

Expediente: CDHEZ/507/2017

Persona quejosa: VD

Persona agraviada: VD

Autoridad Responsable: Personal Médico de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, de la Secretaría de Salud de Zacatecas.

Derechos Humanos vulnerados:

I. Derecho a la salud, en relación a su protección.

Zacatecas, Zacatecas, a 31 de diciembre de 2019, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron el expediente CDHEZ/507/2017, y analizado el proyecto presentado por la Cuarta Visitaduría, la suscrita aprobó, de conformidad con los artículos 4, 8 fracción VIII, 17 fracción V, 37, 51, 53 y 56 de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con lo dispuesto por los numerales 80, 81, 82, 83, 84, 85 y 86 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, la **Recomendación 17/2019** que se dirige a la autoridad siguiente:

Doctor **GILBERTO BREÑA CANTÚ**, Secretario de Salud de Zacatecas.

I. DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. De conformidad con los artículos 6º apartado A, fracción II y 16, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Mexicanos y los artículos 23 y 85 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Zacatecas, los datos personales relacionados con esta resolución permanecerán confidenciales, ya que sus datos personales, así como aquellos relativos a su vida privada y familia, no tienen el carácter de públicos.

II. RELATORÍA DE LOS HECHOS Y OBJETO DE LA CONTROVERSIA.

1. El 06 de diciembre de 2017, **VD** presentó, de conformidad con los artículos 30, 31 y 32 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, queja en contra de personal médico de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, perteneciente a la Secretaría de Salud de Zacatecas, por actos presuntamente violatorios de sus derechos humanos.

Por razón de turno, el 07 de diciembre de 2017, se remitió el escrito de queja a la Cuarta Visitaduría, bajo el número de expediente citado al rubro, a efecto de formular el acuerdo de calificación de ésta, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 55 y 56 del Reglamento de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.

El 08 de diciembre de 2017, se determinó calificar los hechos como presuntas violaciones al derecho de protección a la salud, de conformidad con lo establecido por el artículo 56, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.

2. Los hechos materia de la queja consistieron en lo siguiente:

Refiere **VD** que, el 4 de agosto de 2017, cerca de las 24:00 horas, fue asaltado y golpeado con un bate y un arma de fuego motivo por el que fue trasladado a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, perteneciente a la Secretaría de Salud de Zacatecas, la cual se ubicada en el municipio de Guadalupe. Señala el quejoso que arribó a dicho lugar durante las primeras horas del 05 de agosto, fue atendido por un médico, sin recordar si

era hombre o mujer, el que, sin revisarlo, le mandó tomar una radiografía del tórax; y, al examinarla, le informó que no se trataba de nada grave, que regresara a su domicilio, con indicaciones de tomar paracetamol para el dolor y mucho líquido. Empero, **VD** insistió en que tenía mucho dolor, pero el médico le reiteró que no era nada grave y que, en cinco días, se le pasaría el malestar, esto sin siquiera auscultarlo físicamente.

Sin embargo, la noche del 06 de agosto de 2017, **VD** volvió a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, porque presentaba dificultad para respirar y dolor insoportable, pero no le brindaron atención médica, pues el vigilante le informó que el personal se encontraba dormido. Motivo por el cual, fue trasladado al Hospital San Agustín, ya que comenzó a vomitar sangre. En dicho nosocomio, fue diagnosticado con pancreatitis post-traumática y diabetes mellitus secundaria.

3. El 14 de diciembre de 2017, la Doctora **JESSICA BEATRIZ MORENO DE QUEVEDO**, Directora de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias Zacatecas, presentó informe de autoridad, en donde se detalla la atención médica que le fue proporcionada a **VD** en dicho nosocomio.

III. COMPETENCIA.

1. Esta Comisión no soslaya que, en el párrafo tercero del escrito de queja, suscrito por **VD**, refiere haberla presentado en contra del personal médico adscrito a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias Zacatecas, perteneciente a la Secretaría de Salud de esta entidad federativa, así como del personal del Hospital San Agustín, mismo que es una institución que brinda atención médica y hospitalaria de forma privada, por lo anterior, se determina la competencia de la forma siguiente:

I. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, atendiendo a los artículos 1º, 4º, 6º, 8º fracción VII, inciso A) y 31 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con los numerales 15, 16 y 17 de su Reglamento Interno, resulta competente para conocer de quejas y denuncias relacionadas con la presunta violación de los derechos humanos, cuando éstas fueran imputables, por acción u omisión, a autoridades y servidores públicos de carácter estatal y municipal, por lo que se reputan servidores públicos los señalados en la Constitución Política del estado y las leyes que de ella emanan, así como de servidores públicos de organismos descentralizados, desconcentrados o empresas donde tengan participación el Gobierno del Estado o los municipios; cuando particulares o alguna persona moral cometan ilícitos con tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad. Asimismo, esa competencia se ciñe al plazo de un año, contado a partir de que se hubiera iniciado la ejecución de los hechos que se estimen violatorios o de que el quejoso hubiese tenido conocimiento de los mismos.

II. Atendiendo lo anterior, a este Organismo le resulta competencia para conocer y resolver solo por lo que hace a los hechos investigados y acreditados, respecto a la atención médica que el personal de salud le brindó a **VD** dentro de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias Zacatecas, perteneciente a la Secretaría de Salud de Zacatecas, pues el personal adscrito tiene la calidad de servidores públicos y los hechos fueron denunciados 04 meses después de ejecutados.

III. Por lo que hace a la denuncia hecha en contra del personal médico del hospital privado (San Agustín), atendiendo al numeral I, precedente, esta Comisión no cuenta con facultad para pronunciarse respecto de la atención médica, hospitalaria y quirúrgica que recibió, pues escapa a la señalada competencia legal.

2. De conformidad con los artículos 55 y 56 del Reglamento Interior de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, este Organismo advierte que los hechos se puede presumir la violación de los derechos humanos de **VD** y la responsabilidad por parte de los servidores públicos señalados.

3. Esta Comisión presumió la violación de los siguientes derechos:
- a) Derecho a la salud, en relación a su protección.

IV. PROCEDIMIENTO ANTE LA COMISIÓN.

Con la finalidad de documentar las presuntas violaciones a derechos humanos, así como para determinar la existencia o no de responsabilidad, por parte de los servidores públicos señalados, este Organismo realizó entrevistas a personas relacionadas con los hechos; se recabaron comparecencias de personal adscrito a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias; se solicitaron informes a las autoridades señaladas como responsables, así como informes en vía de colaboración; se realizó investigación de campo en la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias; y se consultó expediente médico y dictamen médico pericial.

V. SOBRE LOS DERECHOS VULNERADOS.

A) DERECHO A LA SALUD, EN RELACIÓN A SU PROTECCIÓN.

1. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹

2. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que "(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)".

3. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que "toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

4. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como "(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)".²

5. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (Comité DESC), apunta que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos que se encuentran interrelacionados:

- Disponibilidad: El Estado debe asegurar la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios funcionales de salud pública y asistencia sanitaria, que también deberían incluir los "determinantes básicos de la salud", como agua potable, salubridad adecuada, servicios médicos y personal cualificado.
- Accesibilidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación.
- Aceptabilidad: Las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la deontología médica y ser culturalmente apropiados.
- Calidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser médica y científicamente apropiados y de buena calidad.³

¹ CNDH. Recomendaciones 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 73/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

² "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", aprobada por la Asamblea General de la ONU.

³ Observación General 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", 11 de agosto de 2000, párrafo 12.

6. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

7. La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁴ estableció que “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

8. En el ámbito nacional, el artículo 4º, párrafo cuatro, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en jurisprudencia administrativa 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 [...]”.⁵

9. La Convención Americana sobre Derechos Humanos prevé en su artículo 5.1 que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física. Desde el parámetro de la atención a la salud, se encuentra estrecha relación con este derecho en virtud de las obligaciones Estatales derivadas de la prestación de servicios médicos para la conservación y restablecimiento del estado óptimo de salud, en tanto que las irregularidades u omisiones del personal que interviene en el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio.

10. En el párrafo 92 de la Recomendación 81/2017, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos estableció que el derecho a la integridad personal es “[...] aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero”.

11. El derecho a la integridad personal implica aquella legitimidad del individuo para preservar la totalidad de sus facultades físicas, psíquicas y morales. El pleno ejercicio de este derecho genera una obligación a cargo del Estado, de eliminar y prevenir todas aquellas prácticas que priven, vulneren o atenten contra la conservación de estas cualidades. La CrIDH ha puntualizado que: “[...] la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana”⁶.

12. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al emitir la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, página 7, y Recomendación 38/2016, del 19 de agosto 2016, párr. 21, reiteró que el derecho a la salud 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 éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad y calidad”.

⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁵ 3 SCJN. “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, registro No. 167530.

⁶ “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 117.

13. En este sentido, señaló la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que la disponibilidad se refiere a la “[...] existencia de infraestructura y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud. En el caso en concreto la disponibilidad de un centro de salud es primordial para el desarrollo y bienestar de una colectividad, a fin de que se garantice su derecho a la protección de la salud; lo anterior implica que debe cumplir con las condiciones sanitarias y de infraestructura necesarias para la correcta prestación del servicio de salud”⁷.

14. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,⁸ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”.

15. Por su parte el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, “[...] los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría” que en el presente caso no ocurrió.

16. Lo anterior se afirma, en virtud de que **VD** refirió que, el 05 de agosto de 2017, luego de haber sido agredido físicamente por dos personas, quienes emplearon en su agresión un bate y un arma de fuego, fue trasladado, en ambulancia de la Cruz Roja, a las instalaciones de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, ubicada en Paseo Francisco García Salinas, sin número, en el municipio de Guadalupe, Zacatecas, lugar en el que fue ingresado al área de urgencias, informándole al personal médico que fue golpeado en el abdomen, por lo que el dolor era intenso y presentaba dificultad para respirar; sin embargo, sin haberlo auscultado, el personal médico ordenó se le practicara una radiografía, con la cual concluyó que no era nada grave, indicándole que se retirara a su domicilio, ministrándole paracetamol para el dolor y la ingesta de líquido en abundancia. Asimismo, refiere que, pese a la insistencia de que era mucho el dolor, le dijo que no era nada grave y que, en cinco días, le pasaría el dolor. No obstante, al día siguiente, ante la dificultad para respirar y en virtud de que no soportaba el dolor, solicitó a **T1**, lo trasladara nuevamente a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, en donde le fue negado el servicio, pues se le informó que no había nadie o que el personal estaba dormido, motivo por el cual se vio en la necesidad de trasladarse al Hospital San Agustín, siendo éste un hospital privado, en donde luego de ver la placa de Rayos X le dijeron que no arrojaba nada, que continuada con el mismo analgésico y se regresara a su domicilio.

17. No obstante, después de un rato y debido al intenso dolor, comenzó a vomitar sangre y presentó dificultad para respirar, por lo que el médico **M1**, señaló que la mancha blanca en el abdomen se debía a que el páncreas se había reventado, por lo que fue diagnosticado con pancreatitis post-traumática y diabetes mellitus secundaria.

18. Corolario de lo anterior, por técnica jurídica y atendiendo a la competencia de esta Comisión, los hechos se subdividen en dos momentos, los cuales podemos enunciar como la atención recibida y la atención negada, por parte del personal de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, lo cual se hace a continuación:

a) Respecto a la atención recibida:

19. En el presente caso, se advierte el informe de autoridad expedido por la Doctora **JESSICA BEATRÍZ MORENO DE QUEVEDO**, Directora de la Unidad de Especialidad Médica Urgencias Zacatecas, en donde afirma que, efectivamente el sábado 05 de agosto de 2017, a las 02:13 horas, fue atendido el aquí agraviado **VD** por haber sufrido un asalto, quien refirió múltiples golpes con pérdida transitoria del estado de alerta, dolor costal y cefalea; que, luego de haber obtenido una radiografía del tórax, no se mostró lesión ósea

⁷ CNDH. Recomendación 25/2018, párrafo 156.

⁸ “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, registro 167530.

y se le diagnosticó con “contusión de tórax”, por lo cual se le dio el tratamiento médico a base de diclofenaco y naproxeno, al tiempo que se le indicó revaloración en su unidad de salud.

20. Asimismo, informó que, quienes atendieron a **VD** el 05 de agosto de 2017, fueron la Doctora **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ** y la Enfermera **HIRAN HAIDEE ORTA SOLÍS**, a quienes, personal adscrito a esta Comisión, les recabó comparecencia el 20 de febrero de 2018 y, por lo que hace a la primera de las citadas, afirmó que el entonces paciente, le informó que lo habían golpeado, y que tenía dolor de cabeza y pecho, por lo cual le solicitó una placa de Rayos X del tórax; la cual, al revisarla, estaba normal, es decir, sin alteraciones, razón por la que le dio analgésico y lo mandó a su casa.

21. En relación a lo anterior, este Organismo solicitó fuera remitida la copia de la hoja de consulta y Triage, de la atención proporcionada a **VD** en Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, el sábado 05 de agosto de 2017, a las 02:13 horas, de la cual se desprende que, el personal de salud que lo atendió, asentó en el área de “Padecimiento Actual” lo siguiente: “REFIERE ASALTO Y MÚLTIPLES GOLPES CON PÉRDIDA TRANSITORIA DEL ESTADO DE ALERTA ACTUALMENTE REFIERE DOLOR COSTAL...”.

22. Asimismo, se solicitó, en vía de colaboración, copias del expediente clínico de la atención brindada a **VD** en el Hospital San Agustín, del que se desprende que ingresó a dicho nosocomio el lunes 07 de agosto de 2017, a las 03:33 horas, con diagnóstico al ingreso de “SX DE ABDOMEN AGUDO”, a la exploración física y signos vitales, presentaba “Dolor abdominal, abdomen en tabla, peristalsis abolidas, palpación superficial con dolor”, por lo que el diagnóstico fue de probable pancreatitis postraumática, diabetes mellitus debutante, cetacidosis diabética refractaria a manejo y policontundido.

23. Por lo cual, en el hospital privado se tenía considerado al aquí agraviado como un paciente grave, altamente complicable con el proceso abdominal, por lo cual permaneció bajo sedación, criterio que fue sostenido por los doctores, Médico Internista **M1** y Médico Cirujano **M2**, en las notas de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos del 07 de agosto de 2017, a las 09:40; 08:10 y 22:10 horas. Luego, en diversa nota, suscrita por la Doctora **M3**, de Gastroenterología y Endoscopía, asentó: “pronóstico reservado ligado a evolución”.

24. Para el día 09 de agosto de 2017, a las 08:10 horas, el Doctor en Medicina Interna **M1**, asentó que el paciente “desde el día de ayer a las 23 hrs, inicia con picos febriles que han llegado hasta 39°...” y, en su comentario señaló: “Se considera un (sic) altamente complicable, se reporta grave, pronóstico reservado...”; igualmente, en la subsecuente nota, suscrita por el citado médico a las 16:51 horas, en los comentarios se asentó: “...repórtese por el momento como grave con pronóstico reservado para la función y la vida.”

25. Derivado del estado grave de salud que presentaba **VD** el 07 de agosto de 2017, a las 04:30 horas (sic), fue intervenido quirúrgicamente de manera urgente, con diagnóstico de “ABDOMEN AGUDO”, y con plan quirúrgico (cirugía planteada): “LAPE”, así como servicio a cargo de cirugía general; los anteriores datos fueron obtenidos de la nota pre operatoria servicio de cirugía (Cirujano en Quirófano) y en cuya nota pre operatoria o comentarios del caso, el Doctor **M2**, asentó lo siguiente: “MASCULINO 27 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR DOLOR ABDOMINAL DE MODERADA A SEVERA INTENSIDAD GENERALIZADO ASÍ COMO DIFICULTAD RESPERATORIA. COMO ANTECEDENTE REFIERE SER GOLPEADO POR OBJETO CONTUSO EL DÍA SÁBADO EN CABEZA TÓRAX Y ABDOMEN.”

26. Finalmente, en la nota de egreso, que data del 12 de agosto de 2017, a las 15:09 horas, se desprenden los siguientes datos: fue dado de alta por mejoría, “Resumen de la evolución y estado actual: Se trata de paciente masculino de 27 años de edad, el cual se encuentra cursando su 5to día de estancia hospitalaria con diagnóstico de PO LAPE./Pancreatitis/Cetoacidos corregida, paciente que se encuentra en buenas condiciones generales, con buena tolerancia a la vía orall, uresis presente, evacuaciones

presentes, canalizando gases, deabulación sin alteraciones, niega dificultad respiratoria (...) Abdomen: Blando depresible, con herida quirúrgica...”.

27. Con lo anterior se tiene por cierto que, el estado de salud de **VD**, luego de las agresiones físicas que refirió haber sufrido a manos de sus asaltantes, era grave; asimismo, que, en un primer momento, acudió a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, perteneciente a la Secretaría de Salud de Zacatecas, en donde le brindaron atención sin tomar en cuenta que el paciente refirió haber sido golpeado con un bate en el abdomen, sentía un intenso dolor y dificultad para respirar; además de que no fue auscultado y sólo se le ordenó la toma de unos Rayos X de tórax y, tras revisar la radiografía, fue informado de que su situación no era grave, por lo cual, luego de darle analgésicos, se le indicó que podía irse a su casa.

28. Si bien, en el expediente de queja se cuenta con la versión de los hechos narrada por el agraviado, así como el informe de autoridad y comparecencias, rendidas por las Doctoras **JESSICA BEATRIZ MORENO DE QUEVEDO** y **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**, así como en informe en vía de colaboración por parte del Hospital San Agustín, a juicio de este Organismo, se hizo necesario solicitar un dictamen médico pericial, por lo cual, para mayor comprensión de los términos médicos empleados, así como para determinar la responsabilidad en que incurrió el personal médico adscrito a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, de la Secretaría de Salud de Zacatecas, esta Comisión de Derechos Humanos, solicitó a la Doctora **MARÍA DE JESÚS GONZÁLEZ VENEGAS**, Perito Médico Legista, un dictamen médico, mismo que resulta ilustrativo y orientador para la comprensión de los términos empleados en el expediente clínico de **VD**⁹, quien, a efecto de emitir su opinión, tuvo copia del expediente que ahora se resuelve, así como copias del expediente clínico generado en el Hospital San Agustín, respecto de la atención médica, quirúrgica, farmacológica y hospitalaria que se le brindó.

29. Aun y cuando el citado dictamen médico pericial se transcribió en su literalidad en el apartado de pruebas, serán retomados algunos términos y conceptos, por lo que se tiene que, de acuerdo al artículo 72 de la Ley General de Salud, una urgencia es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata. Luego, la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en los artículos 4.4; 7.1.4; 7.1.5; 7.1.6 y 7.1.7, establece en qué consiste el expediente clínico, así como las notas médicas en urgencias, entre ellas el resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; los resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; diagnósticos o problemas clínicos; y tratamiento y pronóstico.

30. En la fundamentación, el citado dictamen médico pericial, explica respecto al padecimiento con el que fue diagnosticado **VD** en el Hospital San Agustín, como “**ABDOMEN AGUDO**”, y precisa que éste se define como “síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con duración en casos mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto, requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos y resolutivos en forma inmediata. El dolor se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato.” Asimismo, que “la correcta y oportuna evaluación e historia clínica continúan siendo primordiales en el diagnóstico y tratamiento”.

31. Por otro lado, señala que el abdomen agudo comprende el origen traumatológico y padecimientos no relacionados al trauma; como causa u origen del cuadro clínico. El término dolor abdominal agudo (DAA) se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, con o sin una causa conocida en el momento de su evaluación. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos responsables del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas

⁹ Tesis aislada “PRUEBA PERICIAL. SU NATURALEZA JURÍDICA Y ALCANCE.” Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXII, Diciembre de 2005, Pag. 2745. Número de Registro 176491.

implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de aquellas causas inusuales o de aquellos factores que con frecuencia conducen a error.

32. Refiere que, en el abdomen, existe una serie de terminaciones libres o receptores del dolor situados específicamente tanto en el músculo liso de las vísceras huecas (vesícula y vías biliares, intestino, vejiga y uréteres), como en la cápsula de algunas vísceras sólidas (hígado, bazo y riñones), el peritoneo parietal y el mesenterio. Estos receptores responden tanto a estímulos mecánicos, como químicos. En contraste, los receptores existentes en la mucosa de las vísceras huecas únicamente responden a estímulos químicos. Otras estructuras como el peritoneo visceral o el epiplón, carecen de receptores, lo que explica la insensibilidad de estas estructuras. Así como que se describen tres tipos de dolor abdominal: dolor visceral, dolor referido y dolor parietal.

33. El dolor visceral, tiene origen con la distensión o contracción violenta de la musculatura de una víscera hueca. El estímulo se transmite a través de las fibras C que forman parte de los nervios espláncnicos. Éstos transmiten impulsos de conducción lenta que dan lugar a un dolor mal delimitado, de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático. Así es el dolor referido por el paciente en el epigastrio, La cualidad del dolor es variable y oscila entre un dolor sordo y urente hasta un dolor manifiestamente cólico. Es un tipo de dolor que frecuentemente se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. No existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular y, debido a que la inervación visceral alcanza ambos lados de la médula, su localización se sitúa en la línea media.

34. El dolor referido, en ocasiones, el dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una zona localizada a distancia del órgano afectado. Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuido. Su origen puede explicarse por la teoría de la convergencia-proyección. Así, las fibras que conducen los estímulos viscerales convergen en la asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (p. ej: procedentes de la piel). Debido a que la densidad de estos últimos es muy superior y a que los impulsos procedentes de la piel son mucho más frecuentes, cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido, las neuronas de la asta posterior medular localizan erróneamente la procedencia del estímulo, situándolo en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular. Por ejemplo, los impulsos nociceptivos procedentes de la vesícula entran en la médula entre las dorsales DS-D10 Cuando la vesícula es afectada por un proceso inflamatorio -colecistitis-, la inflamación hace descender el umbral del dolor, justificando la aparición de un dolor referido a la escápula.

35. Por su parte, el dolor parietal, en este caso el impulso álgido se transmite a través de fibras A D mielínicas, que se hallan integradas en los nervios somáticos o cerebroespinales. Son de conducción rápida, poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado. En definitiva, son responsables del denominado dolor epicrítico, En todos estos casos es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular. El dolor agudo representa, probablemente, el ejemplo más representativo para ilustrar los tres tipos de dolor descrito, según la fase evolutiva de la enfermedad. En una etapa inicial, la distensión brusca aparición de un dolor visceral verdadero, localizado en la línea media superior del abdomen. En una fase ulterior, la inflamación de la mucosa disminuye el umbral de percepción justificando la aparición de un dolor referido al tórax óseo. Finalmente, la extensión del proceso inflamatorio al peritoneo determina la aparición de un dolor epicrítico, de mayor intensidad, localizado exactamente en la zona estimulada, junto con un área de hiperestesia cutánea y de defensa abdominal.

36. Respecto al diagnóstico del dolor abdominal agudo, señala la médica perita que apoya a este Organismo, debe recordarse que existen causas intra y extra abdominales. Los puntos esenciales sobre los que debe sustentarse el juicio diagnóstico son siempre una historia clínica concienzuda y un examen físico minucioso, así como la interpretación juiciosa de exámenes de laboratorio y algunas pruebas complementarias básicas o avanzadas. De ahí que la historia clínica debería centrarse en tres puntos esenciales: los antecedentes clínicos del enfermo, la semiología del dolor y los síntomas asociados.

Antecedentes médico-quirúrgicos, el conocimiento de los antecedentes clínicos del paciente aporta valiosa información para orientar el diagnóstico.

37. Respecto a la semiología del dolor, el dictamen pericial médico señala las siguientes características:

- Localización. La localización del dolor constituye una valiosa ayuda para reducir el espectro de posibilidades diagnósticas. El dolor de origen visceral tiende a localizarse de acuerdo con el origen embriológico del órgano afectado. Así, la afectación de órganos situados desde la boca hasta la porción proximal del intestino causa dolor en el abdomen superior, los órganos localizados desde el duodeno proximal hasta el colon transversal medio causan dolor en la región periumbilical y los localizados entre el colon transversal distal y el recto, producen dolor en el hemiabdomen inferior. Dolor abdominal difuso: a diferencia de los anteriores —casi siempre expresión de un síndrome de inflamación visceral—, la localización difusa del dolor debe hacer considerar la posibilidad de entidades que pueden comprometer gravemente la vida del enfermo, En todo caso, basar el diagnóstico de presunción en la localización del dolor abdominal puede conducir a error.
- Irradiación La irradiación del dolor a menudo proporciona información útil para el diagnóstico. Considerando irradiaciones típicas de algunos procesos abdominales frecuentes. Entre ellas deben mencionarse:
 - El dolor irradiado al hipocondrio derecho y zona subescapular, típico del cólico biliar y la colecistitis.
 - El "dolor en cinturón" que suele aparecer en individuos con bajo umbral frente al dolor, marcada distensión gástrica o intestinal o pancreatitis.
 - El dolor irradiado a la espalda es característico de procesos biliopancreáticos, úlcera péptica con signos de penetración o perforación, patología renoarterial o vertebral y procesos ginecológicos.
 - La irradiación a la ingle es propia del cólico nefrítico, pero también del aneurisma disecante de aorta. Algunos pacientes han presentado muerte súbita después de haber sido diagnosticados de un cólico renoarterial, debido a que ambas entidades comparten, a menudo, características semejantes en la irradiación del dolor.

38. Por cuanto hace a la forma de comienzo del dolor, señala el dictamen médico, que el modo de comienzo puede aportar datos interesantes para un diagnóstico precoz. Un dolor de comienzo súbito sugiere la perforación de una víscera hueca, una oclusión vascular mesentérica o la torsión de un quiste ovárico. El cólico nefrítico y la pancreatitis aguda también pueden originar un cuadro de dolor de comienzo brusco o que adquiere una intensidad extrema en pocos minutos. Ambas entidades, sin embargo, pueden manifestarse de un modo más insidioso, como ocurre, en general, en el síndrome de inflamación visceral.

39. Respecto a la calidad o carácter del dolor, con frecuencia es difícil de precisar, particularmente cuando el paciente es poco colaborador, presenta deterioro cognitivo, hipoacusia o simplemente, se muestra poco receptivo. Sin embargo, el carácter o calidad del dolor puede ser de valiosa ayuda para discernir el origen del cuadro. Ello es más probable cuando el paciente describe un dolor manifiestamente cólico -intensidad creciente hasta alcanzar una meseta y desaparición gradual hasta remitir totalmente, para repetir nuevamente después de un intervalo libre de algunos segundos o minutos. La intensidad del dolor suele relacionarse con la gravedad del cuadro, particularmente cuando el comienzo de aquél es agudo. Las causas más frecuentes de dolor abdominal de intensidad "extrema" son el cólico biliar o renal, la peritonitis, la pancreatitis aguda y el aneurisma de aorta abdominal. Tiene interés conocer algunas patologías que pueden cursar con un dolor de intensidad desproporcionada en relaciónlos hallazgos encontrados en el examen físico. Por lo que el examen físico proporciona información primordial para el diagnóstico del dolor abdominal agudo.

40. La Perita Médica refiere que el examen físico debe comenzar con una evaluación del estado general. La actitud del enfermo (agitado en el cólico hepático o renal, inmóvil en el abdomen con peritonitis), el registro de las constantes (pulso, tensión arterial, frecuencia

respiratoria y temperatura), así como la coloración de la piel y el estado de hidratación, proporcionan valiosa información para evaluar el impacto de la enfermedad sobre la condición general. Puede ser útil comprobar la presencia de cambios significativos en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial con el ortostatismo (como indicadores de hipovolemia). La inspección del abdomen resulta esencial para identificar la presencia de hernias y cicatrices quirúrgicas.

41. Importante resulta destacar que el dictamen pericial refiere que, la auscultación del abdomen resulta necesario, y que el fonendoscopio debe aplicarse al menos durante 2 minutos. La frecuencia de ruidos intestinales que reflejan el peristaltismo normal oscila entre 2-12 por cada minuto. La presencia de "silencio abdominal" durante más de 2 minutos debe sugerir un cuadro de peritonitis difusa aguda. La palpación del abdomen debe realizarse con especial cuidado, comenzando por el punto más alejado de la zona problema con el fin de no provocar una contractura abdominal que dificulte la palpación de otras áreas. La mayoría de los médicos han sido instruidos para identificar algunos signos como señales evidentes de irritación peritoneal (dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen, hipersensibilidad desencadenada por la tos o los movimientos bruscos del mismo, contractura abdominal y dolor significativo al percutir el área comprometida). La sensibilidad y especificidad de estos signos es variable en los diferentes estudios. La aparición de dolor tras una percusión suave sobre el área del problema o tras algunas maniobras simples como la tos o la caída de los talones sobre el suelo a menudo proporcionan información suficiente y menos traumática.

42. Por otro lado, infiere que las pruebas diagnósticas, la historia clínica y el examen físico proporcionan información esencial para una correcta orientación diagnóstica, es indiscutible el peso específico de algunas pruebas complementarias en el estudio del dolor abdominal agudo. Estas pueden clasificarse en pruebas básicas o elementales, de uso rutinario, y exploraciones avanzadas, que resultan de utilidad en casos muy concretos, los estudios de laboratorio y gabinete deben ser dirigidos a detectar la patología intraperitoneal, en esencia lo quirúrgico, desde lo más básico y no invasivo hasta lo más complejo y potencialmente invasivo, los estudios de laboratorio básico incluyen: biometría hemática, química sanguínea de, al menos tres elementos, tiempos de coagulación, examen de orina y en la mujer en edad fértil la prueba inmunológica de embarazo; para los cuadros del abdomen superior: amilasa, lipasa y pruebas de función hepática, los estudios de gabinete deben iniciar como es tradición por una telerradiografía de tórax y placas simples del abdomen o para algunos casos el método fast de algunos servicios de urgencias, especialmente en relación al trauma.

43. Los estudios radiológicos convencionales (tórax y abdomen) no aportan valor a la evaluación clínica para discriminar correctamente entre una causa urgente y no urgente. La radiografía convencional no tiene un lugar en el estudio de pacientes con dolor abdominal agudo, debido a que no adiciona información valiosa a la obtenida mediante la evaluación clínica el ultrasonido convencional, al igual que la tomografía computarizada son métodos de gran ayuda cuando no retrasan considerablemente el tratamiento quirúrgico. El diagnóstico basado en la evaluación clínica y la ecografía abdominal, se corresponde con el diagnóstico final, se pudo establecer correctamente un diagnóstico urgente, basados en la información de la evaluación clínica y el ultrasonido. La evaluación clínica, combinado con la TAC, identifica correctamente una causa urgente en 89% de pacientes, es el examen con más alta sensibilidad y especificidad en pacientes con dolor abdominal agudo. Cuando no es posible establecer un diagnóstico, después de realizar una historia clínica y un examen físico detallado, y de acudir a las ayudas diagnósticas pertinentes, se utiliza el término "dolor abdominal inespecífico". Estos pacientes se pueden manejar ambulatoriamente, con instrucciones sobre la presencia de signos de alarma y revisión por la consulta prioritaria al día siguiente; siempre y cuando no tengan comorbilidades serias.

44. Refiere el dictamen pericial que, para dar de alta a un paciente que consulte por dolor abdominal, se requiere que no presente inestabilidad hemodinámica, que se haya logrado un buen control del dolor, certeza que el paciente no tiene un abdomen agudo, disponibilidad de medicamentos para el control del dolor en su casa, y ausencia de

comorbilidades que requieran un manejo intrahospitalario. Estos pacientes deben tener instrucciones claras y precisas, por escrito, acerca de la medicación, la alimentación e hidratación y la presencia de síntomas y signos de alarma, que ameritan consultar de inmediato al servicio de urgencias.

45. Particularmente, el dolor abdominal de origen pancreático, siguiendo el contenido del dictamen médico, se define la pancreatitis como una inflamación pancreática, se definió como pancreatitis aguda (PA) aun (sic) cuadro dominado por dolor abdominal agudo con elevación de enzimas pancreáticas. El origen de la afección es multicausal: trastornos metabólicos, enfermedades preexistentes, por fármacos (5 %), pero en un 90 % suele reconocer como antecedentes a la litiasis biliar y el alcoholismo. Anatomopatológicamente se habla de una forma edematosa y otra necro hemorrágica (de peor pronóstico). El cuadro clínico está dominado por el dolor abdominal agudo, de localización epigástrica que irradia en cinturón de características constante y terebrante. Puede referirse a la espalda y generalizarse rápidamente a todo el abdomen. En forma característica el paciente adopta postura antiálgica, suele acompañarse de náuseas y vómitos. El paciente se presenta con compromiso del estado general, repercusión hemodinámica (taquicardia, hipotensión arterial, etc.), sudoroso, ansioso y dolorido. El abdomen es doloroso sobre todo en epigastrio, hay distensión abdominal con o sin ascitis. Casi siempre aparece el íleo reflejo.

46. Por cuanto hace a la cetoacidosis diabética (CAD) y estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH), representan complicaciones severas de la diabetes mellitus. Constituyen estados hipoglucémicos que se diferencian clínicamente por la severidad de la deshidratación, y si la cetosis y acidosis metabólica están o no presentes: la cetoacidosis se caracteriza por cetonemia y acidosis con brecha aniónica elevada, mientras que el estado hiperglucémico hiperosmolar como su nombre lo indica por hiperosmolaridad sérica y deshidratación severa. Estas dos entidades se producen en el contexto de deficiencia relativa o absoluta de insulina asociado a niveles excesivos de hormonas contrarreguladoras, depleción progresiva de volumen, así como pérdida de electrolitos.

47. Se establece en el dictamen médico que el desarrollo de estas emergencias hiperglicémicas resulta de alteraciones en el metabolismo de la glucosa y balance de fluidos con o sin cetogénesis asociada, dependiendo de la entidad en particular. La hiperglicemia provoca pérdidas urinarias de agua y electrolitos (sodio, potasio, cloruro) llevando a una depleción del volumen extracelular, con la aparición consecuente de deshidratación.

48. La cetoacidosis diabética se caracteriza por una tríada de trastornos metabólicos: hiperglicemia no controlada, acidosis metabólica de moderada a severa y aumento en la concentración total de cetonas. Entre los factores que favorecen dichas alteraciones se pueden mencionar: deficiencia de insulina (total o relativa) que lleva a la hiperglicemia y lipólisis descontrolada con cetogénesis subsecuente, niveles elevados de hormonas contrarreguladoras, deshidratación progresiva y pérdida de electrolitos secundario a glucosuria persistente y vómitos, con una disminución final de la tasa de filtración glomerular debido a que la diuresis osmótica sostenida lleva a hipovolemia.

49. Los factores desencadenantes, de la cetoacidosis diabética (CAD) y estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH), son la falta de insulina exógena (por mala adherencia al tratamiento o dosis subterapéuticas) e infección (del tracto urinario, neumonía, absceso dental, en piel, sepsis, síndromes vírales, enfermedad pélvica inflamatoria, otitis externa maligna, entre otras). Se han visto también asociados a condiciones médicas subyacentes que provocan liberación de hormonas contrarreguladores tales como apendicitis, pancreatitis, inflamación abdominal, trauma, embarazo, enfermedad cerebrovascular o infarto al miocardio. Así como a la utilización de algunos fármacos y sustancias causantes de descompensaciones metabólicas tales como: cocaína, alcohol, fármacos simpaticomiméticos, antipsicóticos atípicos, corticoesteroides y diuréticos tiazídicos. El tratamiento de ambas entidades se basa en la corrección de las alteraciones metabólicas subyacentes: hiperglicemia, producción de cetoácidos, trastornos electrolíticos; de la depleción de volumen, así como del manejo de la causa subyacente o factores desencadenantes.

50. Corolario de lo anterior, una vez que se cuenta con un panorama amplio, respecto del seguimiento que debe darse en situaciones como la vivida por **VD**, quien fue trasladado el 05 de agosto de 2017, la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias y, según refiere, les hizo del conocimiento que había sido agredido por dos personas, quienes lo golpearon en el abdomen, con un bate, que el dolor era sumamente intenso y presentaba dificultad para respirar; asimismo, refirió que la persona que lo atendió, no lo revisó, ordenando únicamente la toma de unos Rayos X, los cuales al revisarlos, obtuvo como respuesta que no se trataba de nada grave y le medicó Paracetamol para el dolor.

51. Ahora bien, en la hoja de consulta en la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, de los Servicios de Salud, Zacatecas, se desprenden los datos asentados por la Doctora **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**:

“UNEME DE URGENCIAS Consulta Paciente: VD No. Expediente: Edad: 27a Sexo: Masculino Fecha y Hora Consulta: sábado 5 de agosto, 2017 2:13 Fecha de Impresión: miércoles, 28 febrero, 2018 11:37 am Servicio: Urgencias Área: Urgencias Lugar de Residencia: GUADALUPE Estado Civil: Lugar de Nacimiento: ZACATECAS Religión Escolaridad: Ocupación: Teléfono: Domicilio: ----- C.P. Motivo de consulta: ACUDE POR SUFRIR ASALTO Padecimiento actual: REFIERE ASALTO Y MÚLTIPLES GOLPES CON PERDIDA TRANSITORIA DEL ESTADO DE ALERTA, ACTUALMENTE REFIERE DOLOR COSTAL Y CEFALEA, ADEMÁS REFIERE SE LE GOLPEÓ CON LA PISTOLA EN LA REGION FRONTAL. Plan Terapéutico/ Resultados Esperados: CITA A SU UNIDAD DE SALUD EXPLORACION FISICA: EMP: 36 °C T.A.: 110/60 F.R.:18 F.C.: 11.0 Peso (kg)=97 Talla (altura.) cm= 156 IMC (kg/altura^2) = 39.8586 Habitus exterior= MASCULINO CON EDAD APARENTE ACORDE CON LA CRONOLOGICA Cabeza= SIN DEFORMIDADES PRESENTA LEVE EQUIMOSIS EN REGION FRONTAL DE LADO DERECHO Dedos= PERMEABLES Ojos= DE BUENA COLORACION NORMOREFLECTIVOS Nariz= PERMEABLE Orofaringe= HIDRATADA Cuello= SILINDRICO, PULSOS SIMETRICOS Campos pulmonares= LIMPIOS BIEN VENTILADOS Tórax= SIN AGREGADOS, LA RADIOGRAFIA NO MUESTRA LESION OSEA Abdomen= ASIGNOLÓGICO Piel y tegumentos= BUENA COLORACION, BUENA HIDRATACION Extremidades superiores= ÍNTEGRAS, BUEN TONO ASC (arena superficie corporal) = 2.0502 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Contusión del Tórax TRATAMIENTO: Fármacos: DICLOFENACO CÁPSULAS O GRAGEAS DE LIBERACION PROLONGADA, ENVASE CON 20 GRAGEAS Concentración: 100MG Tomar 1 cada 12 horas durante 5 días NAPROXENO TABLETAS, ENVASE CON 30 TABLETAS Concentración: 250 MG Tomar 2 cada 8 horas durante 5 días. LABORATORIOS Y GABINETES: Estudios Solicitado de Imagenología...”

52. Con esa hoja de atención o consulta en urgencias y, atendiendo al contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en el que señala que, el expediente clínico es el “conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.¹⁰”, queda de manifiesto que, la Médica adscrita a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**, se concretó únicamente en señalar que el paciente refirió “múltiples golpes”, sin que éstos hayan sido descritos o localizados topográficamente, así como las características y dimensiones de cada una de las lesiones

¹⁰ Artículo 4.4.

corporales externas; asimismo, no asentó ninguna reseña escrita, que haya llevado a la Médica a la clasificación médico legales de las lesiones que presentaba **VD**.

53. Idéntico criterio se aplica a la nota asentada por la Doctora, al señalar que el paciente refirió “dolor costal”, pues omitió señalar la topología anatómica, es decir, si fue en el costado derecho o izquierdo, a nivel de qué arco costal y las características del dolor. Además, quedó asentado en la hoja de consulta a urgencias, que el paciente presentaba el “abdomen asignológico¹¹”, lo que, siguiendo el criterio del dictamen médico de apoyo, resulta contradictorio con lo manifestado por **VD**, ya que éste afirma haber señalado que, luego de haber sido golpeado en el abdomen con un bate, el dolor era sumamente intenso.

54. Asimismo, de la hoja de consulta, no se desprenden las maniobras exploratorias que la médica **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ** debió efectuar a **VD**, así como notas médicas de la semiología clínica del dolor referido en cada una de las regiones corporales, lo que le hubiera permitido una orientación a su etiología, es decir, ubicación e irradiación, migración, tipo o carácter, intensidad, comienzo y evolución y hacer énfasis en los síntomas acompañantes. Además, en el caso concreto era necesaria la auscultación del abdomen, sobre todo porque era uno de los síntomas motivo de la consulta, lo anterior para que la médica que atendió de inicio al agraviado, escuchara la frecuencia de ruidos intestinales que reflejan el peristaltismo normal, si se llevó a cabo la palpación abdominal para identificar algunos signos evidentes de irritación peritoneal (dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen, hipersensibilidad desencadenada por la tos o los movimientos bruscos del mismo, contractura abdominal y dolor significativo al percutir el área comprometida).

55. Igualmente, no se aprecia en la hoja de consulta que se hayan solicitado estudios de laboratorio y de gabinete, enfocados al abdomen, como refiere el dictamen, podría haber solicitado la ecografía abdominal focalizada para trauma abdominal o ecografía FAST, la cual, según el criterio de apoyo, es una herramienta confiable para el diagnóstico de la presencia o ausencia del líquido en el abdomen, especialmente en relación al trauma. Además, se evidencia que, en la hoja de consulta, en el apartado de “LABORATORIOS Y GABINETES” se asentó: “Estudios Solicitados de Imagenología”, sin que se haya descrito los estudios radiológicos solicitados, a lo cual se añade que, los estudios radiológicos convencionales de tórax y abdomen, no aportan valor a la evaluación clínica para discriminar correctamente entre una causa urgente y no urgente, pues no adiciona información valiosa a aquella obtenida mediante la evaluación clínica.

56. Por otro lado, la multicitada hoja de consulta, carece de razonamiento clínico, en la impresión diagnóstica “Contusión del tórax”, pues no se deja por escrito en la anamnesis y la exploración física una visión integral, pues el diagnóstico, según lo afirma el dictamen médico pericial, sólo será válido, cuando descansen sobre nociones exactas y hechos precisos, pero cuando no se cumplen con estos principios, los resultados siempre serán erróneos, ya que el interrogatorio debe servir de guía para el examen físico, debiendo describir minuciosamente cada signo encontrado, definir con claridad cuando el signo es equívoco o dudoso y consignarlo así en la nota médica.

57. Según infiere el dictamen médico pericial, es una práctica médica que se asocian los síntomas y signos, para realizar el ejercicio diagnóstico, para lo cual construyen asociaciones como tríadas, tétradas y síndromes, ya que cada síntoma y signo por separado obedece a múltiples causas, de ahí la importancia de agruparlos.

58. Además, se advierte que la médica **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**, al momento de atender a **VD** el día 05 de agosto de 2017, a las 02:13 horas, fue omisa en realizar una valoración neurológica, pues en la hoja de consulta de Urgencias de la Unidad de Especialidad Médica, **VD**, además de referir asalto y múltiples golpes, señaló una pérdida transitoria del estado de alerta, lo cual implica que la conciencia representa la suma de las actividades de la corteza cerebral y, desde el punto de vista clínico-funcional, consiste en dos componentes: la vigilia o fenómeno de despertar y el contenido de la conciencia.

¹¹ Significa que el abdomen no presenta signos o síntomas de enfermedad.

Ambos componentes tienen sustratos neuroanatómicos bien definidos, los cuales, cuando son afectados, determinan alteraciones del estado de conciencia, debiendo valorar al paciente en tres áreas, como son:

- ✓ La ocular (respuesta pupilar consensuada),
- ✓ La verbal (orientado en el tiempo y en el espacio)
- ✓ La motora (moviliza todo espontáneamente y tiene movimientos coordinados normales). Sin que obre constancia de que se haya llevado a cabo la valoración neuronal.

59. Por otro lado, señala el dictamen médico pericial que en la Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel, se deben agregar datos de importancia, como la escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias; atendiendo a ello, no se aprecia en la hoja de consulta visible a foja 86, ni en la subsecuente 87, consistente en la hoja de TRIAGE, cuyo número consecutivo de atención médica de **VD**, correspondió el 37 y, cuyos datos asentados son justamente el número consecutivo de personas atendidas, la fecha y hora (05 de agosto de 2017, 2:10), el nombre del paciente, su edad, sexo y domicilio, asentando en este caso "Gpe.", sin que obre nota médica de la asignación de la prioridad clínica.

60. Por lo que este Organismo puede advertir, con apoyo en el contenido del dictamen médico pericial, que la atención del paciente **VD** era una urgencia calificada como rojo emergencia, pues existió una pérdida del estado de alerta, la cual incluso quedó asentada en la hoja de consulta; por tanto, al ser uno de los eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda, debió ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a la llegada a urgencias.

61. Hasta aquí, se tiene por acreditado que, **VD**, luego de haber sufrido el asalto y ser golpeado, fue trasladado a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, dependiente de la Secretaría de Salud de Zacatecas, en donde la Doctora que lo atendió **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**, omitió asentar en la hoja de consulta todos aquellos datos, así como el seguimiento clínico que, según la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, señala y que fueron evidenciados con apoyo del dictamen médico pericial, en los párrafos precedentes, además, de no haber asentado en la hoja de Triage la categoría de la atención del paciente en una urgencia calificada.

62. Luego, para tener por acreditado el dicho del aquí agraviado, personal adscrito a esta Comisión, recabó las comparecencias de las personas que fueron testigo del estado en el que se encontraba **VD** el sábado 05 de agosto de 2017, después del acontecimiento de violencia que sufrió.

63. Por lo que, el agraviado refiere que la primera persona que llegó al lugar del asalto, en donde ya estaba siendo atendido por elementos de seguridad pública, fue **T2**, quien informó a esta Comisión que él se enteró vía celular, por lo que cuando vio a **VD**, éste estaba sin camisa y decía que le dolía mucho el estómago, por lo cual fue trasladado en una ambulancia, a recibir atención médica en la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias de Arboledas, en Guadalupe, Zacatecas, en donde le dieron un pase para sacarle unas radiografías, para luego darlo de alta, pues fue informado de que no tenía nada; sin embargo, **VD** al salir del hospital, a eso de la 1:00 horas, del día 6 de agosto de 2017, decía que aún tenía dolor.

64. Por su parte **T1**, afirmó ser el patrón de **VD**, por lo que, mediante una llamada telefónica de **T2**, se enteró a las 00:30 horas, del sábado 05 de agosto de 2017, del asalto, así como que se encontraba en la clínica de Unidad de Especialidad Médica de Arboledas, recibiendo atención médica, por lo que, cuando se trasladó, en la sala de espera se encontraban **T2** y la señora **T3**, mamá de **VD**, comentándole que éste estaba en consultorios recibiendo atención médica, al paso de media hora, salió de consulta **VD** con molestias muy visibles, motivo por el cual insistieron a la Institución de salud que el paciente no se veía muy bien de salud, solicitando una valoración más profunda para descartar

cualquier situación de gravedad, toda vez que presentaba molestias muy visibles y decía que se sentía muy mal, a lo que les reiteraron que solamente eran golpes superficiales los cuales sanarían con reposo, información que afirmó fue proporcionada por la doctora que lo atendió y la cual estaba de guardia.

b) Respecto a la atención negada:

65. Señaló el agraviado que, una vez que se encontraba en su domicilio, en donde permaneció hasta el domingo en la noche, debido a la dificultad que presentaba para respirar y en virtud de que el dolor no lo soportaba, llamó a **T1**, quien lo trasladó de nueva cuenta a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, en donde un hombre que se encontraba en un escritorio les informó que no había servicio, que no había nadie, que quizá estaban dormidos, motivo por el cual su patrón lo sacó de ese lugar y lo trasladó al Hospital San Agustín, el cual es privado, en donde le dijeron que, según la placa de Rayos X, no arrojaba nada, que se fuera a su casa, lo que así hizo; sin embargo, horas más tarde y debido a lo insoportable del dolor, comenzó a vomitar sangre y tenía mayor dificultad para respirar, por lo que solicitó de nuevo ser trasladado a recibir atención médica, atendiéndolo el doctor **M1**, quien le dijo que la mancha blanca que tenía en el abdomen, se debía a que el páncreas se había reventado y estaba tirando líquido.

66. Se tiene que los mismos testigos **-T1 y T2-**, dieron cuenta a este Organismo protector de los derechos humanos, de la situación que pasó **VD** previo a ser intervenido quirúrgicamente en el nosocomio particular, como así se desprende de las comparecencias recabadas por personal adscrito a esta Comisión el 19 de febrero de 2018, quienes, en síntesis, fueron coincidentes que el domingo 06 de agosto de 2017, la salud de **VD** empeoró, por lo cual fue trasladado de nuevo a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, en donde se le negó la atención médica.

67. En este punto, se hace necesario recordar que el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, establece la obligación de los Estados de respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Lo que, analizado a *contrario sensu*, se traduce en que, en tratándose de violaciones en materia de derechos humanos, el Estado tiene la carga de la prueba, es decir, es a él a quien le corresponde desvirtuar el dicho de la persona que denuncia una vulneración a sus derechos humanos, pues es éste el que tiene el control de todos los medios para aclarar los hechos ocurridos.

68. Entonces, se tiene que la autoridad, al momento de solicitarle el informe correspondiente, tuvo conocimiento pleno del contenido de la queja, en la cual, además, se le atribuye una falta de atención médica el domingo 06 de agosto de 2017, por la noche. Sin embargo, al rendir el informe, la autoridad no realizó pronunciamiento alguno al respecto, y menos aún, ofreció o desahogó prueba alguna que desvirtuara la violación a derechos humanos que **VD** le estaba imputando.

69. Por tanto, atendiendo al contenido del artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, concatenado con el ordinal 45, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, se tiene por cierto que el domingo 06 de agosto de 2017, por la noche, cuando **VD** fue trasladado de nueva cuenta a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, le fue negado el servicio.

70. Entonces, se entiende que, en este caso, el Estado no acreditó haber cumplido con su obligación de respetar y garantizar el derecho de **VD** a la salud, en relación con su protección, pues no se desvirtuó con ningún medio de prueba que el 06 de agosto de 2017, por la noche, en la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, hubiera sido atendido; además, que obra en favor del agraviado las testimoniales de **T1** y **T2**. Con lo cual se puede válidamente determinar la existencia de la violación al derecho a la protección de la salud

de **VD**, ello atribuible al personal de salud que en esa fecha se encontraba laborando en la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, de la Secretaría de Salud de Zacatecas.

71. Por lo anteriormente señalado, esta Comisión arriba a la conclusión que la Doctora **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**, quien atendió el 05 de agosto de 2017, a las 02:13 horas, a **VD**, en la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, de la Secretaría de Salud del Estado, vulneró el derecho a la protección de la salud del agraviado, en razón de que no se llevó a cabo una inspección física o registro corporal de las lesiones que infirió, las cuales no clasificó ni determinó topográficamente, con características y dimensiones; no llevó a cabo una auscultación o examen sistemático del abdomen; asimismo, no se efectuó una valoración neurológica, derivado de la pérdida conciencia manifestada por el paciente, tampoco se calificó la urgencia, conforme a los objetivos de Triage. También se acredita que, el personal de salud que laboró el domingo 06 de agosto de 2017, por la noche le negó la atención médica. Contraviniendo con lo anterior, los artículos 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”; 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II, y 51 de la Ley General de Salud; y 8, fracciones I y II; 9, 48 y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de **VD**, reconocido en el artículo 4º, cuarto párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en virtud de que omitieron realizar una adecuada semiología del dolor provocando un retraso en su diagnóstico y tratamiento.

VI. CONCLUSIONES DEL CASO.

1. En el caso del agraviado **VD**, la Doctora **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**, quien, el 05 de agosto de 2017, a las 02:13 horas, atendió la urgencia médica, generada a raíz del asalto que aquel sufrió, obstaculizó el goce del derecho a la protección de la salud, al omitir realizar una inspección física o registro corporal de las lesiones que infirió su entonces paciente, además de no haber clasificado ni determinado topográficamente, las características y dimensiones de sus lesiones, pues fue omisa en llevar a cabo una auscultación o examen sistemático del abdomen; por otro lado, no efectuó una valoración neurológica, derivado de la pérdida conciencia manifestada por el paciente, lo que trajo como consecuencia que, en un hospital privado, luego de ser diagnosticado con abdomen agudo, y ser reportado como grave su estado de salud, con pronóstico reservado para la función y la vida, por lo cual el 07 de agosto de 2017, fue intervenido quirúrgicamente, obteniendo como diagnóstico post-operatorio “PB PANCREATITIS POSTRAUMÁTICA, DIABETES MELLITUS DEBUTANTE, CETOACIDOSIS DIABÉTICA REFRACTARIA A MANEJO y POLICONTUNDIDO”, con lo que se evidencia la omisión de tomar en cuenta factores de riesgo que comprometieron la salud del quejoso.

2. Asimismo, queda acreditado que, el personal adscrito a la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias, negó la atención médica que **VD** solicitaba el 06 de agosto de 2017, por la noche, pues el agraviado ofreció testimoniales que así lo confirman y, por el contrario, la autoridad de salud, no desvirtuó que haya respetado y garantizado el derecho a la salud que le asiste, pues la información que obtuvo por parte del personal de seguridad de ese nosocomio fue que el personal médico se encontraba dormido.

3. Esta Comisión considera apremiante la adopción de una política pública que permita garantizar la no repetición de las violaciones a los derechos humanos, de forma que se brinde un servicio médico de calidad, accesible, disponible, aceptable y eficiente, que no ponga en riesgo la salud.

VII. REPARACIONES.

1. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con el artículo 51 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, atribuibles a servidores públicos estatales, de la Secretaría de Salud del Estado de Zacatecas, la Recomendación formulada al respecto, debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos.

2. Así, en un respeto irrestricto del Estado de Derecho, las personas gozarán de la garantía de que, en caso de ser objeto de violación a sus derechos humanos, podrán reclamar que el o los responsables de dicha vulneración sean sancionados, pues el Estado tiene la posición de garante de sus derechos y por lo tanto, según lo ha dispuesto la Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Las víctimas de violación a los derechos humanos o sus familiares, tienen derecho a la reparación adecuada del daño sufrido. Lo cual debe concretarse a través de medidas individuales tendientes a restituir, indemnizar y rehabilitar a la víctima, así como de medidas de satisfacción de alcance general y garantías de no repetición, mediante los procedimientos previstos legalmente para esos efectos, lo cual no es una concesión graciosa, sino el cumplimiento de una obligación jurídica. Lo anterior deriva tanto del régimen previsto constitucionalmente como de los instrumentos internacionales ratificados por México y de los criterios de organismos internacionales, los cuales se manifiestan claramente en el sentido de que es un derecho efectivo de las personas agraviadas a nivel fundamental obtener una reparación proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido”¹².

3. El deber de reparación por violaciones a los derechos humanos, a nivel internacional lo encontramos dispuesto tanto en el sistema universal como regional de protección a los derechos humanos. En el ámbito universal, se encuentra previsto en los “*Principios y directrices básicos sobre el derecho a las víctimas de violaciones manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves al derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, donde se dispone que las violaciones de derechos humanos deben contemplar, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de ésta, una reparación plena y efectiva en las formas siguientes: indemnización, restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, lo cual a su vez es también contemplado por la Ley General de Víctimas, en sus artículos 1, último párrafo, 7, fracción I y II, y particularmente en el texto legal del artículo 26, que establece que “*Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición*”, además por lo previsto en el artículo 27 del mismo ordenamiento legal. Por ello, resulta particularmente importante la ejecución de las medidas de reparación por parte del Estado, dirigidas a la no repetición en Zacatecas de hechos similares a los ocurridos en el presente caso.

4. En el sistema regional, la Convención Americana de Derechos Humanos, en su artículo 63.1 establece que:

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

5. Por su parte, La CrIDH, ha establecido que “*Las reparaciones, como el término lo indica, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza y su monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial*”¹³.

¹²Tesis P/LXII/2010, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, novena Época, t XXXIII, enero de 2011, pág. 28

¹³Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144, Párr. 175.

6. Este doble alcance de la norma reparatoria, ha incidido cada vez con mayor frecuencia en el desarrollo de la jurisprudencia de la CrIDH, dando lugar a una arquitectura reparatoria que tendrá como objetivo, no sólo borrar las huellas que en la víctima produjo el actuar del Estado, sino también evitar que ese tipo de hechos se vuelvan a repetir.¹⁴

7. Por lo que hace a este derecho, el artículo 51 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, dispone que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, la Resolución formulada al respecto debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos.

Modalidades de la reparación del daño. La reparación del daño comprende diversas modalidades en las que se puede materializar:

A) La restitución.

1. Los principios sobre derecho a obtener reparación, contemplan a la restitución, siempre que haya las condiciones para que ésta sea posible, la cual ha de devolver a la víctima la situación anterior a la vulneración a sus derechos humanos¹⁵. En el mismo sentido, el Tribunal Interamericano ha señalado reiteradamente en su jurisprudencia que la reparación del daño causado requiere, en todos los casos posibles, la plena restitución; *restitutio in integrum*, que significa el restablecimiento de la situación anterior a la violación.¹⁶

2. El concepto de restitución debe ser tomado en consideración por las autoridades responsables, para que **VD**, persona de quien concretamente se tiene por demostrada violación a sus derechos humanos, en los términos expuestos en la presente resolución, sea restituida en sus derechos conculcados, en tanto que esto resulte factible.

B) De la indemnización.

1. La indemnización es una medida compensatoria que busca reparar los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de las violaciones a derechos humanos, ente los que se incluyen: el daño físico o mental; la pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; los perjuicios morales; los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos, psicológicos y sociales¹⁷.

2. En el caso motivo de esta Recomendación, es procedente el pago de una indemnización, tanto por los daños físicos y emocionales que se le causaron al agraviado, así como los gastos de medicamentos y servicios médicos que erogó debido a la falta de atención médica de que fue objeto.

3. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 26, 27, 40, 41, 42, 54, 58, 59 y demás aplicables de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas, y toda vez que se acreditaron violaciones al derecho a la protección de la salud, cometidos en agravio de **VD**, este Organismo solicita a la Comisión Ejecutiva de Atención Integral a Víctimas del Estado, realice la inscripción de éste en el Registro Estatal de Víctimas y,

¹⁴ Rousset Siri, Andrés Javier (2011): *El Concepto de reparación integral en la Jurisprudencia Interamericana de Derechos Humanos*. Revista Internacional de Derechos Humanos / ISSN 2250-5210 / 2011 Año I – N1 59 www.revistaidh.org

¹⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs Paraguay, Sentencia 17 de junio de 2005 Serie C, No. 125, párr. 189.

¹⁶ Ídem, párr. 182

¹⁷ Numeral 20 de los Principios y Directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, Asamblea General de las Naciones Unidas, 16 de diciembre de 2005.

conforme a la Ley en cita, acceda a los servicios y al Fondo de Atención previsto en dicha Ley.

C) Rehabilitación.

1. La rehabilitación debe incluir la atención médica y psicológica, así como los servicios jurídicos y sociales¹⁸, que resulten necesarios. En el caso que nos ocupa, la rehabilitación se refiere a la adquisición de las nuevas competencias que requieren las circunstancias actuales en que se entren las víctimas, como consecuencia de la lesión de la que ha sido objeto, siempre y cuando se haya materializado esta situación.

2. La rehabilitación debe tomar en cuenta el tratamiento médico y psicológico, en caso de que **VD** así lo requiera y consienta. Por ende, se recomienda que **VD** sea valorado médica y psicológicamente, a fin de determinar la atención específica que éste requiera, y en caso de que se cuente con el consentimiento de la víctima, aplicar los tratamientos de rehabilitación que ésta requiera; lo anterior, a cargo de las autoridades responsables.

D) De las medidas de satisfacción.

1. Estas medidas contemplan la verificación de los hechos y la relevación de la verdad, así como aplicación de sanciones jurídicas o administrativas a las y los responsables de las violaciones¹⁹. Por lo anterior, se requiere que la Secretaría de Salud de Zacatecas proceda a realizar a la investigación administrativa que corresponda, a fin de determinar la responsabilidad y sanciones específicas del personal de salud (médico y de enfermería) que vulneró los derechos humanos del agraviado.

E. Garantías de no repetición.

1. A fin de prevenir la violación de los derechos mencionados en párrafos precedentes, resulta indispensable que la Secretaría de Salud de Zacatecas diseñe e implemente un mecanismo de formación y actualización continua en materia de atención de urgencias, a fin de que ésta sea oportuna, eficaz y de calidad.

2. Se implementen programas de capacitación, dirigido a personal médico y de enfermería, en materia de derechos humanos, que les permita identificar las acciones u omisiones que generan violencia al derecho a la salud, a fin de incidir en la erradicación de prácticas como la evidenciada en la presente Recomendación.

VIII. RECOMENDACIONES.

Por lo anterior, y con fundamento en los 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y los artículos 2, 3, 4, 8, 17, 37, 51, 53, 54, 56, 57 y 58 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas se emiten las siguientes Recomendaciones:

PRIMERA. Dentro del plazo máximo de un mes, contado a partir de la notificación de la presente Recomendación, se inscriba a **VD** como víctima directa de violaciones a sus derechos humanos, en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de garantizar que, en un plazo máximo de un año, tenga acceso oportuno y efectivo a las medidas de ayuda, asistencia, atención, acceso a la justicia y reparación integral previstas en la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas. Mismas que deberán considerar los parámetros

¹⁸ ONU, Principios y Directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, A/RES/60/147, 21 de marzo de 2006, párr. 21.

¹⁹ *Ibid.*, Numeral 22.

establecidos en la presente Recomendación. Para lo cual, se deberán enviar a este Organismo, las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En un plazo máximo de un mes, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se valore y determine si el agraviado requiere de atención médica y psicológica especializada, relacionada con el proceso y sucesos ocurridos con motivo de los hechos objeto de estudio en la presente Recomendación. De ser el caso, en un plazo de un mes, posteriores a la realización de dicha valoración, se realicen las gestiones necesarias para que, de ser voluntad del agraviado, éste inicie su tratamiento, hasta lograr su total restablecimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a un mes, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realicen las acciones necesarias para que se inicien las investigaciones administrativas, con el fin de que se determinen las responsabilidades de las y los servidores públicos implicados en el presente caso.

CUARTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se incorpore copia de la misma en el expediente laboral de la Doctora **VERÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ**, para constancia de las violaciones a los derechos humanos, en agravio de **VD**, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento a este Organismo Constitucional.

QUINTA. Dentro de un plazo máximo de tres meses, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se emita una circular dirigida a todo el personal de salud, que atienda urgencias médicas, para que se adopten medidas efectivas a fin de efectuar diagnósticos tempranos y proporcionar tratamientos oportunos, a fin de proteger, promover y restaurar la salud; además, que tomen medidas de prevención que permitan garantizar que, los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, en especial a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico". Para acreditar el cumplimiento de este punto, se enviarán a esta Comisión el documento y las notificaciones correspondientes.

SEXTA. Dentro de un plazo máximo seis meses, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se capacite, forme y actualice, al personal de salud, adscritos a las Unidad de Especialidad Médicas de Urgencias, en temas relativos a: 1) en materia de derechos humanos; 2) del conocimiento, manejo y observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, que no se acató en el presente caso, incluyendo la normatividad nacional e internacional invocada, con el objetivo de evitar hechos como los que dieron origen a este pronunciamiento y, 3) se capacite al personal de salud en medidas efectivas a fin de efectuar diagnósticos tempranos y proporcionar tratamientos oportunos, a fin de proteger, promover y restaurar la salud.

SÉPTIMA. Dentro de un plazo máximo de tres meses, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se implemente una campaña de sensibilización, dirigida al personal médico y de enfermería, así como de las y los usuarias, sobre los actos y omisiones que se configuran como violación al derecho de protección de la salud, destacando el derecho de a recibir una atención digna, respetuosa, oportuna y de calidad.

OCTAVA. En el plazo de un mes, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias de la Secretaría de Salud, para que acaten la normatividad nacional e internacional invocada y se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esas medidas a fin de garantizar su no repetición, emitiendo

reportes mensuales, y remitiendo a este Organismo las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. En un plazo máximo de un mes, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se implementen estrategias que permitan garantizar y verificar que, el personal médico de la Unidad de Especialidad Médica de Urgencias de la Secretaría de Salud, brinde los servicios que le sean solicitados, por las personas que acuden a sus instalaciones, independientemente del horario y día en que lo hagan, ya que se trata de un área destinada a la atención de emergencias médicas. Lo anterior, en aras de garantizar la debida protección del derecho a la salud.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 53, párrafo segundo de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, se hace del conocimiento de la autoridad a la que va dirigida esta Recomendación, que dispone de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se le notifique, para que manifieste si la acepta o no, en el entendido que, de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepte, se le notifica que dispone de un plazo de 15 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento.

Por último, hágasele saber a la quejosa que, de conformidad con el artículo 61 de la Ley de este Organismo, dispone de 30 días naturales, computados a partir de la fecha de notificación del presente documento, para que en caso de que exista inconformidad con la misma, interponga el recurso de impugnación correspondiente ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Así lo determina y firma

**DRA. EN D. MA. DE LA LUZ DOMÍNGUEZ CAMPOS
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS
HUMANOS DEL ESTADO DE ZACATECAS**