



Queja: 2386/2021-I

Conceptos de violación de derechos humanos:

- **Derecho a la protección de la salud**
- **Derecho a la legalidad y seguridad jurídica**

Autoridad a la que se dirige:

- **Director del OPD Hospital Civil de Guadalajara**

Por la noche del 19 de abril de 2021, una joven acudió al Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde a solicitar atención médica de urgencia para su hermano, a quien trasladaba en silla de ruedas, ya que había presentado convulsiones debido a su deteriorado estado de salud por padecer enfermedad renal crónica en estado avanzado. Sin embargo, a pesar de convulsionar en el área de espera del servicio de urgencias y de solicitar en repetidas ocasiones que se le atendiera, no se le prestó la atención hasta pasada toda la noche, cuando cayó en paro cardio respiratorio. Se documentó que por la mañana de ese día el paciente acudió a consulta al servicio de urología de ese hospital, pero los médicos que lo revisaron no le dieron la debida atención, lo cual, provocó que a las pocas horas su delicado estado se tornara crítico. La investigación que practicó esta defensoría arrojó imprudencia por parte de los médicos de urología, negligencia cometida por una enfermera del área de urgencias por su deficiente atención, así como violaciones a la NOM del expediente clínico cometidas por personal de enfermería





ÍNDICE

I.	ANTECEDENTES Y HECHOS	5
II.	EVIDENCIAS	37
III:	FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN	38
	3.1 <i>Competencia</i>	38
	3.2 <i>Planteamiento inicial del problema</i>	38
	3.3 <i>Hipótesis</i>	39
	3.4. <i>Estándar legal mínimo</i>	39
	3.4.1 Principios que deben guiar a los profesionales de la salud	39
	3.4.2 La vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades crónicas	41
	3.4.3 Principios y directrices que deben guiar a los servidores públicos.	42
	3.4.4 La obligación de garantizar la salud.	43
	3.5 <i>Observaciones y consideraciones del caso en particular</i>	51
	3.6 <i>De los derechos humanos violados</i>	55
	3.6.1 Derecho a la protección de la salud	55
	3.6.2. Derecho a la legalidad y seguridad jurídica por incumplimiento en la función pública	58
IV.	REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO	60
	4.1. <i>Lineamientos para la reparación integral del daño.</i>	60
	4.2 <i>Reconocimiento de la calidad de víctima</i>	62
V.	CONCLUSIONES	63
	5.1 Conclusiones	63
	5.2 <i>Recomendaciones</i>	64
	5.3 <i>Peticiones</i>	67



TABLA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Para facilitar la lectura de esta Recomendación, y con el propósito de salvaguardar la integridad y seguridad personal de la víctima, así como evitar su victimización secundaria, se utilizará la siguiente terminología:

Denominación	Clave
Víctima directa	VD

Asimismo, para facilitar la lectura y comprensión de esta resolución se presentan las siguientes siglas y acrónimos:

Significado	Acrónimo o abreviatura
Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco	CEDHJ
Comisión Interamericana de los Derechos Humanos	CIDH
Corte Interamericana de Derecho Humanos	Corte IDH
Comisión Nacional de Bioética	Conbioetica
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde	HCGFAA
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Desarrollo Social	LGDS
Norma Oficial Mexicana-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM del expediente clínico
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara	OPD HCG



Recomendación 29/2022
Guadalajara, Jalisco, 27 de junio de 2022

Asunto: violación del derecho a la protección de
la salud y a la legalidad y a la seguridad jurídica
Queja No. 2386/2021-I

Director de OPD Hospital Civil de Guadalajara

Síntesis

Un paciente del HCGFAA con enfermedad renal crónica fue llevado en silla de ruedas por su hermana y su madre al servicio de urgencias de esa institución de salud, toda vez que su estado de salud era delicado, al haber sufrido convulsiones y perder fuerza en todo el cuerpo. La enfermera que lo atendió le tomó los signos vitales, pero no le dio ingreso con el argumento que sólo ingresaban a los pacientes de gravedad. No fue sino hasta después de 12 horas cuando se ordenó que lo internaran, pero ello se debió a que VD entró en paro cardiorrespiratorio y requirió maniobras de reanimación.

Del expediente clínico que se elaboró con motivo de los servicios médicos se desprende que por la mañana del día de los hechos acudió al servicio de urología, pero los médicos que le atendieron asentaron en su nota médica y en sus informes que lo encontraron asintomático, versión que resulta ilógica si se considera que a primeras horas del día siguiente el paciente cayó en paro cardiorrespiratorio. Para esta Comisión, la conducta omisiva de los médicos contribuyó a que no accediera a una atención oportuna, con lo que se le negó la posibilidad de que contara con un tratamiento que mejorara su salud.

Luego de las investigaciones se concluyó que los médicos del servicio de urología Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores incurrieron en situaciones de imprudencia, respecto de la atención que proporcionaron a VD el 19 de abril de 2021; y que las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma. del Carmen López Valdez incurrieron en situaciones de negligencia, así como también en incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.



I. ANTECEDENTES Y HECHOS.

1. El 21 de abril de 2021 se recibió la queja que por comparecencia presentó (ELIMIANDO 1), a su favor y de su hermano VD, en contra de una enfermera del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde (HCFAA) que estuvo de guardia en el área de urgencias durante la noche del 19 de abril de 2021, así como de otros servidores que resultaran responsables, con base en los siguientes hechos:

[...]

A mi hermano VD, a partir de hace dos meses, que por motivo de padecer insuficiencia renal crónica, lo dializaron, por ese motivo ha sido atendido medicamente de forma constante en el Viejo Hospital Civil, resulta que el día lunes 19 de abril de 2021, mi hermano presentó una crisis, comenzando a convulsionar, razón por lo que de inmediato acudimos a la sala de Urgencias del Hospital Civil Viejo, siendo aproximadamente las 20:00 horas, al llegar con mi hermano a quien trasladaba en silla de ruedas, ya que por las convulsiones no se podía sostener de pie y ni siquiera sostenía su cabeza; nos recibe una enfermera (ELIMINADO 32), (ELIMINADO 34), de (ELIMINADO 35) de estatura aproximadamente, de (ELIMINADO 23) de edad aproximadamente, complexión regular), quien de manera burlesca y sarcástica nos dijo que tanto yo como mi mamá; “el viene más consiente que ustedes, ustedes están más graves que él, contrólense” refiriéndose a mi hermano y a nosotras, mientras reía, ya que solamente le puso un aparato a mi hermano, en su dedo anular de la mano izquierda, diciendo que tenía “95” y que mi hermano estaba bien, además agregó: “de todos modos no hay camas, si quieren, van a tener que esperar”. Como nosotras sabíamos que mi hermano sí requería de urgencia la atención, esperamos en la sala de espera, pero como él no se podía sostener, lo recostamos sobre el suelo de la sala, frente a otros pacientes y familiares de pacientes; conforme avanzó la noche mi hermano presentó varias crisis de convulsiones, se retorció, y le faltaba aire para respirar, otros pacientes ayudaban a mi hermano mientras presentaba convulsiones, en todo momento se solicitaba la atención para mi hermano, pero nadie lo atendía; siendo las 2:00 horas del día 20 de abril de 2021, la misma enfermera de la que me quejo, salió a la sala de espera, por lo que mi mamá (ELIMINADO 1), se acerca y le pregunta si ya había cama disponible para mi hermano, a lo que la enfermera respondió: “le estamos dando prioridad a los que están llegando de gravedad”. La condición de mi hermano fue empeorando, y mi mamá tuvo contacto con la misma enfermera y con otra enfermera, cuando aparentemente hacían el cambio de turno aproximadamente a las 7:30 horas del 20 de abril, para insistirles que atendieran a mi hermano, ambas refirieron que solo estaban pasando a los pacientes graves y familiares que se encontraban en la sala de espera les gritaban al personal médico y de enfermería que debían atender a mi



hermano, el cual se encontraba aun recostado en el piso de la sala de espera, pero nadie hizo nada en su favor. Aproximadamente a las 8:00 horas mi mamá notó que dejó de moverse, y no se le sentía el pulso ni la respiración, por lo que corrió y gritaba que su hijo se había muerto, fue que de inmediato salieron varios médicos y al ver a mi hermano lo levantaron en peso, mientras un médico le tocó el cuello y dijo: “el muchacho no trae signos vitales, él ya falleció” otro médico dijo que no, por lo que lo pasaron a un cuarto y le dieron electroshock, y lo intubaron. Desde ese momento mi hermano ha estado inconsciente, hemos preguntado con su médico, pero no nos da el diagnostico, solo hoy en la mañana ese médico que desconozco su nombre y su cargo, le dijo a mi mamá que el diagnostico se lo podría dar hasta dentro de 72 horas, además el medico dijo que mi hermano está muy grave y que solo un milagro lo puede salvar. Por lo que pido la intervención de esta Comisión para que investigue al personal del Hospital Civil Viejo que tenga responsabilidad, me reservo el derecho de ampliar mi queja. Es todo lo que deseo manifestar”.

2. El 26 de marzo de 2021 se admitió la queja. Se solicitó al Dr. Rafael Santana, director general del HCGFAA, que identificara al personal médico y de enfermería que había tenido intervención en la atención médica del paciente VD y por su conducto los requiriera para que rindieran el respectivo informe, así como que remitiera copia certificada del expediente clínico del citado paciente.

3. El 25 de mayo de 2021 se recibió el oficio signado por la maestra Rosa Imelda Hernández Muñoz, coordinadora general jurídica del OPD HSCG, mediante el cual remitió copia del expediente clínico [...], formado con motivo de la atención que se brindó al agraviado, del cual, por su relación con los hechos que aquí se investigan, resaltan las siguientes constancias:

a) Lista de problemas del 21 de enero de 2021: Enfermedad renal crónica G5, 2.- Diálisis peritoneal no integrado DPCA. 3.- Hipoplasia renal derecha.

b) Lista de problemas del 9 de marzo de 2021. Enfermedad renal crónica, 2.- síndrome urémico. 3.- Hipoplasia renal derecha.

c) Nefrología nota de egreso del 12 de marzo de 2021, a las 09:26 horas, en la que se anotó como diagnóstico: Insuficiencia renal crónica no especificada. EF: FR 16x´, TA: 126/80, FC 80x´, T: 36.5°C, 08/03/21 20:20 h, paciente que acude por náusea, mareo, edema palpebral, debutante de enfermedad renal crónica por hipoplasia renal derecha, con criterios de diálisis por síndrome urémico, se le propone iniciar con terapia de reemplazo renal, eligiendo diálisis peritoneal. Se repone calcio y se indica transfusión de un paquete globular, se coloca catéter peritoneal, completa 30 recambios. Al evidenciar corrección electrolítica, estado de volumen se decide su egreso, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, se indica necesidad de



integrarse al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Manejo ambulatorio: Eritropoyetina 4000 UI sc, lunes miércoles y viernes. Furosemide 40 mg IV c/8 h, Lactulosa 10 ml VO c/8 h. Mupirocina c/24 hrs, Nifedipino 30 mg VO c/12 h., Enalapril 10 mg VO c/12 h. Próxima cita: 31/03/21, 08:00 h, nefrología. Pronóstico: malo sin integrarse a DPCA. Sello y firma Manuel Arizaga Nápoles. Nefrología.

d) Sistema General de Registro Hospitalario. Nefrología. Fecha de ingreso 31/03/21, 09:52 h, Dx de ingreso: Insuficiencia renal crónica no especificada. Egreso: fecha ilegible, por mejoría. Dx de egreso: enfermedad renal crónica + epididimitis, no especificada. Sello y firma ilegibles.

e) Nefrología nota de reingreso del 31 de marzo de 2021, paciente que debuta con enfermedad renal crónica en enero de 2021, hospitalizado para diálisis peritoneal intermitente egresado por mejoría, actualmente acude a cita de primera vez para DPI, EF: TA 138/85, FC 67x', FR 20x', SAT 98%, extremidades sin edema, fuerza 5/5, ROTS +++/++++
IDx: Enfermedad renal crónica G5 en modalidad diálisis peritoneal intermitente, Hipoplasia renal derecha. Sello y firma, Dr. José David González Barajas. Nefrología. Dra Frida de la Vega residente nefrología.

f) Nefrología nota de egreso del 4 de abril de 2021, Dx: Insuficiencia renal terminal. EF: FR 16x', TA: 132/78, FC 83x', T: 37.5°C, paciente que debuta con enfermedad renal crónica en enero de 2021, hospitalizado y se coloca catéter TNK y se inicia diálisis peritoneal intermitente egresado por mejoría, acude en esta ocasión a su cita 1/3 para DPI. Se encuentra una epididimitis valorado por urología y se inicia manejo antibiótico oral. Problemas clínicos pendientes: Integrarse a programa de DPCA. Protocolo de trasplante renal, cita 2/3 para DPI, monitoreo de presión arterial en casa. Próxima cita: 27 de abril de 2021, nefrología piso 5. Plan y tratamiento: DPI 30 recambios. Eritropoyetina 4000 UI sc, lunes miércoles y viernes. Furosemide 40 mg IV c/8 h, Mupirocina c/24 hrs, Lactulosa 10 ml VO c/8 h. Pronóstico: malo sin integrarse a DPCA. Sello y firma Diaz Villavicencio Bladimir. Nefrología.

g) Nota médica de evolución Urología del 19 de abril de 2021 sin hora. Silla de ruedas. FC 81x', TA 107/51, T 36.6°C, paciente que refiere iniciar con dolor testicular bilateral hace 15 días, refiere que fue valorado por médico y prescribe tratamiento no especificado. Actualmente asintomático. EF prepucio retráctil, uretra central, testes en ambas bolsas escrotales sin alteraciones. Hb 8.1, Htto. 25.6 plaq 135, Leu 7.16, Glu 171, Crea 16.9, Urea 212. Dx: ERC V n diálisis peritoneal. Tratamiento: ninguno. Pronóstico: Reservado. Plan: solicito EGO y urocultivo. GPC: Cenetec. Sello y firma: Dr. Raúl Martín Villa Sánchez, Urología. DGP 11372437. Sello y firma: Dr. Miguel Angel González Flores, Urología. DGP 4012719. Firma: Dr. Delgadillo R-1.

h) Lista de Problemas del 20 de abril de 2021, Enfermedad Renal Crónica grado 5. Pst paro cardiorrespiratorio sec a choque hipovolémico por sangrado de tubo digestivo alto. Hipocalcemia severa. Hiperkalemia severa.

i) Nota médica de Urgencias del 20 de abril de 2021, 11:11 hrs., hora de entrada 20/04/21, 08:00 hrs., se recibe masculino de (ELIMINADO 23) inconsciente, en paro cardiorrespiratorio, se pasa a cubículo de choque, donde se inicia manejo de reanimación cardiovascular básico de 2 ciclos,



cambiando a RCP avanzado, se asegura la vía aérea con tubo 7.5 fr bien abocado a 23 cm de la arcada dental. Se realizan 3 ciclos de los cuales se le administraron 3 dosis de adrenalina, 10 ámpulas de bicarbonato de sodio, 4 gr de gluconato de calcio y solución polarizante, saliendo a retorno circulatorio espontáneo, al monitoreo mostrando datos de taquicardia ventricular con pulso, motivo por el que se le da una dosis de amioderona de 150 mg IV DU, estabilizando el trazo. Se procede a cambiar el tubo orotraqueal ya que el anterior fugaba, se administran 5 mg de midazolam DU y vecuronio 8 mg., bajo videolaringoscopia se procede a cambiar tubo a 8 fr a 23 cm de la arcada dental. Se verifica la ventilación, la cual es buena con mejora de la oximetría de pulso, se da por terminado el procedimiento y se inician cuidados postparo. Sello y firma: Dr. Francisco Javier Guapo Ceja. Urgencias medico quirúrgicas. DGP 8490122.

j) Triage en Urgencias del 19 de abril de 2021, a las 21:05 hrs., EF TA 140/90, FR 20, FC 96 Oxímetro 98% T: 36°C, Escala dolor: mucho. Motivo: disminución de fuerza motriz. Medicamentos actuales: Enalapril, nifedipino, furosmida paracetamol, ketorolaco, destino: zona amarilla. Nombre sin firma: López Valdez Ma. del Carmen.

k) Registro en urgencias. Fecha de ingreso del 20 de abril de 2021 sin hora, turno matutino, vespertino y nocturno: Paro cardiorrespiratorio. Medicamentos utilizados durante el evento. Paciente masc (ELIMINADO 23), Dx IRC aguda, con catéter para diálisis peritoneal, que ingresa a sala choque en paro cardiorrespiratorio, se procede a RCP, logrando estabilizarlo, se coloca en ventilación asistida, presenta en hipotensión arterial, finaliza turno en condiciones graves, hipotenso, disneico, con salida de líquido fétido por SN. Se inició cuidados pos paro. Resto ilegible. Tres nombres de enfermería ilegibles.

4. Al oficio mencionado en el punto anterior, la coordinadora jurídica del OPD HCG anexó el oficio SMHCGFAA/2091/2021, mediante el cual remitió copia del listado del personal médico que atendió al aquí agraviado, así como copia simple del oficio sin número que firmó la enfermera Araceli Cardona García, subjefa de Enfermería T/N, mediante el que informó el nombre del personal que laboró el 19 de abril del 2021 en el Servicio de Urgencias del HCGFAA.

5. El 1 de junio se recibió en Oficialía de Partes de esta Comisión el oficio CGJ UH/6232/2021, signado por la referida coordinadora general jurídica, mediante el que anexó los informes que rindieron el personal de medicina y enfermería involucrados en los hechos que se investigan, los cuales se describen a continuación:

a) Doctora Margarita Ibarra Hernández, médica adscrita al servicio de Nefrología del HCGFAA:

1. La razón de que mi nombre aparece en la lista de médicos que realizan indicaciones en piso 5 cuando el paciente VDVD se encontraba hospitalizado en el mes de abril del



año en curso, es porque existe una lista predeterminada de los médicos a cargo de algún paciente. Pero, NO participé en su atención médica, no tuve la relación profesional médico paciente.

2. Aunque al imprimirse las indicaciones diarias en piso 5 y ante la lista predeterminada de médicos, NO se encuentra ni mi firma, ni anotación alguna en las indicaciones o notas del expediente electrónico o en el impreso en papel.

3. Además, desde el mes de mayo 2020, laboro en las actividades administrativas que realizaba el Jefe de Servicio: Dr. Guillermo García García quien se encuentra en casa por indicación de las autoridades de este nosocomio, al considerarse una persona de riesgo en aso de contraer la infección por COVID-19 en la actual pandemia.

Así las cosas, es claro por lo tanto pertinente de explicar, que las atenciones y servicios que se le dieron al paciente quejoso siempre fueron en forma oportuna, adecuada y obsequiadas de manera diligente, acordes a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se dieron los hechos que se investigan, sin que para ello existe motivo o fundamento legal alguno para que, como se intenta, se me reproche lo estipulado en la infundada queja, pues que como se ha venido manifestando y tal y como consta el quejoso siempre recibió un trato amable y adecuado, respetando indefectiblemente los derechos que como paciente tiene y los fundamentales que como persona poseen.

b) Ramón Medina González, médico adscrito al servicio de Nefrología del HCGFAA:

Es por esa razón que el suscrito manifiesta bajo protesta de decir verdad, que se desempeña como médico adscrito al servicio de nefrología del antiguo hospital civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", las funciones son tanto asistenciales con los pacientes como administrativas, es decir, en tratamiento y atención médica de los pacientes, así como supervisión de los médicos en formación, fue en dicho hospital donde el paciente VD fue hospitalizado en el servicio de nefrología el día 20 de abril del 2021, a las 19:28 horas, la única intervención del suscrito en el caso fue el día 21 de abril de 2021, durante el pase de visita matutino, cabe señalar que, el suscrito no intervino en algún acto médico o quirúrgico, mis actividades fueron de supervisión y seguimiento de la evolución del paciente solamente, quien en ese momento contaba con el siguiente diagnóstico:

- 1.- Enfermedad renal crónica grado 5 en diálisis peritoneal
- 2.- Post paro cardiorrespiratorio con ventilación mecánica invasiva
- 3.- Choque mixto (séptico y hemorrágico)
- 4.- Hiperkalemia severa
- 5.- Hipocalcemia



- 6.- Anemia normocítica normocromica
- 7.- Sangrado de tubo digestivo alto

Se continuó manejo con sedación con infusión de midazolam y analgesia con buprenorfina, omeprazol en impregnación e infusión continua, transfusión de concentrados eritrocitarios, aminas vaso activas, reposición intravenosa aguda y de mantenimiento con infusión de gluconato de calcio, medidas antihiperkalemia y diálisis peritoneal.

Para un mejor entendimiento, me permito incluir bibliografía que sustenta el tratamiento brindado por el suscrito y que evidencia que en ningún momento se vulneraron los derechos humanos del paciente por parte de un servidor.

- 1.- Kraft, et al; Treatment of electrolyte disorders in adult patients in the intensive care unit; Am J Health Syst Pharm; 2005
- 2. Chen, et al; Sepsis guidelines; N Eng J Med; 2019
- 3. Kamboj, et al; Upper gastrointestinal bleeding: etiologies and management; Mayo Clin Proc; 2019

Sin más por el momento, solicito se me tenga dando cabal cumplimiento a lo solicitado por usted mediante el OFICIO CGJ UH/5859/2021.

c) Dra. María de la Luz Alcántar Vallín, médica adscrita al servicio de Nefrología del HCGFAA:

Conozco el caso del paciente VD quien fue hospitalizado en el servicio de nefrología el día 20 de abril del presente a las 19:28 hrs, mi intervención en el caso fue el día 21 de abril de 2021 durante el pase de visita vespertino, donde se realiza la supervisión del manejo ofrecido por los médicos residentes en turno y se realizan ajustes del manejo médico para mantener una atención integral.

El paciente ingresó a nuestro servicio con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con catéter de diálisis peritoneal con síndrome urémico, hiperkalemia e hipocalcemia + sangrado de tubo digestivo alto que condicionó el desarrollo de choque hipovolémico + Post paro cardiorrespiratorio en manejo con Ventilación Mecánica Asistida y probable neumonía a su ingreso al servicio de Nefrología. Mi intervención consistió en supervisar que el paciente recibiera monitorización durante el turno y debido a la hipotensión refractaria, indiqué manejo con vasopresina intravenosa agregándose a la norepinefrina que ya contaba el paciente, además de continuar el manejo definido a su ingreso con la administración de concentrado eritrocitario para mejorar el choque hipovolémico, bomba de omeprazol en infusión para manejo del sangrado de tubo digestivo, medidas antihiperkalémicas y bomba de infusión de gluconato de calcio así



como diálisis peritoneal intermitente para las alteraciones asociadas a la uremia y por sugerencia del servicio de infectología se brindó manejo con antibióticos por el estado de gravedad del paciente ante la sospecha de posible foco neumónico. Además de brindar soporte con sedación y analgesia a base de midazolam y buprenorfina. Durante el turno permaneció hemodinámicamente inestable a pesar del manejo brindado.

[...]"

d) Ana Elisa Oliva Martínez, médica residente de primer año de Nefrología en el HCGFAA:

1. Mi nombre aparece en las indicaciones médicas diarias de todos los pacientes ingresados en el servicio, junto con el resto de residentes y adscritos de este servicio, a pesar de no participar de manera directa sobre las decisiones terapéuticas de los pacientes.

2. El paciente VD, registro número: [...], de (ELIMINADO 23) de edad; acude a este hospital el día 19/04/2021 con diagnóstico de Enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal, es ingresando al servicio de Nefrología el día 20/04/2021 y fallece el día 22 de abril 2021; sin embargo, no tuve participación directa con el paciente, debido a que no estuve presente por no tener guardia durante esos días y tampoco roté en encamamiento durante ese mes.

3. Reviso sistema electrónico de paciente, no teniendo participación alguna durante su ingreso.

4. Reviso expediente físico de paciente en área de archivo, se encuentra mi sello médico en indicaciones médicas del día 01/04/2021 de su ingreso previo; sin embargo, no tuve participación alguna sobre manejo de paciente durante su estancia intrahospitalaria descrita del punto 2, únicamente mi nombre aparece en indicaciones médicas según lo descrito del anteriormente en el punto 1.

e) Alejandro Martínez Gallardo González, residente de Nefrología del HCGFAA:

Envío un cordial saludo y me presento: mi nombre es Alejandro Martínez Gallardo González y actualmente soy residente de segundo año de la especialidad de nefrología en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Respecto a la atención del paciente VD manifiesto lo siguiente: Durante su proceso de ingreso, evolución y defunción no hubo intervención de mi parte, pues no formaba



parte del equipo médico asignado al área que atendió al paciente. Sin más que notificarle agradezco su atención.

f) Dr. Manuel Luis Prieto Magallanes, médico residente en la especialidad de Nefrología en el HCGFAA:

Mi nombre es Manuel Luis Prieto Magallanes, actualmente me encuentro cursando el segundo año de residencia en la especialidad de Nefrología en el Hospital Civil de Guadalajara Unidad Fray Antonio Alcalde teniendo la figura de becario informo lo siguiente respecto a la atención del paciente VDVD manifiesto lo siguiente.

Durante su estancia intrahospitalaria de VD, de (ELIMINADO 23) de edad con registro [...] quien contaba con diagnóstico previo de enfermedad renal crónica grado 5 en tratamiento con diálisis peritoneal y la única participación en su caso fue en un pase de visita en piso de nefrología junto con mis compañeros residentes de primer y tercer año bajo la supervisión de médico adscrito, siendo esto todo lo que deseo manifestar esperando que la información sea de ayuda.

g) Clementina Elizabeth Calderón García, médica residente en la especialidad de Nefrología en el HCGFAA:

Durante la estancia intrahospitalaria del Paciente VD, de (ELIMINADO 23) de edad con registro [...] quien contaba con diagnóstico previo de enfermedad renal crónica grado 5 en tratamiento con diálisis peritoneal, informo que la única vez que vi al paciente fue en un pase de visita en piso de nefrología junto con mis compañeros residentes, residentes de segundo y tercer año todos bajo la supervisión del médico adscrito, siendo esto todo lo que deseo manifestar, esperando que la información sea de ayuda.

h) José Rafael Vega Ramírez, médico residente en la especialidad de Nefrología en el HCGFAA:

En relación con el oficio enviado de su parte OFICIO CGJ/5860/2021. Queja 2386/2021, comentar mi participación en el caso del paciente VD, caso del cual estuve enterado, sin embargo en este mes en base a la distribución de la carga de trabajo de nuestro servicio, me correspondió estar en el servicio de procedimientos, y de parte del servicio de urgencias se nos solicita la valoración para colocar catéter venoso central, debido al uso de medicamentos de alto riesgo como norepinefrina para mejorar su presión arterial, ya que el paciente por mal apego a su tratamiento para enfermedad renal crónica, presentó urgencia dialítica por niveles de potasio muy elevados y deriva en parada cardíaca, tras reanimar al paciente y lograr retorno de la circulación



espontánea, procedemos a colocar dicho catéter el día, 21/04/2021, procedimiento que se realiza con ultrasonido para disminuir el riesgo de complicaciones, se aborda la vena yugular derecha y realizamos el procedimiento sin que se presente ninguna complicación en relación al procedimiento, mi participación aquí fue como ayudante en apoyo a mi colega David González, quien realizó dicho procedimiento. Previa firma de consentimiento informado a los familiares explicando el motivo de la colocación se procede, a realizarlo y al finalizar se dan informes y se notifica que no se tuvieron complicaciones. Posteriormente a pesar de estar enterado de la evolución del caso no tuve nuevamente participación directa en su manejo.

i) Dr. Andrés Aranda G. de Quevedo, médico residente en la especialidad de Nefrología en el HCGFAA:

Durante la estancia intrahospitalaria del paciente VD, paciente de (ELIMINADO 23) con antecedente de importancia de enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal sin haber terminado el protocolo de diálisis en casa (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria), consumo de tabaco y marihuana, quien acude a urgencias en paro cardiorrespiratorio requiriendo maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada logrando devolver circulación espontánea.

Es ingresado a nuestro servicio con los diagnósticos de Falla Orgánica Múltiple, Choque mixto (séptico con foco pulmonar e hipovolémico por sangrado de tubo digestivo), con evolución tórpida a pesar del tratamiento antibiótico, reanimación hídrica y soporte con aminas vasoactivas y ventilación mecánica.

En la hospitalización descrita, mi nombre aparece en las indicaciones médicas diarias ya que por protocolo del servicio de nefrología, se encuentran los nombres de todos los integrantes independientemente de quien en ese periodo de tiempo se encuentre a cargo de los pacientes hospitalizados, sin embargo no participé de manera directa en las decisiones terapéuticas del paciente en cuestión, por lo que no aparece mi firma ni mi sello en ninguna otra parte del expediente.

Extiendo mi informe que describe mi nula participación directa en la terapéutica del paciente VD.

j) Víctor Hugo Luquín Arellano, médico adscrito al servicio de Nefrología del HCGFAA:

El paciente en mención de (ELIMINADO 23) de edad con registro hospitalario Ingresa al Servicio de Nefrología el día 20 abril 2021 y se reporta su defunción el día 22 de abril 2021 a las 01:30 horas. Con los siguientes diagnósticos: Falla Orgánica Múltiple, Choque Séptico de Foco Pulmonar, Choque hipovolémico por Sangrado de Tubo



Digestivo, Enfermedad Renal Crónica Grado 5 en (Diálisis Peritoneal Intermitente) Síndrome Urémico, Hiperkalemia grave.

En lo que respecta a mi persona no atendí al suscrito directa e indirectamente, lo anterior se desprende de las notas en el sistema de expediente electrónico de este nosocomio (ISOFT).

k) José de Jesús Esparza Olivares, adscrito a la Jefatura de Enfermería del HCGFAA:

1) El día 19 de abril de 2021, ingresé a jefatura de enfermería a las 20:00 horas. Posterior fui enviado a supervisión de enfermería donde me asignaron a Urgencias de Adultos, y el jefe de dicha área me comisionó a la sala de choque No. 4 aproximadamente a las 21:30 horas.

2) Como consta en los registros de dicha área, a lo largo del turno desempeñé mis actividades solo y exclusivamente en el área de choque No. 4. Donde dediqué enteramente mi atención a un paciente femenino geriátrico.

3) Hice entrega de turno el día 20 de abril de 2021 aproximadamente a las 07:05 horas, firmando mi salida en checador a las 7:30 horas.

Derivado de lo anterior puedo afirmar que en ningún momento tuve interacción alguna con el paciente VD, ni colaboré en Triage o área alguna donde involucrara la atención hospitalaria del quejoso.

l) Marcela Plascencia Cruz, médica residente en la especialidad de Nefrología HCGFAA:

Mi nombre es Marcela Plascencia Cruz, actualmente me encuentro cursando el segundo año de residencia en la especialidad de Nefrología en el Hospital Civil de Guadalajara Unidad Fray Antonio Alcalde.

Respecto a la atención de mi parte hacia el paciente VD manifiesto lo siguiente:

Durante su ingreso al servicio de nefrología, su evolución intrahospitalaria y durante su defunción yo no me encontraba dentro de turno laboral, por lo tanto desconozco lo relacionado a la atención de dicho paciente.

m) Martha Cecilia Ruvalcaba Ramírez, enfermera adscrita al servicio de Urgencia Adultos del HCGFAA:



Por medio de la presente le mando un cordial saludo, a la vez le adjunto mi informe. Por medio de la presente le informo la contestación derivada de la queja emitida por la comisión estatal de derechos humanos del estado de Jalisco número: 2386/2021.

De acuerdo a los hechos del día 19 de abril del 2021, mi servicio designado de acuerdo al rol de servicios, del área de urgencias turno nocturno del hospital civil Fray Antonio Alcalde fue el área de procedimientos, (se anexo rol), por lo cual no tuve contacto alguno con el paciente de nombre VD. Quedando a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

n) José David González Barajas, médico adscrito al servicio de Nefrología del HCGFAA:

Mi nombre es José David González Barajas, actualmente me encuentro cursando el primer año de residencia en la especialidad de Nefrología en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Respecto a la atención al paciente VD manifiesto lo siguiente:

Durante su estancia a cargo de nefrología me encontraba rotando en la clínica de procedimientos, donde se solicitó la colocación de acceso venoso central por la presencia de inestabilidad hemodinámica y asegurar la administración de apoyo vasopresor. Dicho procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones al concluir se anexó nota del procedimiento a expediente electrónico además de esa participación no colaboré en otras atenciones al paciente VD.

ñ) Juan Alberto Gómez Fregoso, médico residente al servicio de Nefrología del HCGFAA:

Mi nombre es Juan Alberto Gómez Fregoso, actualmente me encuentro cursando el tercer año de residencia en la especialidad de Nefrología en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Respecto a la atención al paciente VD manifiesto lo siguiente:

Desde el ingreso del paciente VD al servicio de nefrología, durante su evolución intrahospitalaria y defunción yo no me encontraba dentro de turno laboral, por lo tanto desconozco los detalles relacionados a la atención de dicho paciente.



o) Manuel Arizaga Nápoles, médico adscrito al servicio de Nefrología del HCGFAA:

Mi nombre es Manuel Arizaga Nápoles, actualmente me encuentro cursando el primer año de residencia en la especialidad de Nefrología en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Respecto a la atención al paciente VD manifiesto lo siguiente:

Desde el ingreso del paciente VD al servicio de nefrología, durante su evolución intrahospitalaria y defunción yo no me encontraba dentro de turno laboral, por lo tanto, desconozco los detalles relacionados a la atención de dicho paciente.

p) Dr. Jorge Isaac Michel González, médico adscrito al servicio de Nefrología del HCGFAA:

Mi nombre es Jorge Isaac Michel González, soy médico especialista en Medicina Interna con [...] y cédula de especialidad [...]. Soy residente de tercer año en la sub especialidad de Nefrología en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Durante la estancia Intrahospitalaria del paciente VD, paciente de (ELIMINADO 23) con antecedente de importancia de enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal sin haber terminado el protocolo de diálisis en casa (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria), consumo de tabaco y marihuana, quien acude a urgencias en paro cardiorrespiratorio requiriendo maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada logrando devolver circulación espontanea.

Es ingresado a nuestro servicio con los diagnósticos de Falla Orgánica Múltiple, Choque mixto (séptico con foco pulmonar e hipovolémico por sangrado de tubo digestivo), con evolución tórpida a pesar del tratamiento antibiótico, reanimación hídrica y soporte con aminas vasoactivas y ventilación mecánica.

En la hospitalización descrita, mi nombre aparece en las indicaciones médicas diarias ya que por protocolo el servicio de nefrología, se encuentran los nombres de todos los integrantes independientemente de quien en ese periodo de tiempo se encuentre a cargo de los pacientes hospitalizados, sin embargo, no participe de manera directa en las decisiones terapéuticas del paciente en cuestión, por lo que no aparece mi firma ni mi sello en ninguna otra parte del expediente.

Extiendo mi informe que describe mi nula participación directa en la terapéutica de paciente (ELIMINADO 1).



q) Alexia Carolina Romero Muñoz, médica residente del servicio de Nefrología del HCGFAA:

Mi nombre es Alexia Carolina Romero Muñoz, actualmente me encuentro cursando el segundo año de residencia en la especialidad de Nefrología en el Hospital Civil de Guadalajara Unidad Fray Antonio Alcalde.

Respecto a la atención de mi parte hacia el paciente VD manifiesto lo siguiente:

Durante su ingreso al servicio de nefrología, su evolución intrahospitalaria y durante su defunción yo no me encontraba dentro de turno laboral, por lo tanto desconozco lo relacionado a la atención de dicho paciente.

r) Dr. Fidel Ramos Avellaneda, médico residente del servicio de Nefrología del HCGFAA:

Mi nombre es Fidel Ramos Avellaneda, soy médico residente de tercer año y cédula profesional DGP 11816936. Soy residente de tercer año en la sub especialidad de Nefrología en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Durante la estancia Intrahospitalaria del paciente VD, paciente de (ELIMINADO 23) con antecedente de importancia de enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal sin haber terminado el protocolo de diálisis en casa (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria), consumo de tabaco y marihuana, quien acude a urgencias en paro cardiorrespiratorio requiriendo maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada logrando devolver circulación espontanea.

Es ingresado a nuestro servicio con los diagnósticos de Falla Orgánica Múltiple, Choque mixto (séptico con foco pulmonar e hipovolémico por sangrado de tubo digestivo), con evolución tórpida a pesar del tratamiento antibiótico, reanimación hídrica y soporte con aminas vasoactivas y ventilación mecánica.

En la hospitalización descrita, mi nombre aparece en las indicaciones médicas diarias ya que, por protocolo del servicio de nefrología, se encuentran los nombres de todos los integrantes independientemente de quien en ese periodo de tiempo se encuentre a cargo de los pacientes hospitalizados, sin embargo, no participe de manera directa en las decisiones terapéuticas del paciente en cuestión, por lo que no aparece mi firma ni mi sello en ninguna otra parte del expediente.

Extiendo mi informe que describe mi nula participación directa en la terapéutica del paciente VD.



s) Dr. Bladimir Díaz Villavicencio, médico residente del servicio de Nefrología del HCGFAA:

Respecto al paciente VD quien fue hospitalizado en el servicio de nefrología el día 20 de abril del presente a las 19:28 hrs, mi intervención en el caso fue durante el día 21 de abril de 2021 durante el pase de visita matutino, vespertino y nocturno, bajo la supervisión de los médicos de base, quienes recibimos a paciente trasladado del servicio de urgencias adultos en muy grave estado con los diagnósticos de Enfermedad Renal Crónica con catéter de diálisis peritoneal, síndrome urémico, hiperkalemia grave, hipocalcemia grave, sangrado de tubo digestivo alto que condicionó el desarrollo de choque hipovolémico, además de estado post paro cardiorrespiratorio en manejo con ventilación mecánica asistida y probablemente neumonía por broncoaspiración.

Durante la estancia del paciente y en conjunto con los médicos de base y mis compañeros residentes de primer, segundo y tercer año, quienes formamos parte del equipo clínico a cargo del paciente, se tomaron las siguientes medidas:

- Supervisar que el paciente recibiera la monitorización de signos vitales.
- Vigilar que se tomaran múltiples exámenes de laboratorio de control entre gasometrías venosas, gasometrías arteriales, electrolitos séricos, química sanguínea, biometrías hemáticas, entre otros.
- Continuara con la infusión intravenosa de sedantes y analgesia, en este caso midazolam y buprenorfina, titulándose la dosis hasta lograr adecuado nivel de sedación.
- Ajustar los parámetros del ventilador mecánico más adecuados para la condición del paciente.
- Continuar con la infusión intravenosa de vasopresores para lograr metas de presión arterial, inicialmente con norepinefrina, posteriormente se agregó vasopresina y después hidrocortisona.
- Se evidenció disminución de la hemoglobina, evacuaciones melénicas y vómitos en posos de café, para lo que se administraron líquidos cristaloides balanceados y posteriormente se logró que el banco de sangre nos liberara 3 concentrados eritrocitarios que se administraron de forma continua. Además de iniciar bolo e infusión intravenosa de omeprazol.
- El paciente se encontraba presentando múltiples picos de fiebre para lo que se iniciaron metamizol intravenoso, paracetamol intravenoso y medios físicos, sumado al estado de choque y una procalcitonina positiva en 66.85, se notificó al servicio de infectología de una probable infección de foco pulmonar, con sospecha de broncoaspiración durante el evento de parada cardiaca, y se inició antibioticoterapia de amplio espectro con ceftriaxona y clindamicina intravenosas.
- Se iniciaron medidas antihiperkalemicas y bomba de infusión de gluconato de calcio así como diálisis peritoneal intermitente para las alteraciones asociadas a la uremia.



- El paciente sin presentar adecuada respuesta al manejo brindado, el día 22 de abril de 2021 aproximadamente a 1:30 hrs presentó nuevamente parada cardiaca, se inició de acuerdo a los protocolos internacionales la reanimación cardiopulmonar avanzada durante más de 30 minutos sin éxito, por lo que se declaró su muerte, se notificó a los familiares y se llenaron los documentos oficiales correspondientes.

Como diagnósticos de defunción:

Falla orgánica múltiple secundaria a Estado de choque mixto:

Choque séptico de foco pulmonar secundario a Neumonía por aspiración

Choque hipovolémico por sangrado de tubo digestivo

Enfermedad renal crónica G5 en diálisis peritoneal

Síndrome urémico

Hiperkalemia grave

Anemia GIV OMS

Hipocalcemia grave

Hiperfosfatemia

Acidosis metabólica de anión GAP elevado

Hiperlactatemia

t) Francisco Alejandro Morán Galaviz, enfermero adscrito al servicio de Urgencias Adultos del HCGFAA:

1. El día 19 de abril de 2021 de 2021 ingrese a laborar en mi horario habitual en el turno nocturno en el servicio de urgencias adultos; en horario de 20:00 hrs a 7:30 hrs. Las actividades que realizo con exclusivamente administrativas; por lo que no tengo ningún contacto directo con pacientes.

2. De acuerdo a los registros las labores que desempeñé el día 19 de abril fueron a la administración del personal.

3. Realicé la entrega del turno el 20 de abril aproximadamente a las 7:00 hrs, firmando mi salida en checador a las 7:30 hrs.

Derivado de lo anterior hago constar que en ningún momento tuve interacción alguna con el paciente VD, ni colaboré en ninguna otra área donde se involucrara la atención hospitalaria del quejoso.

Sin más por el momento solicito se establezca que contesto en tiempo y forma el oficio CGJ/ UH / 5862/2021, emitido por el departamento a su cargo.

u) Griselda Berenice Rodríguez Contreras, enfermera adscrita al HCGFAA:

Por medio de la presente me dirijo a usted (es) para manifestar contestación a la queja 2386 que corresponde al C. VD, respecto los hechos narrados el día 19 del año en curso.



Es por lo anterior y bajo protesta de decir verdad, me desempeñé como enfermera del Hospital Civil de Guadalajara, misma que desde que laboro en este nosocomio las llevo con profesionalismo, respeto, humanidad y apego a los protocolos establecidos, así como a los derechos de los pacientes. Al llevar a cabo mis labores en el área denominada como triage, que son las que a continuación describo.

- 1- toma de signos vitales
- 2- exploración e interrogación del paciente
- 3- realización de hoja de registro
- 4- dar conocimiento al médico encargado de los casos

En este paso, es donde el médico toma las decisiones de pasar los pacientes a su lugar asignado (área amarilla, área verde, procedimientos, choque), según la gravedad de su padecimiento.

- 5- retirar artículos personales y ropa del paciente
- 6- colocación de bata y brazalete de identificación
- 7- trasladar a paciente a área asignada

He de manifestar que el día 19 de abril del 2021, recibí el área de triage lugar asignado por el jefe de servicio Francisco Alejandro Moran Galviz aproximadamente a las 20:15 hrs, dándome conocimiento la compañera María del Carmen López Valdez de los pacientes ya revisados los cuales se encuentran en espera de ser ingresados para su tratamiento, así mismo haciendo de su conocimiento al médico encargado del área.

Ya teniendo conocimiento de esto me concentro en seguir con la revisión de los pacientes que siguen llegando a la sala de espera, sin perder de vista a los pacientes que ya están revisados. Siendo aproximadamente las 4:00 hrs del día 20 de abril se acerca al consultorio #3, una señora para preguntarme que si todavía no había espacio para su paciente ya que solo manifiesta que ya está muy cansado, del cual yo pregunto el nombre y se refiere al C. (ELIMINADO 1) de lo cual yo contesto que seguimos sin contar con ello, pero salgo a la sala de espera donde el paciente se encuentra recostado en el piso donde checo nuevamente signos vitales encontrándolos dentro de parámetros normales, y solo manifestando de viva voz que se siente muy cansado y con sueño de igual forma doy aviso a médico encargado.

Al llegar a término de jornada laboral 7:00 hrs se entrega paciente por paciente a enfermera I turno matutino para que esta, este enterada de los casos que quedan pendiente de ser ingresados servicio de urgencias.

v) Alma Georgia Hernández Guevara, enfermera adscrita al HCGFAA:



Me dirijo a usted para expresar mi situación referente a la queja que se me hizo llegar de derechos humanos el día 25/05/21 con número de queja 2386/2021

Donde dicha queja hace mención que se violaron los derechos de atención de un paciente que desconozco quien sea por lo que el día que el refiere yo no tuve contacto con pacientes ese ya que mi función de enfermería es encargada del almacén de urgencias por lo que desconozco la situación que hace mención (ELIMINADO 1) a favor de su hermano. Sin más por el momento agradezco su atención.

w) Paula Salazar Chávez, enfermera adscrita al servicio de jefatura de enfermería del HCGFAA:

Por medio del presente escrito, yo Paula Salazar Chávez, hago constar que el día 19 de abril del año en curso, ingresé al hospital civil Fray Antonio Alcalde, para iniciar mi jornada laboral.

En donde me asignan el área de urgencias adultos como servicio, en el cual inicio mi guardia aproximadamente a las 21:30 hrs. Y es ahí en donde me asignan el área verde, en donde permanezco toda la noche hasta el término de mi jornada laboral, aproximadamente a las 7:10 de la mañana del día 20 de abril del presente año.

Haciendo hincapié que, en ningún momento de mi guardia laboral, tuve contacto con el área de triage de este servicio, en donde se refiere lo ocurrido con el paciente, VD y por lo tanto no tengo conocimiento de quien sea el paciente antes mencionado.

x) José de Jesús Esparza Olivares, enfermero general en el servicio de Urgencias del HCGFAA:

El día 19 de abril de 2021, al iniciar mi jornada laboral a las 21:30 horas, mi jefe inmediato me asigna desempeñar mis labores en el área de urgencias adultos, específicamente en el área de choque, en la cama 4, donde se encontraba una paciente de 69 años en estado crítico, por lo cual, en conjunto con otro enfermero brindamos atención de enfermería a dicha paciente hasta las 7:10 horas de día siguiente. Una vez culmina mi jornada laboral, siendo las 7:30 h, me retiro del hospital, motivo por el que ningún momento tuve contacto con el paciente VD, de tal modo que reitero, no lo vi, no lo conozco y no participé en la atención médica que le fue otorgada en el hospital civil.

En lo antes señalado se encuentran elementos para deslindarme, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención que se brindó al



paciente VD, por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente que no he transgredido derecho humano alguno, toda vez que no le brindé ninguna atención médica; por tal motivo, no se me puede imputar negligencia, error, dolo, mala fe o mala praxis en materia médica, por lo que a estos hechos se refieren.

6. El 22 junio de 2021, se recibió escrito signado por el doctor Andrés Eduardo de la Torre Quiroga, médico adscrito al servicio de Nefrología del HCGFAA, mediante el cual rindió el informe que le solicitó esta Comisión, en el que asentó:

UNICO: La participación del suscrito en la atención otorgada al paciente de nombre VD de (ELIMINADO 23) de edad con registro [...], quien contaba con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica grado 5, post parada cardiorrespiratoria, falla orgánica múltiple, choque séptico, síndrome urémico e hipercalcemia grave. La participación del suscrito consistió en el pase de visita matutino de Nefrología estando bajo supervisión del médico adscrito, encontrando al paciente hemo dinámicamente inestable con apoyo de vasopresores, apoyo de ventilación mecánica invasiva, en tratamiento de soporte renal con diálisis peritoneal. Siendo esta única participación en la atención del paciente antes referido.

7. El 5 de julio de 2021 se solicitó, en segunda ocasión, informe a la médica Frida Margarita de la Vega Méndez.

8. El 30 de septiembre de 2021 se ordenó la apertura del periodo probatorio y se dieron por ciertos los hechos, salvo prueba en contrario, a la médica Frida Margarita de la Vega Méndez.

9. El 21 de octubre de 2021 se recibió el oficio CGJ/UH/11362/2021-I que signó la coordinadora jurídica del OPD HCG, mediante el que anexó el informe rendido por la galena Frida Margarita de la Vega Méndez, el cual lo hizo de la siguiente manera:

Antecedentes

Siendo aproximadamente las 17:00 horas del día martes 20 de abril del año en curso recibí una notificación para acudir al área del servicio médico de urgencias del Hospital para la atención de un paciente de nombre (ELIMINADO 1), el cual se encontraba en sala de choque en estado muy crítico con intubación orotraqueal, manejo con ventilación mecánica invasiva y soporte con animas, me informaron de manera verbal



que el paciente en cuestión había caído en paro cardiorrespiratorio en dos ocasiones sucesivas y en ambas con requerimiento de maniobras de resucitación avanzada administradas por el personal del servicio de urgencias horas previas a que se solicitará la valoración por el servicio de nefrología.

Motivación de acciones medicas realizadas

Por lo anterior se inició de inmediato manejo con bomba de infusión de calcio por hipocalcemia severa, se ajustó tratamiento con norepinefrina, se realizaron acciones antihiperkalemicas, se administró paquete globular por choque hipovolémico secundario a sangrado de tubo digestivo, se inició inhibidor de bomba de protones, de inmediato se administró analgesia y sedación, el paciente ya contaba con catéter de diálisis peritoneal por lo que se procedió a conectar a cicladora de manera urgente por cumplir con criterios de urgencia dialítica y se le ingresó el día 20 de abril a las 19:28 con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con catéter de diálisis peritoneal con síndrome urémico, hiperkalemia e hipocalcemia + sangrado de tubo digestivo alto que condicionó el desarrollo de choque hipovolémico + Post paro cardiorrespiratorio en manejo con Ventilación Mecánica Asistida. Durante la noche de ese mismo día y madrugada del siguiente día el paciente continuó recibiendo atención médica y vigilancia estrecha por inestabilidad hemodinámica en condiciones graves con aumento de requerimiento de vasopresores.

10. El 30 de noviembre de 2021 se ordenó requerir de informe a la y los médicos María del Carmen López Valdez, Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores, quienes no habían sido enlistados en la información remitida por la coordinadora jurídica del OPD HCG, pero se detectó en el expediente clínico su participación en los hechos que motivaron esta inconformidad.

11. El 30 de noviembre, se solicitó la realización de un dictamen de responsabilidad profesional respecto de los hechos que dieron origen a esta queja.

12. El 3 de enero de 2022 se recibió el oficio CGJ UH/13734/2021 que suscribió la coordinadora jurídica del OPD HCG, por el que remitió los informes de la enfermera María del Carmen López Valdez, de los médicos Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores, residente y médico adscrito, respectivamente, ambos del servicio de Urología, todos del HCGFAA, quienes informaron lo siguiente:

a) María del Carmen López Valdez:



...auxiliar de enfermería, de base en el servicio de urgencias adultos, el 19 de abril 2021, 21:05 hrs., diagnóstico mencionado. Signos vitales estables, sin perder de vista los demás pacientes, se informa médico de Triage en todo momento, reviso pacientes, se entrega turno 07:00 hrs el 20 de abril 2021, sin espacio disponible.

A su escrito, la enfermera de referencia remitió una impresión de una lista de personas, al parecer pacientes, fechada el 19 de abril 2021, manuscrita en tinta roja y negra, sin que aparezca el nombre del agraviado.

b) Dr. Raúl Martín Villa Sánchez:

[...]

1. La razón de que mi nombre aparece en el expediente clínico, es porque el día lunes 19 de abril del 2021, dentro de mis actividades diarias, doy atención de consulta externa del servicio de Urología, esto con horarios de atención de las 10 de la mañana hasta aproximadamente a la 1 de la tarde, es visto y valorado, en dicho horario, por dolor testicular crónico y que ese día se encontraba asintomático.
2. De acuerdo con la queja, la noche del mismo día 19 de abril del presente año, en donde recibe atención de urgencias adultos yo no estaba laborando en el Hospital, ni vi ni atendí a dicho paciente en el servicio de urgencias adultos.

[...]

c) Dr. Miguel Ángel González Flores:

[...]

1. La razón de que mi nombre aparece en el expediente clínico, es porque el día lunes 19 de abril del 2021, dentro de mis actividades de los días lunes, yo soy el responsable de atención de consulta externa del servicio de Urología, esto con horarios de atención desde las 10 de la mañana hasta aproximadamente a la 1 de la tarde, es visto y valorado, en dicho horario, por dolor testicular crónico y que ese día se encontraba asintomático.
2. Mi horario laboral es de lunes a viernes de las 7 am a la 2:30 pm.
3. De acuerdo con la queja, la noche del mismo día 19 de abril del presente año, en donde recibe atención de urgencias adultos yo ya no estaba laborando en el Hospital, ni vi ni atendí a dicho paciente en el servicio de urgencias adultos.

[...]



13. El 2 de febrero de 2022 se tuvo por recibió el dictamen de responsabilidad emitido por el perito Ricardo Tejeda Cueto, integrante de la lista oficial de peritos auxiliares en la Administración de Justicia del Consejo de la Judicatura del Estado de Jalisco, por el que destaca la siguiente información:

[...]

ANALISIS.

El paciente (ELIMINADO 1), de (ELIMINADO 23) de edad, falleció después de transcurrir aproximadamente 52 horas desde que se presentó al área de urgencias del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde y haber transcurrido 12 horas sin ser hospitalizado, al permanecer en el piso de la sala de espera del área de urgencias, donde presentó varias crisis convulsivas. Aparentemente, los antecedentes médicos que presentaba el paciente no fueron tomados en consideración en la atención que recibió por parte del personal de enfermería.

Se debe recalcar que el paciente contaba con historial de Enfermedad Renal Crónica Grado 5 secundaria a Hipoplasia renal derecha desde enero de 2021, en tratamiento por parte del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde a base de Diálisis peritoneal y que contaba con cita para el 27 de abril de 2021. Sin embargo, acudió ocho días antes de esa fecha, el 19 de abril de 2021, a consulta externa de urología, con Raúl Martín Villa Sánchez, residente y Miguel Ángel González Flores, especialista responsable de consulta externa de Urología, ambos refieren en su informe que entre las 10 y las 13:00 hrs, el paciente es visto y valorado por dolor testicular crónico y que ese día se encontraba asintomático y que de acuerdo con la queja, ese mismo día en la noche recibe atención de urgencias adultos, donde ya no lo vieron ni lo atendieron.

Menos de 24 horas después de la consulta, el paciente cayó en paro cardiorrespiratorio, con diagnósticos de Enfermedad renal crónica G5 en diálisis peritoneal, Síndrome urémico, Hiperkalemia grave, Anemia, Hipocalcemia grave, Hiperfosfatemia, Acidosis metabólica de anión GAP elevado, Hiperlactatemia, además de integrarse Falla orgánica múltiple secundaria a Estado de choque mixto, Choque séptico de foco pulmonar secundario a Neumonía por aspiración, Choque hipovolémico por sangrado de tubo digestivo. Algunos de los síntomas/signos de uremia avanzada comprenden anorexia, pérdida de peso, disnea, fatiga, prurito, alteraciones del sueño y el gusto y confusión, además de otras modalidades de encefalopatía, resultando difícil de explicar cómo fue que en la atención proporcionada en consulta externa de urología no se percataron de ningún signo de alarma que permitiera una mejor atención al paciente, ni considerarlo como alto riesgo para su temprana hospitalización y evaluación diagnóstica; antes todo lo contrario, fue considerado como asintomático y no se le



otorga ninguno tratamiento y con Pronóstico Reservado. Lo más probable es que el paciente no se encontraba asintomático, ya que a su ingreso a Urgencias adultos, hacia las 21:05 hrs la enfermera López Valdez Ma del Carmen según anotó en el expediente clínico: *“por disminución de fuerza motriz. Escala dolor: mucho. Destino: zona amarilla”* (zona para pacientes cuya situación es para hospitalización). La enfermera no puntualiza más seguimiento del paciente. En Foja 103, esta nota aparece con su nombre sin firma. En el Informe rendido por la enfermera a esta Comisión, refiere la revisión del paciente, sin perder de vista los demás pacientes, añadiendo que informó al médico de Triage, en todo momento, sin mencionar su identidad, por lo que se ignora a que médico se refiere. Entrega turno a las 07:00 hrs del 20 de abril 2021, sin espacio disponible. Proporciona a esta Comisión una lista manuscrita en tinta roja y negra, con el nombre de 11 pacientes fechada el 19 de abril 2021, en la que no se encuentra nuestro paciente. Incurrir en incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012-del-expediente-clinico, donde se advierte que la Hoja de enfermería deberá contener Identificación del paciente, hábitos exterior y gráfica de signos vitales, entre otros.

De la misma forma, el expediente no cuenta con datos que refieran atención médica de ningún tipo para el paciente en el área de urgencias, pese a que experimentó crisis convulsivas, según la queja presentada. La siguiente nota del expediente fue con fecha 20/04/21, 08:00 hrs., ubicando al paciente en cubículo de choque, inconsciente, en paro cardiorrespiratorio, el cual fue resuelto por el Dr. Francisco Javier Guapo Ceja. La Dra. Frida Margarita De La Vega Méndez, informa que a las 17:00 horas del 20 de abril, en sala de choque acude para la atención del paciente, con diagnósticos de Enfermedad Renal Crónica, síndrome urémico, hiperkalemia e hipocalcemia + sangrado de tubo digestivo alto que condicionó el desarrollo de choque hipovolémico + Post paro cardiorrespiratorio. El Dr. Bladimir Díaz Villavicencio, médico adscrito al servicio de Nefrología, informa que, sin presentar adecuada respuesta al manejo brindado, el día 22 de abril de 2021 a las 01:30 hrs el paciente presentó nuevamente parada cardiaca, se inició la reanimación cardiopulmonar avanzada durante más de 30 minutos sin éxito, por lo que se declaró su muerte.

Es necesario acotar que la enfermería juega un papel muy importante en la seguridad del paciente, ya que es la proveedora de cuidados generales y específicos y tiene que prever la protección del enfermo en todos los aspectos (artículo 51 de la Ley General de Salud). El profesional de la enfermería no debe negarse a otorgar la atención, sin olvidar que debe de proporcionarla de acuerdo a su nivel de competencia. Desde el punto de vista forense los registros en enfermería son obligatorios y deben hacerse con claridad, veracidad y oportunidad, observando en su elaboración y manejo todos los elementos y obligaciones asistenciales, administrativas y éticas, situaciones no cumplimentadas en este caso específico. (Ficha bibliográfica 2).

Respecto de la atención recibida por VD por el servicio de enfermería el 19 de abril de 2021, en el área de urgencias, a todas luces deficiente, debemos tomar en cuenta la



definición de Enfermería como ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes. Urgencia se define como todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata, puntualizando en que se debe asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia (Ficha bibliográfica 1).

En este caso, a la revisión de una hoja de SERVICIO PÚBLICO EN GENERAL del Hospital Civil de Guadalajara, se describe que el paciente portador de una urgencia debe presentarse en 1.- zona de Triage 2. Se prioriza su atención, si no amerita se envía a la consulta externa 3. Si amerita se pasa a cubículo de choque para su atención inmediata, 4. Si su situación es para hospitalización se pasa a zona amarilla, 5. Si amerita tratamiento se pasa a zona verde. Duración y fechas para realizarlo: Duración 15 minutos a partir de ser atendido. Tiempo de respuesta: Inmediata ¿Cuándo realizarlo? En el momento en el que se presente una emergencia. La enfermera que lo atendió a su ingreso refiere haberlo destinado a zona amarilla, pero el paciente permaneció en el piso de la sala de urgencias.

De acuerdo a la queja interpuesta, al ingresar al área de urgencias, en el área denominada como Triage, una enfermera les otorgó un trato burlesco y sarcástico. Recostaron al paciente sobre el suelo de la sala, donde presentó varias crisis convulsivas y sus familiares en todo momento solicitaban la atención pero nadie lo atendía; hacia las 02:00 horas del día 20 de abril de 2021, la misma enfermera salió a la sala de espera y ante la pregunta de si ya había cama disponible, respondió: “le estamos dando prioridad a los que están llegando de gravedad”. Aproximadamente a las 7:30 horas del 20 de abril el paciente fue catalogado como fallecido por un médico, por lo que lo pasaron a un cuarto y le dieron electroshock, y lo entubaron.

De acuerdo al informe dirigido a esta comisión por la enfermera Griselda Berenice Rodríguez Contreras, ella fue quien informó a los familiares del paciente hacia las 04:00hrs del 20 de abril que no había espacio para su paciente, quien se encontraba recostado en el piso checándole ahí signos vitales y dando aviso al médico encargado. Sin embargo, no existen notas en el expediente clínico que se nos proporcionó, que nos hagan validar su dicho, por lo que incurre en incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012-del-expediente-clinico, donde se advierte que la Hoja de enfermería deberá contener Identificación del paciente, hábitus exterior y gráfica de signos vitales, entre otros.

Por todo lo anteriormente expuesto, es de discurrir que:



1.- Los médicos que proporcionaron atención en consulta externa de urología, residente Raúl Martín Villa Sánchez, y Miguel Ángel González Flores, especialista, incurren en situación de imprudencia, al afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, puesto que debieron proporcionar una mejor y meticulosa atención al paciente. Es de considerar en este caso que ambos médicos omitieron la obligación de poner los medios necesarios para la sanación del paciente (Ficha bibliográfica 5).

2.- Las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma del Carmen López Valdez, incurren en omisión del deber de cuidado (el deber de acomodarse a las reglas con el fin de evitar la puesta en peligro de la vida o la lesión), exponiendo una conducta Negligente, con ausencia de diligencia, con evidente falla en identificar o responder apropiadamente a hallazgos anormales en su valoración, sin evidenciar de manera fehaciente dar aviso a medico encargado, transcurriendo solo 3.5 horas entre la última revisión del paciente en la sala de espera, con el paciente recostado en el piso, donde presentó varias crisis convulsivas, según se advierte en la queja interpuesta; constituyéndose este hecho en el nexo causal entre acción y resultado final, puesto que el paciente evolucionó hasta paro cardiorrespiratorio, con diagnósticos de síndrome urémico, hiperkalemia e hipocalcemia + sangrado de tubo digestivo alto que condicionó el desarrollo de choque hipovolémico.

CONCLUSIONES:

1.- Los médicos Raúl Martín Villa Sánchez, y Miguel Ángel González Flores, incurrieron en situaciones de imprudencia, respecto de la atención que proporcionaron a VD VD en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde en el área de consulta externa de urología el 19 de abril de 2021.

2.- Las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma. del Carmen López Valdez, incurrieron en situaciones de Negligencia, respecto de la atención que proporcionaron a VD VD en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde en el área de urgencias y triage el 19 y 20 de abril de 2021.

3.- Las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma. del Carmen López Valdez, incurrieron en incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012-del-expediente-clinico, respecto de la atención que proporcionaron a VD VD en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde en el área de urgencias y triage el 19 y 20 de abril de 2021.

[...]



14. Es importante señalar que en abril de 2020 inició oficialmente en territorio mexicano el reconocimiento de casos por SARS-CoV-2 (COVID-19), subsistiendo una incertidumbre en torno a la pandemia declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020, dada su gravedad; situación que se reflejó en el estado de Jalisco, en donde comenzaron a detectarse casos de personas enfermas y fallecidas, lo que ha sido confirmado de manera recurrente por la SSJ, y cuyos números se encuentran en constante ascenso, atendiendo los diversos modelos predictivos del comportamiento del SARS-CoV-2 difundidos por las autoridades y las universidades en el país, en donde por varios meses se invitó a la población a continuar con las medidas de autocuidado, como el aislamiento físico.

Las autoridades de la federación, así como del estado, declararon la imperiosa necesidad de implementar medidas masivas para reducir la transmisión del virus dado que se tienen identificadas en el país a personas enfermas por COVID-19, de las que no fue posible conocer el origen del contagio; y en consecuencia, dejan de considerarse como casos importados para clasificarse como contagio local, lo que potencializa riesgos de propagación del virus en el país, y por ende la necesidad de pasar de medidas de prevención y mitigación a la implementación de medidas de contención para frenar su transmisión.

Como parte de las acciones del Estado mexicano se aplicaron las facultades de la Secretaría de Salud federal para ejercer acciones extraordinarias en todas las regiones afectadas en el territorio nacional en materia de salubridad general por considerarse esta enfermedad como grave y de atención prioritaria. Además, el Consejo de Salubridad General declaró emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia generada por el virus COVID-19. De igual manera, el secretario de Salud federal amplió las acciones extraordinarias para atender la emergencia y se ordenó la suspensión de actividades no esenciales del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus en la comunidad para disminuir la carga de la enfermedad, sus complicaciones y la muerte de las personas en el territorio nacional.

Asimismo, se determinó qué actividades podrían continuar en funcionamiento por ser consideradas esenciales, entre estas la procuración e impartición de



justicia, y reiteró cumplir con las medidas de prevención y contención del virus en todos los lugares y recintos que realizan actividades esenciales.

Finalmente, se enfatizó que todas las medidas deberían aplicarse con estricto respeto a los derechos humanos de todas las personas, lo que intrínsecamente significa que el respeto y vigencia de los derechos humanos debe tenerse presente como una actividad esencial.

Todo esto tiene sustento en los acuerdos y decretos contenidos en orden cronológico citados a continuación:

Autoridades de la federación	
Secretaría de Salud	DOF: 24/03/2020. Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).
Presidencia de la República	DOF: 27/03/2020. Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).
Consejo de Salubridad General	DOF: 30/03/2020. Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).
Secretaría de Salud	DOF: 31/03/2020. Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2.
Secretaría de Salud	DOF: 03/04/2020. Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de realizar para la adquisición e importación de los bienes y servicios a que se refieren las fracciones II y III del artículo segundo del decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) publicado el 27 de marzo de 2020.

Autoridades del Estado de Jalisco	
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 013/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco mediante el



	cual emiten medidas para prevenir, contener, diagnosticar y atender la pandemia de COVID-19, de fecha 13 de marzo de 2020.
Secretaría General de Gobierno	Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se clausuran de manera temporal salones de fiesta, casinos, antros, cantinas, centros nocturnos y bares, derivado de la pandemia de COVID-19, de fecha 17 de marzo de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 016/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, por el que se adoptan medidas para prevenir y contener la pandemia del “COVID-19” en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal y se establecen los criterios para la suspensión de términos y plazos en los trámites y procedimientos administrativos de su competencia, de fecha 21 de marzo de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 021/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se aprueban diversas acciones para ejecutar el plan de reconversión hospitalaria Jalisco COVID-19, en atención a la epidemia derivada del virus SARS-CoV2, de fecha 04 de abril del 2020, publicado el 7 de abril de 2020.
Secretaría de Salud	Acuerdo del Secretario de Salud mediante el cual se emiten los lineamientos para el manejo de cadáveres confirmados o sospechosos por COVID-19 en el estado de Jalisco, de fecha 06 de abril de 2020, publicado el 7 de abril de 2020.
Secretaría General de Gobierno	ACUERDO CIV-PEPE/001/2020. Acuerdo del Comité Interno de Validación del Plan Jalisco COVID-19, “protección al empleo formal”, mediante el cual modifica la convocatoria de los lineamientos del plan Jalisco COVID-19 “protección al empleo formal”, de fecha 07 de abril de 2020, publicado el 9 de abril de 2020.
Secretaría del Sistema de Asistencia Social	Acuerdo del Ciudadano Secretario del Sistema de Asistencia Social, mediante el cual se expide el protocolo para la atención alimentaria “Jalisco sin Hambre, Juntos por la Alimentación”, durante la contingencia sanitaria COVID-19, de fecha 10 de abril de 2020, publicado el 11 de abril de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 023/2020. Acuerdo mediante el cual se crea la Comisión Interinstitucional y se establecen bases para la coordinación de acciones de dependencias y entidades del Poder Ejecutivo, Gobiernos Municipales y los prestadores de servicios públicos o privados correspondientes, para el manejo, traslado y destino final de cadáveres confirmados o sospechosos por



	SARSCOV-2 (COVID-19) en el Estado de Jalisco, publicado el 15 de abril de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 024/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se amplía la suspensión de términos y plazos en los trámites y procedimientos administrativos de su competencia como medida para prevenir y contener la pandemia del “COVID-19” en las dependencias y entidades de la administración pública estatal, de fecha 16 de abril del 2020, publicado el 17 de abril de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 026/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se emiten diversas medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social, de carácter general y obligatorio, con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 19 de abril de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 047/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se emiten diversas medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 1 de julio de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 049/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se reformó lo señalado en el DIELAG ACU 047/2020 para establecer el uso obligatorio del cubrebocas, reforzar acciones de inspección y vigilancia por parte de autoridades municipales y ampliar la vigencia de las medidas sanitarias hasta el 31 de julio de 2020. Publicado el 9 de julio de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 053/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se amplió la vigencia de las medidas sanitarias hasta el 16 de agosto de 2020. Publicado el 31 de julio de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 056/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se amplió la vigencia de las medidas sanitarias hasta el 31 de agosto de 2020. Publicado el 17 de agosto de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 057/2020. Acuerdo del Ciudadano Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Jalisco, mediante el cual se establecen diversas medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social con motivo de la pandemia de COVID-19, al menos hasta el 30 de septiembre de 2020, publicado el 31 de agosto de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 065/2020. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el



	cual se establecen diversas medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social con motivo de la pandemia de Covid-19, al menos hasta el 31 de octubre de 2020, publicado el 30 de septiembre de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 072/2020. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se señaron activaciones económicas diversas en el territorio Jalisciense, publicado el 29 de octubre de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 073/2020. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifican y adicionan disposiciones al diverso DIELAG ACU 072/2020 en donde se emitieron medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 01 de noviembre de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 074/2020. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se emitieron medidas de Seguridad Sanitaria para el Aislamiento Social, de Carácter General y Obligatorio, con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 06 de noviembre de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 075/2020. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifican disposiciones al diverso DIELAG ACU 072/2020, por el que se emitieron medidas de Seguridad Sanitaria para el Aislamiento Social, de Carácter General y Obligatorio, con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 12 de noviembre de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 076/2020. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se emiten medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social, de carácter general y obligatorio en el estado de Jalisco, a efecto de prevenir y contener la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV2 (COVID-19) en la comunidad, así como para disminuir los riesgos de complicaciones y muerte ocasionados por la enfermedad, y mitigar sus efectos:19, publicado el 16 de noviembre de 2020.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 004/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se deja sin efectos el acuerdo DIELAG ACU 076/2020, y se dictan medidas diversas, publicado el 15 de enero de 2021.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 005/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el



	cual se señala que, todas las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal continuarán laborando para garantizar la suficiencia, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios que tienen a su cargo y que son esenciales para la sociedad, así como la provisión de bienes indispensables para la población, entre otras disposiciones, publicado el 15 de enero de 2021.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 008/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se deja sin efectos el acuerdo DIELAG ACU 004/2021, y se dictan medidas diversas, publicado el 29 de enero de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 009/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se señala que, todas las dependencias y entidades de la administración pública estatal continuarán laborando para garantizar la suficiencia, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios que cotidianamente tiene a su cargo y que sean esenciales para la sociedad, así como la provisión de bienes indispensables para la población y a la vez se amplía la suspensión de algunos términos hasta el 12 de febrero del 2021, publicado el 29 de enero de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 013/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se señalan diversas medidas de seguridad sanitaria estarán vigentes a partir del 13 de febrero hasta el 15 de diciembre de 2021, pudiendo ampliarse su vigencia o modificarse en caso de ser necesario, publicado el 12 de febrero de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 018/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 06 de marzo de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 021/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se emiten lineamientos generales de atención a las solicitudes para la realización de eventos de más de trescientas personas, restringidos con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 27 de marzo de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 049/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 14 de junio de 2021



Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 060/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 28 de julio de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 075/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 30 de septiembre de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 077/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 07 de octubre de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 090/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 08 de noviembre de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 091/2021. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 11 de noviembre de 2021
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 0023/2022. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifica lo establecido en el DIELAG ACU 013/2021, publicado el 10 de enero de 2022.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 004/2022. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se modifican los lineamientos generales de atención a las solicitudes para la realización de eventos de más de trescientas personas, restringidos con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 10 de enero de 2022.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 013/2022. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se emiten diversas medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social, de carácter general y obligatorio, con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 12 de febrero de 2022.
Secretaría General de Gobierno	FE DE ERRATAS relativa al Acuerdo Gubernamental DIELAG ACU 007/2022, por el cual se reforma el diverso DIELAG ACU 013/2022, publicado el 12 de febrero de 2022.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 012/2022. Acuerdo del ciudadano Gobernador Constitucional del estado libre y soberano de Jalisco, mediante el cual se emiten diversas medidas de seguridad sanitaria para el



	aislamiento social, de carácter general y obligatorio, con motivo de la pandemia de COVID-19, publicado el 26 de febrero de 2022.
Secretaría General de Gobierno	DIELAG ACU 014/2022 del Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco, por el cual se reforma el diverso DIELAG ACU 013/2021, mediante el cual se emiten diversas medidas de seguridad sanitaria para el aislamiento social, de carácter general y obligatorio, con motivo de la pandemia de Covid-19, publicado el 12 de marzo de 2022.

El 17 de abril de 2020, la CIDH, a través de su resolución 1/2020, hizo un llamado a los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos a garantizar que las medidas excepcionales que sean adoptadas para hacer frente a la pandemia por el COVID-19 sean compatibles con sus obligaciones internacionales, y que esas medidas se ajusten a los principios pro persona, legalidad, proporcionalidad y temporalidad, pues los Estados no pueden suspender aquellos derechos que tiene un carácter inderogable conforme al derecho internacional.

Lo anterior generó durante varios meses un cambio en la vida cotidiana de todas las personas, así como de las instituciones privadas y públicas no sólo en el ámbito local, sino también a nivel mundial. Ante este reto, la CEDHJ no dejó de laborar durante todo ese tiempo; sin embargo, las tareas de notificación a las autoridades y de recabar información se tornó en una tarea ardua y, por momentos, difícil.

El Consejo Ciudadano de la CEDHJ, en sesión ordinaria 391, celebrada el 18 de marzo de 2020, emitió por unanimidad el punto de acuerdo 5/391/2020, mediante el cual respaldó las acciones que desde la Presidencia de la Comisión deberían implementarse para proteger y salvaguardar la salud del personal de la institución y las personas usuarias ante la pandemia, atendiendo la urgencia de la contingencia y las recomendaciones de las autoridades responsables de salud en el país y en la entidad.

Derivado de lo anterior, desde el pasado 20 de marzo de 2020, la Presidencia de esta defensoría de derechos humanos ha emitido acuerdos suspendiendo los



términos procesales, ante las medidas de autocuidado como lo es el aislamiento físico, que se activaron de manera ordinaria a partir del 6 de enero del actual.¹

II. EVIDENCIAS

1. Instrumental de actuaciones consistente en la queja presentada por (ELIMINADO 1) en favor de su finado hermano VD, en contra del personal médico y de enfermería del HCGFAA que resultara responsable (punto 1 de Antecedentes y hechos).

2. Documental consistente en los informes de ley rendidos a este organismo por el personal médico y de enfermería que resultaron involucrados, los cuales fueron detallados en los puntos 5, inciso del a al x; 6, 9 y 11, incisos del a al c, de Antecedentes y hechos.

3. Documental consistente en el expediente clínico número [...], mismo que fue detallado en el punto 3 de Antecedentes y hechos.

4. Documental consistente en el dictamen de responsabilidad profesional que elaboró un perito integrante de la lista oficial de peritos auxiliares en la Administración de Justicia del Consejo de la Judicatura del Estado de Jalisco, por el que se concluyó que los médicos Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores incurrieron en situaciones de imprudencia respecto de la atención que proporcionaron a VD en el HCGFAA el día de los hechos; que las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma. del Carmen López Valdez incurrieron en situaciones de negligencia respecto de la atención que proporcionaron al agraviado en el área de Urgencias y Triage el 19 y 20 de abril de 2021; y que éstas incurrieron en incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, lo cual fue descrito en el punto 13 de Antecedentes y hechos.

5. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias de notificación y los acuerdos dictados en el expediente de queja.

¹ Visibles en el vínculo: <http://cedhj.org.mx/acuerdos.asp>



III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

3.1 *Competencia*

La CEDHJ tiene como finalidad esencial la defensa, protección, estudio y divulgación de los derechos humanos. Sus principios de actuación se encuentran previstos en los artículos 1°, 3°, tercer párrafo; 4°, primer párrafo; 5°, primer párrafo; 12, 14, segundo párrafo; 16, primer párrafo; 17, párrafos segundo y sexto; 25, primer párrafo; 109, primer párrafo, fracciones II y III, párrafo segundo; 102, apartado B, y 123, apartado B, fracción XIII, todos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10, de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1°, 2°, 3°, 4°, 7°, fracción XXV, 28, fracción III, 72, 73, 75 y 79, de la Ley de la CEDHJ; así como 109, 120 y 121 de su Reglamento Interior. Por ello, este organismo es competente para conocer los hechos investigados y denunciados. Los actos y omisiones a que se refiere esta Recomendación se examinan con la finalidad de que, mediante el análisis de actos y omisiones violatorios de derechos humanos expuestos en este documento, se investiguen y sancionen los hechos reclamados.

3.2 *Planteamiento inicial del problema*

La peticionaria reclamó que aproximadamente a las 20:00 horas del 19 de abril de 2021 acudieron ella y su madre al HCGFAA a solicitar atención médica para su hermano, a quien trasladaban en silla de ruedas ya que no podía sostenerse en pie, pues ese día presentó una crisis con convulsiones. Su hermano ya era paciente de dicho nosocomio, donde lo atienden por insuficiencia renal crónica. Al encontrarse en la sala de urgencias lo recostaron en el suelo, ya que por las convulsiones ni siquiera sostenía su cabeza. Dijo que, en el lugar, una enfermera, de manera burlesca y sarcástica, les dijo mientras reía: “él viene más consciente que ustedes, ustedes están más graves que él, contrólense”, y sólo le puso un aparato en un dedo y les siguió diciendo: “de todos modos no hay camas, si quieren, van a tener que esperar”.

Conforme avanzó la noche VD sufrió más convulsiones. Siendo las 2:00 horas del 20 de abril de 2021, la misma enfermera que antes revisó a VD salió a la sala de espera, por lo que la mamá de la peticionaria se acercó y le preguntó si



ya había cama disponible para su hijo, a lo que la enfermera respondió: “Le estamos dando prioridad a los que están llegando de gravedad”. La condición de VD fue empeorando hasta que, aproximadamente a las 8:00 horas del 20 de abril de 2021 VD dejó de moverse y no se le sentía el pulso ni la respiración, por lo que su madre corrió y gritaba que su hijo se había muerto, fue que de inmediato salieron varios médicos y al verlo lo levantaron en peso, mientras un médico le tocó el cuello y dijo: “el muchacho no trae signos vitales, él ya falleció”, otro médico dijo que no, por lo que lo pasaron a un cuarto y le hicieron maniobras de reanimación cardiopulmonar y lo intubaron. Desde ese momento había estado inconsciente, sin que se les diera un diagnóstico a los familiares. (punto 1 de Antecedentes y hechos, y 1 de Evidencias).

3.3 Hipótesis

De acuerdo con la descripción y estudio de los hechos que motivaron la presente queja 2386/2021-I, se identificó la siguiente hipótesis a dilucidar:

1. Si el personal médico y de enfermería del HCGFAA que resultó involucrado actuó de manera negligente, al omitir proporcionar atención médica con la oportunidad que requería el caso clínico de VD.

3.4. Estándar legal mínimo

3.4.1 Principios que deben guiar a los profesionales de la salud

En la práctica médica, el principio ético que más ha permeado es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto principal refiere que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, esto es: “no haré daño” y “actuaré en beneficio del enfermo”, los cuales siguen vigentes.

No debe soslayarse el postulado “procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolos al mínimo riesgo”, del médico Avedis Donabedian, fundador del estudio de calidad en la atención de la salud y la investigación de resultados médicos, más famoso como creador del Modelo de atención Donabedian.



En 1970, el bioquímico Van Rensselaer Potter acuñó el término *bioética* buscando resolver la necesidad de tener una disciplina que uniera el conocimiento biológico con el de los sistemas de los valores humanos.

En la práctica clínica la bioética tiene el objetivo de mejorar la atención del paciente al orientar la toma de decisiones no solamente desde el punto de vista técnico, sino incluir los problemas éticos.²

La bioética tiene cuatro principios básicos:

1. No maleficencia, que establece que el médico debe causar el menor perjuicio a su paciente. No provocar daños, ni agravios a la salud del paciente.
2. Justicia. Este principio establece la equidad como condición esencial del médico y determina la imparcialidad del médico impidiendo actos discriminatorios que interfieren la buena relación médico-paciente.
3. Beneficencia. Principio que establece la búsqueda del bien mejor. Determina que la acción médica debe ser usada con sentimientos de filantropía y de amor por el ser humano.
4. Autonomía. Principio que determina que las personas tienen el derecho a decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo y con su vida. La conducta médica debe ser previo conocimiento autorizada por el paciente y obliga, por tanto, al médico a dar las explicaciones e informaciones necesarias sobre el diagnóstico y el tratamiento propuesto, así como también el pronóstico de su decisión.³

En 2002 la Comisión Nacional de Bioética (Conbioetica) editó y divulgó el Código de Bioética, mismo que representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre personas y profesionales que

²Sánchez-González, Miguel; Herreros, Benjamín, “La bioética en la práctica clínica”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 53, núm. 1, enero-febrero, 2015

³ Beauchamp TL, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. En: *Ética en Medicina Fundamentación*. Modulo 1. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina; 1999.



intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con la medicina y la salud.

Es importante mencionar que la Conbioética es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal con autonomía técnica y operativa, responsable de definir las políticas nacionales que plantea esta disciplina. Sus objetivos son: establecer políticas públicas en salud vinculadas con la temática bioética.

Los principios básicos que menciona dicho código son que los servicios de salud deben ser proporcionados a todos los que los demanden, sin distinción de ninguna índole, sin escatimar tiempo, espacio y respetando siempre los derechos humanos y la dignidad, entendiéndose que ésta, está basada en que los seres humanos poseen igual valor. Refiere, además, que el personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la bioética, y que las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

3.4.2 La vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “larga duración y por lo general de progresión lenta”⁴. Dicho organismo internacional informó que las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.

Al mismo tenor, el Instituto Mexicano del Seguro Social considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al instituto son las enfermedades I) cardiovasculares e hipertensión arterial; II) la diabetes mellitus; III) los

⁴ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8;3



cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama; y IV) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.⁵

Tales afectaciones en la salud, sin duda, colocan a las personas que las padecen en situación de vulnerabilidad, tomando en consideración que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define como vulnerabilidad a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”.

Por otra parte, en el sistema jurídico mexicano, específicamente en el artículo 5° de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.

Al respecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en diversas Recomendaciones ha dejado claro que las personas que sufren enfermedades crónicas graves “se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, por que tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria”⁶.

3.4.3 Principios y directrices que deben guiar a los servidores públicos.

La Ley General de Responsabilidades Administrativas en su artículo 6° refiere que la actuación de los servidores públicos en los ámbitos federal y local debe ser ética y responsable. Asimismo, el artículo 7° menciona que los principios

⁵IMSS, “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40

⁶ Recomendación 49/2020, párr. 60, 23/2020, párr. 28; 16/2020, párr. 24.



que éstos deben observar en su encargo son la disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, que son los que rigen el servicio público.

En el mismo artículo refiere que, para la efectiva aplicación de dichos principios, los servidores públicos observarán las siguientes directrices:

1. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones;
2. Conducirse con rectitud sin utilizar su empleo, cargo o comisión para obtener o pretender obtener algún beneficio, provecho o ventaja personal o a favor de terceros, ni buscar o aceptar compensaciones, prestaciones, dádivas, obsequios o regalos de cualquier persona u organización;
3. Satisfacer el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general y bienestar de la población;
4. Dar a las personas en general el mismo trato, por lo que no concederán privilegios o preferencias a organizaciones o personas, ni permitirán que influencias, intereses o prejuicios indebidos afecten su compromiso para tomar decisiones o ejercer sus funciones de manera objetiva;
5. Actuar conforme a una cultura de servicio orientada al logro de resultados, procurando en todo momento un mejor desempeño de sus funciones a fin de alcanzar las metas institucionales según sus responsabilidades;
6. VI. Administrar los recursos públicos que estén bajo su responsabilidad, sujetándose a los principios de austeridad, eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados;
7. Promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución;
8. Corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido; tendrán una vocación absoluta de servicio a la sociedad, y preservarán el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general;
9. Evitar y dar cuenta de los intereses que puedan entrar en conflicto con el desempeño responsable y objetivo de sus facultades y obligaciones, y
10. Abstenerse de realizar cualquier trato o promesa privada que comprometa al Estado mexicano.

3.4.4 La obligación de garantizar la salud

La Constitución federal, en su artículo 1º, establece la obligación de todas las autoridades en el ámbito de su competencia 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.

El artículo 4° de nuestra Constitución federal confiere al Estado la obligación de garantizar el derecho a la protección de su salud, en el que establece lo siguiente: “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”.

Con relación al artículo 4° constitucional, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”.⁷

Toda vez que en esta resolución también se estudia la integración del expediente clínico que se formó con motivo de la atención de VD, es necesario mencionar que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, establece, entre otras cuestiones, lo siguiente:

5.1 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.

[...]

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

⁷ Jurisprudencia administrativa “Derecho a la Salud. Su Protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 y registro 167530



5.4 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 paciente 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 paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal;

5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. 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.

[...]



5.8 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.

[...]

5.10 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.

5.11 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.

[...]

5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

5.14 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...

[...]

8 De las notas médicas en hospitalización.

8.1 De ingreso.

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

8.1.1 Signos vitales;

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

8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

8.1.4 Tratamiento y pronóstico.

8.2 Historia clínica.

8.3 Nota de evolución.



Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

8.4 Nota de referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

Por otro lado, resulta pertinente exponer diversos dispositivos que atienden las responsabilidades de los médicos residentes, ya que, en este caso, se encontró con la participación de varios profesionales de la salud en formación de especialidad.

En primer lugar, es importante analizar lo estipulado en la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, la cual establece en su punto 4.9, que la residencia médica, es el conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes.

Dicha NOM contiene un apartado de derechos y otro de obligaciones de los médicos residentes, de los que para los efectos que en esta Recomendación se analizan, tienen aplicación los siguientes:

10. Derechos de los médicos residentes

De manera enunciativa y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entre otros, son derechos de los médicos residentes, los siguientes:

[...]

10.3 Recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos, en un ambiente de respeto.

[...]



10.5 Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

[...]

11. Obligaciones de los médicos residentes

De manera enunciativa y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entre otras, son obligaciones de los médicos residentes, los siguientes:

11.1 Cumplir las actividades establecidas en los programas académico y operativo correspondientes a la residencia médica.

[...]

11.4 Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes.

[...]

11.7 Dar cabal cumplimiento al Código de Ética, el Código de Bioética para el Personal de Salud y el reglamento interno de las unidades médicas receptoras de residentes.

11.8 Respetar el rol de guardias de los médicos residentes de menor jerarquía calendarizadas en el programa operativo correspondiente, sin imponer guardias adicionales de cualquier denominación.

11.9 Cumplir, además de lo anteriormente mencionado con lo establecido en las normas oficiales mexicanas NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica; y la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, así como todas aquellas relacionadas con la atención a la salud y su campo de especialización.

Asimismo, el artículo 51 de la Ley General establece que los usuarios tienen 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. Por otro lado, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica establece:



Capítulo I. Disposiciones Generales.

[...]

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

I.- Atención médica. El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal;

[...]

V.- Servicio de atención médica. El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de los mismos.

[...]

Artículo 8o.- Las actividades de atención médica son: I.- PREVENTIVAS: 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, y IV.- PALIATIVAS: Que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocional

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

[...]

ARTICULO 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior, llevar a cabo las siguientes funciones:

I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación;



III.- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra;

[...]

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.

[...]

Capítulo IV Disposiciones para la Prestación de Servicios de Hospitales

Artículo 70.- Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en: I.- HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

Artículo 71.- Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

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

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.

[...]

Artículo 87.- Los servicios de urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría, asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo.



[...]

Artículo 90.- Es obligación del responsable del Hospital, tener un registro actualizado de identificación de los médicos que en él presten sus servicios, mismo que deberá llevarse de conformidad con lo que señalen las normas oficiales mexicanas.

Los previamente mencionados, son sólo algunos de los artículos que regulan y reglamentan la práctica de la medicina; ahora bien, el médico residente no está exento de estas atribuciones legales debido a que se consideran ya como médicos de profesión, aunque en proceso de formación en una especialidad determinada.

Resulta útil mencionar el artículo llamado “Implicaciones médico-legales en la residencia médica”, publicado en la *Revista Mexicana de Anestesiología*, en donde el médico Jaime Rivera Flores escribió que, en una responsabilidad médica, existen al menos tres situaciones que den lugar a responsabilidad del médico residente: 1. Falta de vigilancia, asistencia o dirección del tutor; 2. Extralimitación. Por parte del: a) Hospital o Sistema de Salud: obligación a realizar tareas a un MR no adecuadas a su nivel formativo. b) MR: Si actúa por su propia cuenta. Éste responderá cuando se extralimite en sus funciones o cuando actúe independientemente sin pedir la ayuda del tutor o de otro médico especialista; 3. Acción inexcusable o culpa grave del médico residente: El médico en formación debe actuar según la “lex artis ad hoc” y, por lo tanto, es responsable directo de la “mala praxis” que de sus actos se deriven.⁸

3.5 Observaciones y consideraciones del caso en particular

La peticionaria reclamó que personal de enfermería y médico del área de urgencias del HCGFAA omitió dar atención oportuna a su hermano, con el argumento de que sólo ingresaban a los pacientes de gravedad, haciendo caso omiso de varias crisis convulsivas que el paciente tuvo en el área de espera, pues padecía de enfermedad renal crónica de grado avanzado. Dijo que después de 12 horas de espera, aproximadamente, para que se le atendiera, sólo se le brindó auxilio hasta que cayó en paro cardiorrespiratorio, por lo que se le aplicaron maniobras de reanimación cardiopulmonar y finalmente se ordenó su ingreso (punto 1 de Antecedentes y hechos, y 1 de Evidencias). Luego de que

⁸ <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cmas051av.pdf> consultado el 8 de abril de 2022



esta Comisión solicitó copia del expediente clínico del agraviado, se evidenció que VD falleció tres días después. Por ello, una vez que se contó con los informes del personal médico y de enfermería que participó durante su atención, se solicitó la elaboración de un dictamen de responsabilidad profesional a un perito integrante de la lista oficial de peritos auxiliares en la Administración de Justicia del Consejo de la Judicatura del Estado de Jalisco.

El perito que lo elaboró concluyó que los médicos Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores incurrieron en situaciones de imprudencia respecto de la atención que proporcionaron a VD en el HCGFAA por la mañana del día de los hechos; que las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma. del Carmen López Valdez incurrieron en situaciones de negligencia respecto de la atención que proporcionaron al agraviado en el área de Urgencias y Triage el 19 y 20 de abril de 2021; y que éstas también incurrieron en incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, lo cual fue descrito en los puntos 13 de Antecedentes y hechos y 4 de Evidencias.

Respecto de los primeros profesionales de la salud que se encuentran adscritos al servicio de Urología, al rendir sus informes de ley aseveraron que entre las 10 y las 13:00 horas el paciente fue visto y valorado por dolor testicular crónico. Agregaron que ese día se encontraba asintomático y que, de acuerdo con la queja, ese mismo día en la noche recibió atención de urgencias adultos, donde ya no lo vieron ni lo atendieron (punto 12 de Antecedentes y hechos, y 3 de Evidencias).

Si bien es verdad que dichos médicos atendieron al agraviado horas previas a su internamiento, de las evidencias recabadas en este expediente de queja se desprende que su conducta contribuyó a que no accediera a una atención oportuna, lo cual ocasionó que en pocas horas su estado de salud se deteriorara rápidamente, al extremo de presentar crisis convulsivas que derivaron de su estado crítico de salud, negándole la posibilidad de que contara con un tratamiento que lo beneficiara, ya que no resulta lógico que no tuviera síntomas al solicitar servicios médicos y que ese mismo día cayera en estado crítico, al extremo de caer en paro cardiorrespiratorio. Por ello, para esta Comisión Estatal de Derechos Humanos se acreditó que los médicos Raúl Martín Villa Sánchez, residente, y Miguel Ángel González Flores, especialista responsable de consulta



externa de Urología de HCGFAA, violaron los derechos humanos a la protección de la salud reforzada que como enfermo crónico debió reconocérsele a VD.

Por otra parte, en su dictamen el perito consideró que el paciente contaba con historial de enfermedad renal crónica grado 5, secundaria a hipoplasia renal derecha desde enero de 2021, en tratamiento por parte del HCGFAA con base en diálisis peritoneal, y que tenía cita para el 27 de abril de 2021. Sin embargo, acudió ocho días antes de esa fecha, el 19 de abril de 2021, a consulta externa de urología, con los médicos antes mencionados, y que en menos de 24 horas después de esa consulta el paciente cayó en paro cardiorrespiratorio, con diagnósticos de enfermedad renal crónica G5 en diálisis peritoneal, síndrome urémico, hiperkalemia grave, anemia, hipocalcemia grave, hiperfosfatemia, acidosis metabólica de anión GAP elevado, hiperlactatemia, además de integrarse falla orgánica múltiple secundaria a estado de choque mixto, choque séptico de foco pulmonar secundario a neumonía por aspiración, choque hipovolémico por sangrado de tubo digestivo. Con este cuadro, resulta difícil explicar cómo fue que en la atención proporcionada en consulta externa de urología no se percataron de ningún signo de alarma que permitiera una mejor atención al paciente, expuso el perito, ni considerarlo como alto riesgo para su temprana hospitalización y evaluación diagnóstica; antes todo lo contrario, fue considerado como asintomático y no se le otorgó ninguno tratamiento y con pronóstico reservado.

La anterior deducción se robustece con la nota de ingreso al área de Urgencias que elaboró la enfermera María del Carmen López Valdez, quien anotó que a las 21:05 hrs. del 19 de abril de 2021 VD acudió “por disminución de fuerza motriz. Escala dolor: mucho. Destino: zona amarilla” (zona para pacientes cuya situación es para hospitalización).

Las anteriores circunstancias fueron las que propiciaron que el experto discurriera que los médicos Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores “incurrieron en situación de imprudencia, al afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, puesto que debieron proporcionar una mejor y meticulosa atención al paciente. Es de considerar en este caso que ambos médicos omitieron la obligación de poner los medios necesarios para la sanación del paciente”.



Con relación a la intervención de la enfermera del servicio de Urgencias, Ma. del Carmen López Valdez, se pudo advertir en el expediente clínico que a las 21:05 horas del 19 de abril de 2021 revisó a VD, a quien encontró con mucho dolor, con disminución de la fuerza motriz, y le ubicó en la zona amarilla; sin embargo, su ingreso hospitalario al área de choque se registró a las 8:00 horas del 20 de abril de 2021, donde se le atendió cuando se encontraba inconsciente y en paro cardiorrespiratorio. Asimismo, no se desprendió que el agraviado hubiera recibido atención médica en la sala de espera del servicio de Urgencias. Ello hace veraz el dicho de la peticionaria, en el sentido de que a pesar de que su hermano se encontraba muy grave, no recibió la atención médica en toda la noche, hasta que cayó en paro cardiorrespiratorio, omisión adjudicable a la enfermera en comento. Tal desatención por parte de dicha enfermera, para este organismo se traduce en violación de los derechos humanos a la protección de la salud reforzada que como enfermo renal crónico debía reconocérsele a VD.

En su dictamen de responsabilidad, el perito acotó que la enfermería tiene un papel muy importante en la seguridad del paciente, ya que es la proveedora de cuidados generales y específicos, y tiene que prever la protección del enfermo en todos los aspectos. Aseveró que el profesional de la enfermería no debe negarse a otorgar la atención, sin olvidar que debe de proporcionarla de acuerdo a su nivel de competencia. También mencionó que respecto de la atención recibida por VD en el servicio de Enfermería el 19 de abril de 2021, en el área de Urgencias, fue a todas luces deficiente. Consideró tomar en cuenta la definición de enfermería, que es la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

En cuanto al incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico en que incurrió la enfermera López Valdés, se debió a que al rendir su informe ante esta CEDH, refirió que revisó a VD, sin perder de vista a los demás, añadiendo que informó al médico de Triage, en todo momento, pero no mencionó su identidad; que entregó turno a las 07:00 hrs. del 20 de abril 2021,



sin espacio disponible. Y como prueba ofreció una lista manuscrita en tinta roja y negra, con el nombre de 11 pacientes, fechada el 19 de abril 2021, en la que no se encuentra el nombre del agraviado. Con ello se evidenció que no cumplió con la Norma Oficial del expediente clínico, pues ordena que la hoja de enfermería debe contener identificación del paciente, hábitus exterior y gráfica de signos vitales, entre otros, así como tampoco apareció su nombre y firma.

Por otra parte, y de acuerdo al informe dirigido a esta Comisión por la enfermera Griselda Berenice Rodríguez Contreras, refirió que fue ella quien informó a los familiares del paciente, hacia las 04:00hrs del 20 de abril, que no había espacio para su paciente, que se encontraba recostado en el piso. Dijo que le revisó sus signos vitales y dio aviso al médico encargado. Sin embargo, no existen notas en el expediente clínico que confirme tal participación, por lo que también incurrió en incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, con lo que incurrió en la violación de los derechos humanos a la legalidad y seguridad jurídica.

3.6. De los derechos humanos violados

Esta Comisión estableció en líneas anteriores que VD fue víctima de violación de la transgresión a sus derechos a la protección de la salud y a la legalidad y seguridad jurídica.

3.6.1 Derecho a la protección de la salud

Este derecho fundamental se encuentra instituido por primera vez en los artículos 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, estableciendo que todo individuo tiene derecho a que se le asegure –así como a su familia– la vida, la libertad y la seguridad de su persona, la salud y el bienestar, (...) en especial la asistencia médica. Asimismo, especifica que la maternidad y la infancia, tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

Por su parte, en los artículos 12.1 y 12.2, inciso a, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se fija el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lo que los Estados parte realizarán las medidas necesarias para reducir la mortinatalidad.



El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que este derecho comprende los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, que a continuación se describen:

Disponibilidad:

Cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, centros de atención, así como programas de salud. La naturaleza precisa de dichas instauraciones dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable, y condiciones sanitarias adecuadas en hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.⁹

Accesibilidad:

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- I) No discriminación.
- II) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia

⁹ Observación general 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, 22º periodo de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).



geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

III) Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

IV) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Aceptabilidad:

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Calidad:

Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones



sanitarias adecuadas. En los numerales 10.1, 10.2, incisos a, b y f, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) asienta que el derecho a la salud comprende el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para lo que los Estados deben garantizar que la atención de la salud sea puesta al alcance de todos.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha reiterado en su Recomendación General 15/2009, sobre el derecho a la protección de la salud y subsecuentes relativas al tema, que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que, de sus acciones u omisiones, dependerá la eficacia con que este se garantice. La efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

3.6.2. Derecho a la legalidad y seguridad jurídica por incumplimiento en la función pública

El derecho a la legalidad y seguridad jurídica implica que todos los actos de la administración pública, entre los que se encuentran los relacionados con los servicios de salud, se realicen con apego al orden jurídico, a fin de evitar que se produzcan perjuicios indebidos en contra de las personas.

El bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad es la observancia adecuada del orden jurídico por parte del Estado, entendiendo por este, la permanencia en un estado de disfrute de los derechos concebidos en el ordenamiento jurídico, sin que se causen perjuicios indebidos como resultado de una deficiente aplicación.

En lo referente a las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad, es visible una aplicación incorrecta de la ley, o en su caso, la no aplicación de ella, a pesar de la satisfacción del supuesto normativo;



y, además, un perjuicio contra el derechohabiente que tenga como causa precisamente la inadecuada u omisa aplicación del derecho.

Implica un derecho subjetivo, consistente en la satisfacción de la expectativa de no ser víctima de una inadecuada u omisa aplicación de la ley que traiga como consecuencia un perjuicio; como contrapartida, supone cumplir comportamientos obligatorios para la autoridad, sean estos, conductas de acción u omisión, y prohibir que se lleven a cabo.

En ese contexto, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la legalidad y la seguridad jurídica se encuentra garantizado de forma integral en el contenido de sus 136 artículos, los cuales son el marco jurídico general a cumplir por parte de los elementos del Estado mexicano; de forma específica, son los artículos 14, 16 y 17 los que históricamente se han considerado como el punto de referencia para sustentar el principio de legalidad en nuestro sistema jurídico, ya que estos refieren la protección legal de las personas.

Por su parte, la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, en su artículo 48, fracciones I y II, obliga a todo servidor público 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; así como observar buena conducta, tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación, con motivo de sus funciones.

La legalidad, como principio del respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales, se establece desde el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se señala que estos deben ser protegidos por un régimen de derecho y que los Estados miembros se comprometen a asegurar su respeto universal y efectivo.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre también refiere de forma preliminar la fundamentación de los deberes como parte del orden jurídico.



El principio de legalidad en la Convención Americana sobre Derechos Humanos abarca una protección internacional, al señalar que debe ser de naturaleza convencional, coadyuvante y complementaria del derecho interno.

De igual forma, tanto el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establecen en sus preámbulos la necesidad de crear condiciones para lograr el disfrute de los derechos y libertades, asumiendo la obligación de los Estados para hacerlos efectivos.

IV. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

4.1. *Lineamientos para la reparación integral del daño.*

Esta defensoría sostiene que las violaciones de derechos humanos merecen una justa reparación integral del daño, como un elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad. Es una forma de enmendar una injusticia y un acto de reconocimiento del derecho de las víctimas y de la persona. La facultad de solicitar o determinar cuándo existe la obligación de reparar el daño es otorgada, entre otras instancias, a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos en el artículo 73 de la ley que la rige.

En los términos del artículo 1° constitucional, párrafo tercero, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de reparar las violaciones de derechos humanos en los términos que establezca la ley. En este sentido, la Ley General de Víctimas describe la obligación de reparar el daño en los artículos 1°, 2°, 4°, 7°, 20, 26 y 27; en estos últimos preceptos legales, establece que las víctimas tienen derecho a recibir la reparación de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, íntegra 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, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición.



En Jalisco, el 27 de febrero de 2014, se publicó la Ley de Atención a Víctimas del Estado, donde se establecieron para los órdenes estatal y municipal, las mismas obligaciones que la homóloga federal prevé, cuyas medidas de atención y protección serán proporcionadas por el titular del Poder Ejecutivo a través de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, y establece la obligación del Estado de reparar los daños causados a las víctimas en los artículos 1º, 2º, 54 3º, 4º; 5º, fracciones III, IV, V, VI, X y XI; 7º, fracciones II, VI, VII, XIX, XX, XXI, y XXX, 18 y 19, entre otros.

En el sistema regional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece esta obligación en su artículo 63.1, al señalar la obligación de garantizar al lesionado el goce de su derecho o libertad conculcados, y establecer la obligación de reparar las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la violación de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

Por tales motivos, los poderes del Estado se encuentran obligados a reparar los daños provocados, tanto por acciones como por omisiones, propias o de terceros, por la situación de abandono, ineficacia en la administración pública y no haber establecido las medidas, procedimientos y sistemas adecuados para propiciar un desarrollo pleno y evitar que ocurran violaciones en agravio de las personas.

Para que un Estado democrático cumpla con proporcionar debidamente los servicios públicos y atender al bien común de las y los ciudadanos, es preciso que sus autoridades, además de rendir cuentas por los actos realizados en representación del pueblo, acepten su responsabilidad por las acciones y omisiones en que incurran en el ejercicio de sus funciones y reparen los daños y perjuicios ocasionados por los servidores públicos a su cargo.

Por tanto, este organismo sostiene que las violaciones a los derechos humanos de las víctimas antes mencionadas merecen una justa reparación del daño de manera integral, como elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad. En el presente caso, médicos y enfermeras del HCGFAA vulneraron los derechos humanos de VD, de su hermana (ELIMINADO 1), de su madre y los que se identifiquen; los primeros por



imprudencia, la enfermera López Valdez por negligencia, y Griselda Berenice Rodríguez Contreras por faltas a la NOM del expediente clínico. En consecuencia, dicha dependencia, de manera objetiva y directa, se encuentra obligada a reparar los daños provocados, ya que no cumplieron con debida diligencia su deber de garantizar los derechos humanos a la legalidad, a la protección de la salud por una adecuada atención médica.

Debido a que las violaciones de derechos humanos son producto de acciones y omisiones atribuibles a las autoridades públicas del Estado de Jalisco, es posible determinar un nexo causal entre el caso concreto y los hechos que dieron origen a las violaciones de derechos humanos, por lo cual se propone evitar que actos similares puedan convertirse en un patrón estatal que pueda vulnerar los derechos de las personas en condiciones similares a las del caso en concreto. Es obligación del OPD HCG asumir en forma objetiva y directa las consecuencias derivadas de las violaciones de derechos humanos aquí señaladas, considerando que este caso enmarca una vulneración del derecho a la legalidad, a la protección de la salud.

Con base en lo argumentado, es pertinente emitir esta Recomendación por la responsabilidad que tiene de adoptar las medidas, administrativas necesarias para corregir conductas que violen los derechos humanos de todas las personas. Tales medidas comprenden, entre otras: a) la emisión de políticas públicas garantistas de los derechos humanos; y b) la sensibilización y capacitación del personal del OPD HCG, de modo prioritario y permanente, en materia de derechos humanos.

Esta Comisión reconoce los esfuerzos dedicados a la protección de la salud del OPD HCG, también tiene en cuenta el profesionalismo que demuestran en la mayoría de los casos, así como el volumen de servicios que prestan; sin embargo, es preciso realizar las mejoras necesarias para optimar los servicios a la población y evitar que sucedan hechos como los narrados.

4.2 Reconocimiento de la calidad de víctima

Este organismo autónomo de derechos humanos reconoce al agraviado como víctima directa, así como a (ELIMINADO 1) y demás familiares como víctimas



indirectas, en términos del artículo 4° de la Ley General de Atención a Víctimas y de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, las cuales incorporan los estándares más elevados en materia de protección y reparación integral a las víctimas.

Por ello, con fundamento en el artículo 110, fracción VI, y 111 de la Ley General de Víctimas, la institución pública en la que presta los servicios la autoridad responsable deberá registrar a las víctimas, así como brindar la atención integral a las personas que corresponda según la propia ley.

Este reconocimiento es imprescindible para que tengan acceso a los beneficios que les confiere la ley.

Con fundamento en los artículos 1° y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 7°, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 66, 68, 72, 73, 75, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco y 109, 119, 120, 121 y 122 de su Reglamento Interior, esta institución llega a las siguientes:

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

Para este organismo defensor de derechos humanos quedó plenamente acreditado que fue transgredido el derecho humano a la protección de la salud por una inadecuada atención médica y de enfermería, por imprudencia, negligencia y faltas a la NOM del expediente clínico cometidas por personal del HCGFAA; como consecuencia de ello, la víctima indirecta, (ELIMINADO 1), y familiares que correspondan, tiene derecho a una justa reparación integral, de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora y efectiva por las consecuencias de las violaciones de los derechos humanos, cuyo efecto sea no solamente restitutivo, sino correctivo, que comprenda la rehabilitación, la compensación, la satisfacción y las medidas de no repetición, como se establece en los artículos 26 y 27 de la Ley General de Víctimas, en virtud de lo cual se emiten las siguientes:



5.2. Recomendaciones

Al director general del OPD HCG:

Primera. Instruya al personal que resulte competente, dentro de la administración a su cargo, para que se realice la reparación y atención integral del daño a favor de las víctimas, por lo que deberá otorgar todas las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición que resulten procedentes, en términos de la Ley General de Víctimas, la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco y demás legislación citada en el cuerpo de esta resolución.

Lo anterior, como un acto de reconocimiento, atención y debida preocupación por quienes fueron víctimas de violaciones de derechos humanos por este organismo público descentralizado.

Segunda. Gire instrucciones a quien corresponda para que personal especializado brinde la atención tanatológica, psicológica o psiquiátrica que sea necesaria a las víctimas indirectas de los hechos materia de la presente Recomendación. Para lo anterior, deberá entablarse comunicación con la parte agraviada, (ELIMINADO 1), a efecto de que, con su consentimiento, se acuerden los mecanismos de atención en su lugar de residencia; atención que debe proporcionarse por el tiempo que resulte necesario, incluido el pago de medicamentos que requieran.

Tercera: Gire instrucción a quien corresponda para que se gestione ante el Órgano Interno de Control de esa dependencia, el inicio, trámite y conclusión de una investigación, con base en la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, en la que se valoren las pruebas, actuaciones y evidencias que obran en la presente Recomendación, a fin de acreditar la responsabilidad en la que incurrieron los médicos Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores, así como las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma. del Carmen López Valdez, servidores públicos adscritos al HCGFAA, y, en su caso, se apliquen las sanciones correspondientes, previo derecho de audiencia y defensa que se brinde a las involucradas.



Es oportuno señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de derecho la no instauración de los procedimientos, tendentes a resolver en torno a la probable responsabilidad de las y los servidores públicos por violación 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 aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que estas deben ser ejemplares, aflictivas, inhibitorias y educativas.

Cuarta. Ordene que se agregue copia de la presente resolución a los expedientes administrativos de los médicos Raúl Martín Villa Sánchez y Miguel Ángel González Flores, así como de las enfermeras Griselda Berenice Rodríguez Contreras y Ma. del Carmen López Valdez.

Quinta. Ordene por escrito al personal de Enfermería del HCGFAA que siempre ajusten su actuación a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM004-SSA3-2012, del expediente clínico; y NOM-027-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud, que señalan los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica, y se haga conciencia en ellos sobre la obligatoriedad de su aplicación.

Sexta. Realicen una investigación en la que se determine quién fue el médico que estuvo laborando por la noche del 19 de abril de 2021 en el área de Triage del HCGFAA, quien al parecer tenía conocimiento de la necesidad de atención médica del agraviado, puesto que la enfermera Ma. del Carmen López Valdez mencionó en su informe de ley que en todo momento le comentó a un médico el estado de salud de VD. Una vez identificado, se inicie en su contra una investigación administrativa, en la que se valoren las pruebas y evidencias contenidas en la presente Recomendación, la cual deberá ser incluida al expediente administrativo a efecto de fortalecer la investigación para determinar la responsabilidad en que pudieron haber incurrido; y una vez deslindadas sus posibles responsabilidades y habiéndoles otorgado su garantía de audiencia y defensa, se les apliquen las sanciones que en derecho correspondan.

Es oportuno señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de derecho la no instauración de los procedimientos tendentes a resolver en torno a la probable responsabilidad de los servidores públicos por violación



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 estas deben ser ejemplares, aflictivas, inhibitorias y educativas.

Séptima. Una vez que se tenga conocimiento de la identidad del servidor público involucrado, se agregue una copia de esta Recomendación en su expediente, para que obre como antecedente de sus conductas violatorias de derechos humanos.

Octava. Ordene una investigación del caso aquí planteado por medio del área de Calidad de dicho organismo, y del resultado de esta se elaboren propuestas que hagan posible la mejora continua de la calidad de la atención médica. Asimismo, y como parte de sus atribuciones, se incorporen programas para la atención y manejo de los eventos adversos como el aquí documentado, de acuerdo con los siguientes pasos como mínimo:

- Promover un cambio cultural a través del desarrollo de un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención.
- Que se cuente con una supervisión suficiente que permita garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad al paciente y la aplicación de la normatividad vigente en el proceso de atención.
- Difundir el conocimiento de lo aquí documentado, sus causas y estrategias de prevención, las cuales deben incluir una reingeniería en los procesos administrativos para que los usuarios del servicio médico cuenten con expedientes clínicos completos y debidamente integrados.
- Capacitar al personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.

5.3. *Peticiones*

Aunque no es autoridad involucrada como responsable en la presente Recomendación, pero tiene atribuciones y competencia para actuar a favor de las víctimas de delito y de violaciones de derechos humanos, con fundamento en los artículos 70 y 71 de la ley de la CEDHJ, se hacen las siguientes peticiones:

Al secretario técnico de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas:

Primera. Conforme a los principios y derechos señalados en el cuerpo de la presente resolución, gire debidas instrucciones al personal a su digno cargo, con las atribuciones legales y competencia necesaria, para que se proceda a integrar en los registros de víctimas correspondientes al agraviado como víctima directa, así como a las víctimas indirectas que conforme a derecho corresponda. Lo anterior, en términos de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco y su reglamento.

Segunda. Gire las debidas instrucciones al personal a su digno cargo, con las atribuciones legales y competencia necesaria, para que se informe de sus derechos a las víctimas indirectas, se les asigne asesor jurídico (en caso de que aún no lo tengan) y se realicen las acciones necesarias para que se les proporcionen las medidas de atención, asistencia y protección, tendentes a garantizar el acceso a la verdad, a la justicia y a la reparación integral del daño.

Tercera. Garantice en favor de las citadas víctimas las acciones y medidas de ayuda, atención, asistencia, así como reparación integral del daño que resulten procedentes, en términos de la Ley General de Víctimas, la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco y demás legislación citada en el cuerpo de la presente resolución, que obligan a su cumplimiento a todas las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias. Esto en el caso de que las autoridades resultantes como responsables en la presente Recomendación, no lo hicieren. Lo anterior, como un acto de reconocimiento, atención y debida preocupación por las víctimas de delitos y de violaciones a los derechos humanos.

Al emitir la presente Recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco, lo hace con el ánimo de que OPD HCG presten con calidad, oportunidad y calidez el servicio público encomendado.



En este sentido, las recomendaciones de este organismo deben ser interpretadas como coadyuvantes en el perfeccionamiento de su función.

Esta institución deberá hacer pública la presente Recomendación y podrá darla a conocer a los medios de comunicación, de acuerdo con el artículo 79 de la ley que rige su actuación y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72, párrafo segundo y 77 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se informa a las autoridades a las que se dirige, que tienen un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se les notifique, para que informen a este organismo si la aceptan o no; en caso afirmativo, esta Comisión estará únicamente en espera de las constancias que acrediten su cumplimiento, las cuales deberán presentarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de aceptación.

De no ser aceptada o cumplida, las autoridades o servidores públicos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, y con base en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 71 bis, de la ley de esta institución, la Comisión podrá solicitar al Congreso del Estado que las autoridades comparezcan ante dicho órgano legislativo a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

Las Recomendaciones de esta Comisión pretenden ser un sustento ético y de exigencia para las autoridades y la ciudadanía, en la resolución de problemas cotidianos que impliquen un abuso de las primeras y, por ello, una violación de derechos. Es compromiso de este organismo coadyuvar con las autoridades, orientarlas y exigirles que su actuación refleje la alta investidura que representan en un Estado constitucional y democrático de derecho.

Atentamente

Alfonso Hernández Barrón
Presidente

Esta es la última hoja de la Recomendación 29/2022, que consta de 68 páginas



FUNDAMENTO LEGAL

1.- ELIMINADO el nombre de un particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracción IX de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

23.- ELIMINADA la edad, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracción IX de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

32.- ELIMINADO el color de piel, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato de origen de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción II de los LGPPICR.

34.- ELIMINADO el color y tipo de cabello, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato de origen de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción II de los LGPPICR.

35.- ELIMINADA la estatura, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato de origen de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción II de los LGPPICR.

* **"LTAIPEJM:** Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios.

LPDPPSOEJM: Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el Estado de Jalisco y sus Municipios.

LGPPICR: Lineamientos Generales para la Protección de la Información Confidencial y Reservada que deberán observar los sujetos obligados previstos en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios."