cuando actúe con aquiescencia o colaboración de un servidor público.

Artículo 7. Los derechos de las víctimas que prevé la presente Ley son de carácter enunciativo y deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, los tratados y las leyes aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de sus derechos.

Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

I. A una investigación pronta y eficaz que lleve, en su caso, a la identificación y enjuiciamiento de los responsables de violaciones al Derecho Internacional de los derechos humanos, y a su reparación integral;

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

III. A conocer la verdad de lo ocurrido acerca de los hechos en que le fueron violados sus derechos humanos para lo cual la autoridad deberá informar los resultados de las investigaciones;

Artículo 26. Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

Artículo 27. Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral comprenderá:

I. La restitución busca devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o a la violación de sus derechos humanos;

II. La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos;

- III. La compensación ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos;
- IV. La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas;
- V. Las medidas de no repetición buscan que el hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir;

La Asamblea General de la ONU, en su resolución 60/147, del 16 de diciembre de 2005, en la que aprobó los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales,⁴ definió a la víctima de la siguiente manera:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización.

Una persona será considerada víctima con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

Dentro de un Estado que se precia de ser democrático, como el nuestro, el ciudadano se encuentra protegido no sólo por un marco de leyes al que están sujetos tanto las autoridades como los particulares, cuya finalidad, además de favorecer la convivencia pacífica entre sus integrantes, es garantizar el pleno desarrollo del ser humano, sino por la certeza de que tanto su persona como su patrimonio personal y sus derechos se encuentran salvaguardados por las autoridades que lo representan.

⁴En esta resolución se establece como compromiso internacional de todos los Estados miembros de la ONU el reconocer y respetar el derecho de las víctimas a interponer recursos y obtener reparaciones.

Toda víctima de violaciones de derechos humanos debe ser atendida con base en diversos principios, que de acuerdo con la doctrina de los derechos humanos y el derecho consuetudinario internacional, incluyen, entre otros:

I. Los conocidos como Principios de Joinet, presentados en el informe de 1997 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU. Sobre la cuestión de la impunidad, Louis Joinet, destacado jurista, estableció como derechos elementales de cualquier víctima de abuso de poder:

El derecho a saber. Es la prerrogativa inalienable de la víctima a conocer la verdad sobre las violaciones de derechos humanos ocurridas.

El derecho a la justicia. Consiste en que se integre y resuelva, por parte de un tribunal o instancia competente, sobre los derechos que se han vulnerado, los agentes involucrados y las sanciones que correspondan.

El derecho a obtener reparación. Contiene principios sobre los procedimientos de reparación y el ámbito de aplicación de este derecho y garantías para la no repetición de las violaciones.

De lo antes señalado se advierte que los médicos Víctor Hugo Martínez Loera y Roberto Arturo Carvajal Contreras violaron el derecho humano a la protección de la salud, tutelado tanto en el sistema jurídico mexicano como en instrumentos internacionales, A continuación se define.

Derecho a la protección de la salud

Es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo. El bien jurídico protegido es el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados. El sujeto titular de este derecho es todo ser humano.

La estructura jurídica de este derecho implica una permisión para el titular, quien tiene la libertad de obtener los servicios de asistencia médica, siguiendo los requerimientos establecidos en la ley. Con respecto a los servidores públicos, impone las obligaciones de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios en los términos legales, de realizar la adecuada prestación y, en su

caso, supervisión de éstos y la creación de infraestructura normativa e institucional que se requiera.

Las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido:

En cuanto al acto

El ejercicio de una:

1. Conducta por parte de un servidor público que niegue, impida o interfiera en la posibilidad del individuo de obtener los servicios de salud.
2. Acción u omisión por parte de un servidor público del sector salud que pueda causar, o que efectivamente cause, de manera actual o inminente, una alteración en la salud del individuo.
3. Conducta de acción u omisión que implique la no prestación de los servicios de salud a que tiene derecho el titular o que se le dé una prestación deficiente.
4. Conducta por parte de la autoridad que implique el incumplimiento de la obligación a cargo del Estado de proveer de la infraestructura de servicios de salud más adecuada a las necesidades de la población.
5. Conducta por parte de un servidor público que implique el incumplimiento de la obligación a cargo del Estado de proveer de la infraestructura normativa acorde a la protección, preservación y promoción de la salud.

En cuanto al sujeto

1. Cualquier servidor público en posibilidades de impedir, negar o interferir el acceso a los servicios de salud, pertenezca o no al sector salud.
2. El servidor público perteneciente al sector salud relacionado con la atención médica que se le preste al individuo.

En cuanto al resultado

1. El no funcionamiento fisiológico óptimo de un ciudadano.

El derecho a la protección de la salud encuentra su fundamentación en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el siguiente artículo 4º:

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...

No sólo en la legislación interna se reconocen estos derechos; para el caso que aquí se analiza, también se encuentran previstos en los siguientes instrumentos internacionales:

Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su resolución 217 A (III), en París, Francia, y firmada por México el 10 de diciembre de 1948, que al respecto señala:

Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), el 2 de mayo de 1948, establece lo siguiente: “Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea de la ONU mediante resolución 2200 A (XXI), el 16 de diciembre de 1966, aprobado por el Senado de nuestro país el 18 de diciembre de 1980, ratificado por México el 23 de marzo de 1981, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de ese mismo año, que entró en vigor en México el 23 de junio de 1981, determina lo siguiente:

Artículo 12. 1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

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

[...]

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

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de abril de 1996:

Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad...

Los anteriores instrumentos internacionales son válidos como fuentes del derecho de nuestro país en tanto éste es integrante de la ONU y de la OEA, respectivamente. Los tratados internacionales son ley suprema de la Unión, tal como se establece en los artículos 1º y 133 de nuestra Carta Magna que recientemente han sido modificados como parte de la reforma integral en materia de derechos humanos:

Artículo 1.

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las

condiciones que esta Constitución establece [reformado mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 10 de junio de 2011].

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia [adicionado mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 10 de junio de 2011].

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley [adicionado mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 10 de junio de 2011].

Artículo 133.

Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán Ley Suprema en toda la Unión. Los jueces de cada estado se arreglarán a dicha Constitución, las leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las constituciones o leyes de los Estados.

Por su parte, el artículo 4º de la Constitución Política del Estado de Jalisco complementa y clarifica la recepción y aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en el ámbito interno, ya que de manera literal reconoce como parte del catálogo de derechos los contenidos en los diversos instrumentos internacionales que el gobierno federal haya suscrito y ratificado, tal como se desprende de la siguiente cita:

Artículo 4. [...]

Se reconocen como derechos de los individuos que se encuentren en el territorio del Estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y los tratados, convenciones o acuerdos internacionales que el Gobierno Federal haya firmado o de los que celebre o forme parte.

Los derechos humanos a la protección de la salud y su relación con la legalidad también se encuentran garantizados en la siguiente legislación secundaria:

Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, que establece lo siguiente:

Artículo 1°. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4° 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.

Artículo 2°. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, 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. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud.

Artículo 33. 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;
[...]

Artículo 50. 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.

Artículo 51. 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.

[...]

Artículo 51 Bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Artículo 469. Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, que menciona: “Artículo 48. 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”.

Carta de los Derechos Generales de los (agraviado), presentada en el mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo en la ciudad de México en diciembre de 2001, donde se dan a conocer diferentes ordenamientos jurídicos relativos a la atención médica, como los siguientes:

1. Recibir atención médica adecuada: el (agraviado) tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso: el (agraviado) tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Ley Estatal de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de diciembre de 1986, que establece lo siguiente:

Artículo 2. Son finalidades de la presente ley:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La protección, prolongación, mejoramiento de la calidad de la vida humana y el alivio del dolor evitable;

III. La protección y el enriquecimiento de los valores que coadyuven 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 y restauración de la salud;

V. El acceso a los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente, las necesidades de la población;

VI. El conocimiento de los servicios de salud para su adecuado aprovechamiento y uso;

[...]

Artículo 60. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover la protección o restauración de su salud.

Los sectores público, privado y social contribuirán a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de atención médica.

En los términos que determina la legislación aplicable, es obligatoria la prestación de servicios de atención médica:

I. En el caso de urgencias: entendiéndose por tal, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

Las instituciones públicas, privadas y el sector social están obligadas a otorgar la atención médica de urgencia que requiera un usuario sin importar su situación económica y sin detrimento de la calidad del servicio que se preste. Así mismo quien ostente el título de médico estará obligado en los mismos términos.

La atención médica pre hospitalaria otorgada por el personal de urgencias procurará el control del daño ocasionado al lesionado por accidente o enfermedad de urgencia en el lugar del evento, con el fin de estabilizar el estado general del (agraviado), vinculando su acción con los servicios de urgencia de las instituciones públicas o privadas de salud al que se remita al (agraviado); y

[...]

Artículo 61. Las actividades de atención médica serán:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno y adecuado; y

[...]

Artículo 93. Los usuarios tienen derecho a:

I. Obtener servicios de salud con oportunidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable;

II. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto a la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; y

III. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.

REPARACIÓN DEL DAÑO

Conceptos preliminares

Daño

El concepto de daño tiene su raíz en la palabra latina *damnum*, que significa daño, deterioro, menoscabo, destrucción, ofensa o dolor que se provocan en la persona, cosas o valores morales o sociales de alguien.⁵

Su antecedente en el derecho romano, data del año 287 AC, creado por Aquilo. Consagraba que todo aquel que causara un daño a otro tenía la obligación de repararlo. Dicha propuesta dio origen a una ley que tenía por objeto regular la reparación del daño causado a otro. Su objeto era limitado, puesto que se refería sólo a la obligación personal y objetiva. Se le conoció como *Lex Aquila*.

En cuanto a la garantía de reparación del daño, no sólo de manera personal, sino como un deber de quien ejerce el poder público, como garante de la seguridad de sus pobladores, se puede citar como un antecedente histórico muy valioso el *Código de Hammurabi*, creado entre los años 1792-1750 a.c. está compuesto por 282 leyes que fueron escritas por el rey Hammurabi de Babilonia;⁶ en él se establecía:

23. Si el bandido no es prendido, el señor que ha sido robado declarará oficialmente delante de dios los pormenores de lo perdido; después, la ciudad y el gobernador de cuyo territorio y jurisdicción se cometió el bandidaje, le compensarán por todo lo perdido.

24. Si es una vida [lo que se perdió], la ciudad y el gobernador pesarán una mina de plata y se la entregarán a su gente.

Dicho principio ha sido adoptado y perfeccionado por las legislaciones posteriores, tanto las de tradición latina, tales como el Código Napoleónico, como las de tradición anglosajona.

En el derecho moderno, muchos Estados, al igual que en los instrumentos creados por los organismos internacionales, prevén la reparación del daño no sólo por parte de los particulares, sino del Estado o de quienes fungen como

⁵ Desarrollo Jurídico, Información Jurídica Profesional *Diccionario Jurídico 2000*, México, 2000, y *Diccionario Jurídico Mexicano*, tomo III, 1ª Ed., Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1983, pp. 13-14.

⁶ En la estela encontrada están grabadas las 282 leyes del *Código de Hammurabi*. La estela fue encontrada en Susa, adonde fue llevada como botín de guerra en el año 1200 aC por el rey de Elam Shutruk-Nakhunte. Actualmente se conserva en el Museo de Louvre (París).

titulares del poder. Dicho principio se reconoce, entre otras, en la legislación francesa; española; alemana, japonesa; en la Constitución mexicana y en particular, en la del estado de Jalisco.

La reparación del daño comprende dos premisas fundamentales:

- 1) Todo aquel que cause un daño a otro, tiene la obligación de repararlo; y
- 2) Todo aquel que haya sido víctima, o ha sufrido un daño, tiene el derecho a que se le repare.

En el presente caso se acreditan las dos premisas mencionadas, operando, por tanto, el derecho de los ofendidos, que en este caso son los parientes directos de la víctima, a la reparación del daño, ya que, en primer lugar, el daño causado a (agraviado) es evidente, con base en las documentales que obran en el expediente de queja, de las cuales se desprende que estamos frente a una violación de derechos humanos.

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, y adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*.) En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias que en este caso se dieron, merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad.

En este sentido, es menester considerar que la obligación positiva de proporcionar la asistencia médica necesaria es uno de los principales deberes que el Estado asume como tal. Según el Comité de Derechos Humanos: "... la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad

inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados”.⁷

En el caso que nos ocupa, quedó acreditada la violación del derecho a la protección de la salud en agravio de (agraviado). Como consecuencia de ello, la reparación del daño se convierte en un medio de enmendar simbólicamente a los deudos de una persona que fue víctima de la mala actuación de servidores públicos.

La reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos humanos. Es la justa retribución por el menoscabo sufrido, y esta Comisión Estatal de Derechos Humanos está facultada para solicitarla a favor de las víctimas, de conformidad con el artículo 73 de la Ley que la rige, en cuanto establece:

Artículo 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...

En ocasiones los criterios internacionales rebasan las legislaciones nacionales y locales en esta materia. No obstante, es deber de este organismo promover y evidenciar que la aplicación de los primeros es obligatoria cuando son ratificados por México, de conformidad con los artículos 133 de la Constitución federal y 4º de la Constitución local.

Por ello, considerando que en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos para interpretar sus artículos, y que México ha reconocido su competencia, la interpretación que de ellos hace la Corte es vinculatoria para México y, por ende, para Jalisco. Al respecto, los artículos 62 y 63 establecen lo siguiente:

Artículo 62.

⁷Comité de Derechos Humanos, caso Kelly (Paul) c. Jamaica, párr. 5.7 (1991).

1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención.

[...]

3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia.

Artículo 63.

1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada...

En uso de sus facultades, la Corte ha sentado los siguientes criterios.

Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto 25 de la obra denominada *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II,⁸ que a la letra dice: “Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado incluso una concepción general de derecho, que toda violación de una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...”

En su punto 44 se asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos como, por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, etc. Por ello, la presente sentencia impondrá obligaciones de derecho internacional que no pueden ser modificadas ni suspendidas en su cumplimiento por el Estado obligado, invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

⁸Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law, American University, Washington, 1998, pp. 729 y 731.

El punto 49 establece:

El derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada.

Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional.

La restitución plena del derecho violado (*restitutio in integrum*) es abordada en el punto 26:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución, (*restitutio in integrum*) lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

El punto 27 establece:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de los derechos humanos. El desiderátum es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente, es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados, tal como ocurre en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

Los criterios para la liquidación del lucro cesante y el daño moral se expresan con claridad en el punto 87: “En el presente caso, la Corte ha seguido los precedentes mencionados. Para la indemnización del lucro cesante ha efectuado una apreciación prudente de los daños y para la del daño moral, ha recurrido a los principios de equidad.”

La reparación de las consecuencias de la medida o situaciones que ha configurado la vulneración de derechos se expone en los puntos 5 y 10 del

mismo Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que dicen: “5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes.”

No se puede legítimamente esperar que un tratado de derechos humanos se adapte a las condiciones prevalecientes en cada país, por cuanto debe, *contrario sensu*, tener el efecto de perfeccionar las condiciones de ejercicio de los derechos por él protegidos en el ámbito del derecho interno de los Estados parte.

10... El incumplimiento de las obligaciones convencionales, como se sabe, compromete la responsabilidad internacional del Estado, por actos u omisiones, sea del Poder Ejecutivo, sea del Legislativo, sea del Judicial. En suma, las obligaciones internacionales de protección, que en su amplio alcance vinculan conjuntamente todos los poderes del Estado, comprenden las que se dirigen a cada uno de los derechos protegidos, así como las obligaciones generales adicionales de respetar y garantizar estos últimos, y de adecuar el derecho interno a las normas convencionales de protección tomadas conjuntamente...

El deber de indemnizar se fundamenta, además, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante Resolución 40/34, que señala en los siguientes puntos:

4. Las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional.

[...]

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasioficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados. En los casos en que ya no exista el gobierno bajo cuya autoridad se produjo la acción u omisión victimizadora, el Estado o gobierno sucesor deberá proveer al resarcimiento de las víctimas.

Asimismo, la reparación del daño se fundamenta en el principio general de buena fe al que deben apegarse todos los actos de autoridad, en congruencia con la obligación constitucional y legal de conducirse con la lealtad debida al pueblo, titular originario de la soberanía, en los términos del artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

México, en su proceso de armonización del derecho interno con el internacional, modificó el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco, lo que dio origen a la creación de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios. En esta última se regula respecto de la responsabilidad objetiva y directa del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, quienes serán acreedores a una indemnización conforme a lo señalado en las leyes.

Así, teniendo en consideración todos los hechos, evidencias y razonamientos previamente descritos y relacionados con la violación de derechos humanos en que incurrieron los servidores públicos del nosocomio de la Cruz Verde Marcos Montero, se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que debe tener el Estado para con la sociedad, y con base en los mencionados criterios de derecho federal e internacional y su superioridad jerárquica respecto de la ley local, este organismo considera obligado que dicho ayuntamiento, por sí o por medio de quien sus reglamentos indiquen, indemnice con justicia y equidad a la familia de (agraviado), de conformidad con el artículo 73 de la Ley de la CEDHJ, en relación con los artículos 2º, 161, 1387, 1390, 1391, 1393 y 1396 del Código Civil del Estado, de aplicación supletoria para cuantificar la reparación del daño, así como en el artículo 513, punto 393, de la Ley Federal del Trabajo.

El cumplimiento de esta indemnización tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la falta cometida, aunado al de una exigencia ética y política en el sentido de que el gobierno municipal prevenga tales hechos y combata la impunidad al sancionarlos. No es sólo responsabilidad de los servidores públicos involucrados en violaciones de derechos humanos, sino una responsabilidad directa de la dependencia o institución de su adscripción, que está obligada a brindarles preparación y todos los elementos necesarios para el mejor desempeño de sus labores.

Esta Comisión avala y se respalda en el Dictamen de Responsabilidad Profesional suscrito por la maestra (...), perita médica del área de Medicina, Psicología y Dictaminación, perteneciente a la Dirección de Quejas, Orientación y Seguimiento de este organismo público defensor de derechos humanos, en el cual se considera que a partir del ingreso del (agraviado) al área de urgencias, a las [...] horas, hasta las [...] horas que se decreta su muerte, transcurrió un lapso de aproximadamente cuatro horas, en las cuales la vigilancia estuvo a cargo de personal de enfermería, siendo ésta de forma parcial. A través del registro gráfico obtenido se establece que la valoración de signos vitales de ingreso fue a las [...] horas, y resalta que de las anotaciones que realizan en su hoja de enfermería establecen monitorización continua, que no se efectúa puntualmente, pues no se anotan los intervalos en que deben monitorearse los signos vitales del (agraviado). Sólo se asientan dos registros gráficos, según se observa en la hoja de registro de enfermería contenida en el expediente médico. De esto se evidencia que sólo se hizo el registro gráfico de ingreso, una hora posterior a éste, que dejó al (agraviado) a evolución sin dar continuidad al desarrollo de esta actividad, donde se observa que después de la toma de dextroxtis, realizada alrededor de las [...] horas, no se tomaron signos vitales hasta las [...] horas, diez minutos previos a la defunción del (agraviado). Al desconocer los horarios de las jornadas laborales para cada turno y por la hora del deceso, personal de enfermería del turno [...] jamás describió las condiciones del (agraviado) cuando estuvo bajo su cuidado y vigilancia. En resumen: es evidente que por cerca de dos horas el (agraviado) estuvo sin vigilancia por parte del personal de enfermería, aunado al hecho de que no se realizaron valoraciones médicas posteriores a su ingreso sino hasta cuando cae en paro respiratorio y se requirieron maniobras de resucitación.

En cuanto al retiro del nitroparche, debe considerarse lo siguiente: del expediente médico se desprende la realización de una serie de exámenes de laboratorio el día [...] del mes [...] del año [...], avalados por (...), al encontrarse dentro del legajo que comprende el expediente médico. Dichos exámenes muestran una elevación de las enzimas cardíacas, lo que sugiere una patología cardiológica compatible con infarto agudo al miocardio. El hecho de haber retirado el parche de nitroglicerina al (agraviado) pudo contribuir a agravar sus condiciones clínicas, pues como la literatura especializada lo explica, la nitroglicerina puede producir vasodilatación coronaria y a su vez aumento del flujo coronario y dilatación, sobre todo del territorio venoso. Con esto disminuye la resistencia vascular pulmonar, al igual que la precarga

cardiaca y el consumo miocárdico de oxígeno, lo cual es recomendado en el tratamiento del infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva y edema agudo pulmonar. En el caso presente, el médico que recibió al (agraviado) no advirtió la entidad patológica corroborada paraclínicamente, y al retirar las medidas de soporte y aumentar la precarga, se frenó el incremento de los líquidos que habrían ayudarlo a corregir la presunta deshidratación. Por otra parte, el retiro de la nitroglicerina en parche y el que la especialidad de cardiología no haya solicitado interconsulta para trasladarlo a un segundo o tercer nivel de atención, dio como resultado la defunción del (agraviado).

Sobre el actuar del médico Víctor Hugo Martínez, adscrito al puesto de socorros Cruz Verde Marcos Montero, de San Pedro Tlaquepaque, consistente en la atención brindada al (agraviado) el día [...] del mes [...] del año [...], a las [...] horas, sí se observan conductas de imprudencia y negligencia, al no realizar un adecuado interrogatorio clínico y evaluación física de forma integral del (agraviado), no haber realizado diagnósticos presuntivos acordes a la patología que presentó en su momento, y no haber efectuado una adecuada supervisión médica de urgencias. Tampoco estuvo atento a los resultados de estudios de laboratorio y a la solicitud de interconsultas que le competían para la integración de un diagnóstico etiológico y no presuncional, como el efectuado sin sustento clínico ni de laboratorio.

En lo que corresponde al médico Roberto Arturo Carvajal Contreras, adscrito al puesto de socorros Cruz Verde Tlaquepaque el día [...] del mes [...] del año [...], a partir de las [...] horas, se observan conductas de imprudencia al no ejercer una adecuada vigilancia y una evaluación integral del (agraviado), ni emitir diagnósticos presuntivos acordes a su patología, aunado a que no supervisó de manera profesional el caso que en su momento debió atender con seriedad mediante la vigilancia de los resultados de estudios de laboratorio y la solicitud de interconsultas.

Al analizar la atención que personal de enfermería adscrito al puesto de socorros Cruz Verde Tlaquepaque debió otorgar al caso urgente que se presentó, se desprende que no tomaron en cuenta los procesos señalados, en el registro de actividades de enfermería, ya que no hay registro de signos vitales del (agraviado) de las [...] a las [...] horas, lapso en el que se señala que fue realizada la última valoración diez minutos previos a su defunción, por lo que en su actuar sí se observan conductas de imprudencia y negligencia.

En razón de lo anterior, esta Comisión observa que el expediente clínico de (agraviado) no cuenta con las especificaciones establecidas y algunas notas no cumplen con los requisitos que se mencionan en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico. Se advierte que personal de la unidad médica Cruz Verde Marcos Montero no integró su expediente de acuerdo con los lineamientos señalados. Estas situaciones implican una violación de derechos humanos por parte del personal médico de la Secretaría de Servicios Médicos Municipales, que realizó anotaciones sin firmas, sin nombres, con abuso de abreviaturas, sabiendo además que deben escribir con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras.

En la queja también se involucró a la doctora (...); sin embargo, de la investigación efectuada por este organismo no se advierten elementos de prueba y medios de convicción suficientes que acrediten que hubiese incurrido en alguna violación de derechos humanos con motivo de los hechos que dieron origen a la queja.

IV. CONCLUSIONES

Quedó plenamente acreditado que los médicos Víctor Hugo Martínez Loera y Roberto Arturo Carvajal Contreras, ambos adscritos al área de urgencias, incurrieron, el primero, en imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos; y el segundo solo en imprudencia e inobservancia de reglamentos. De igual manera, las enfermeras Claudia Graciela Vizcarra Aceves prestó una inadecuada y deficiente atención y Natalia Arcelia Triana Cervantes turno [...] y Daniela Elizabeth Mejía Ávalos turno [...], actuaron con negligencia e imprudencia; la trabajadora social Rita Lara Flores trató de obstaculizar la presente investigación, al declarar con falsedad ante este organismo. Todos estos servidores públicos pertenecientes a la Cruz Verde Marcos Montero, dependiente de los Servicios Médicos Municipales de San Pedro Tlaquepaque, vulneraron el derecho a la protección de la salud en agravio de (agraviado), por lo que esta Comisión dicta las siguientes:

Recomendaciones:

Allicenciado Alfredo Barba Mariscal, presidente municipal de San Pedro Tlaquepaque:

Primera. Gire instrucciones al personal que tenga las atribuciones legales suficientes para que inicie, tramite y concluya un procedimiento administrativo en contra de los médicos Víctor Hugo Martínez Loera y Roberto Arturo Carvajal Contreras; las enfermeras Claudia Graciela Vizcarra Aceves, Natalia Arcelia Triana Cervantes y Daniela Elizabeth Mejía Ávalos; y la trabajadora social Rita Lara Flores, todos adscritos a la Cruz Verde Marcos Montero, dependiente de los Servicios Médicos Municipales de San Pedro Tlaquepaque, en el que se consideren las evidencias, razones y fundamentos expuestos en esta resolución para que se determine la responsabilidad que les pueda corresponder por la violación de derechos humanos en que incurrieron. Lo anterior, de conformidad con los artículos 62, 64 y 69 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco. Se hace hincapié en que durante la sustanciación del procedimiento se les debe garantizar su derecho de audiencia y defensa.

Es oportuno señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de derecho la no instauración de los procedimientos tendientes a resolver en torno a la probable responsabilidad de servidores públicos por violaciones de los derechos humanos, así como simularlos o imponer sanciones demasiado leves, contrarias al principio de proporcionalidad, pues con ello se propicia la impunidad, se rompe el principio de legalidad y deja de cumplirse con los fines de la aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que éstas deben ser ejemplares, inhibitorias y educativas.

Segunda. Disponga lo necesario para que se agregue copia de la presente resolución a los expedientes laborales de los médicos Víctor Hugo Martínez Loera y Roberto Arturo Carvajal Contreras; las enfermeras Claudia Graciela Vizcarra Aceves, Natalia Arcelia Triana Cervantes y Daniela Elizabeth Mejía Ávalos; y la trabajadora social Rita Lara Flores, adscritos a la Cruz Verde Marcos Montero, para que quede constancia de la violación de derechos humanos en que incurrieron.

Tercera. Disponga lo necesario para que se realice el pago de la reparación del daño a la familia del (agraviado), con base en los argumentos vertidos en la presente resolución. Lo anterior, de forma directa y como un gesto de verdadera preocupación por las víctimas de la violación de derechos humanos cometida por servidores públicos de esa dependencia.

Cuarta. Disponga lo necesario para que se intensifiquen los programas de capacitación y actualización del personal médico y de enfermería de todos los hospitales de los Servicios Médicos Municipales, con el objetivo de mejorar y apegar las prácticas médicas a la normativa vigente.

Quinta. Exhorte al director de los Servicios Médicos Municipales del municipio para que aperciba al personal médico, técnico y administrativo, de que el llenado e integración del expediente clínico, así como los documentos oficiales de las dependencias médicas, deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien los elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. De igual manera, las notas en el expediente deberán expresarse sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado, tal y como lo dispone la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012.

Sexta. Gire instrucciones al director de Servicios Médicos Municipales para que los médicos, enfermeras generales y enfermeras auxiliares que laboren en una unidad o servicio de urgencias de cualquier establecimiento de atención médica demuestren con documentación idónea que han acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias, con base en la NOM-206-SSA1-2002.

La presente Recomendación se emite con el ánimo de que el Ayuntamiento de San Pedro Tlaquepaque, a través de la Dirección de Servicios Médicos Municipales, cada día preste con mayor calidad y calidez el servicio público encomendado. Por ello sus proposiciones deben ser interpretadas como coadyuvantes en el perfeccionamiento de su función.

Las anteriores recomendaciones son públicas, por lo que esta institución deberá darlas a conocer de inmediato a los medios de comunicación, con base en el artículo 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72 y 77 de la Ley de la Comisión, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que tiene un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se le

notifique, para que se manifieste respecto a la aceptación en cuyo caso, dispondrá de los quince días siguientes para acreditar su cumplimiento.

Doctor Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente