RECOMENDACIÓN No. 09/2014
PRE/125/2014
EXPEDIENTE: CDHEC/503/13
DERECHOS VULNERADOS: a la Salud
(Inadecuada Atención Médica)
Colima, Colima, 18 de diciembre de 2014

AR1
Secretario de Salud del Estado de Colima
P R E S E N T E.-

Q1 a favor de A1

Síntesis:

El quejoso se duele, que en mes de junio de 2013 dos mil trece, su hijo fue víctima de una inadecuada atención médica por parte del personal médico del Hospital General de Manzanillo, Colima.

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima, en uso de las facultades que le confiere el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el diverso 86, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima; los numerales 1, 2, 3, 19, fracciones I y III, artículo 23, fracciones I, VII, VIII, 39, 45 y 46, de la Ley Orgánica de esta Comisión; así como los arábigos 56, fracción VI, 57, 58, 64, 65 y demás aplicables, del Reglamento Interno de este Organismo; ha examinado los documentos que obran en el expediente CDHEC/503/13, formado con motivo de la queja interpuesta por el Ciudadano Q1 a favor de A1, y considerando los siguientes:

Degollado No. 79. Col. Centro. C.P. 28000. Colima, Col. Teléfonos: (312) 31.477.95; 31.471.86; 31.229.94. Lada sin Costo: 01.800.696.7672. Página Web: www.cdhcolima.org.mx. Celular 24 horas: 044.312.155.1333

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1.- En fecha 15 quince de julio de 2013 dos mil trece, se presentó ante esta Comisión Protectora de los Derechos Humanos, el ciudadano Q1 a presentar queja a favor de A1, en contra de la Secretaría de Salud del Estado de Colima, por estimar que se cometieron violaciones de Derechos Humanos en los siguientes términos:

"(…) no le sé decir la fecha exacta, pero en el pasado mes de junio, mi hijo de nombre A1 de 25 años de edad, se encontraba revisando una falla de su camioneta afuera de su casa ubicada en Santiago, en Manzanillo Colima. Y tal es el caso que estando revisando el desperfecto vehicular, le solicitó ayuda a una amigo para que le pasara carga al acumulador de su camioneta, el amigo fue, conectaron los cables a ambas baterías y el amigo al acelerar se le fue el pie de alguno de los pedales, por lo que la pierna derecha de mi hijo fue impactada por el vehículo de su amigo. Posteriormente, el amigo de mi hijo lo llevó al Hospital General de la ciudad de Manzanillo en donde le dieron las primeras atenciones médicas, le pusieron una placa y clavos, pero al parecer dentro del procedimiento que le realizaron no lo hicieron bien y uno de los clavos que le pusieron perforó una arteria importante, con lo cual en lugar de que mi hijo se recuperara fue decayendo en la salud de su pierna ya que esa arteria perforada secó varias venas, lo cual le provocó una infección, el día viernes 12 de julio de 2013, la pierna de mi hijo ya estaba en un estado deplorable, por lo cual fue trasladado al Hospital Regional Universitario, en donde se nos informó que tendría que ser amputada su pierna, ya que al parecer se había realizado mal la primer intervención que se le efectuó en el Hospital General de Manzanillo. Es entonces que se nos explicó la necesidad de la amputación para que la infección no avanzara más. Ese mismo día viernes por la noche se inició la intervención quirúrgica para la amputación de la pierna derecha de mi hijo (…)". (sic)

2.- Con la queja presentada por el hoy quejoso se corrió traslado a la autoridad señalada como responsable, a fin de que rindiera el informe

Degollado No. 79. Col. Centro. C.P. 28000. Colima, Col. Teléfonos: (312) 31.477.95; 31.471.86; 31.229.94. Lada sin Costo: 01.800.696.7672. Página Web: www.cdhcolima.org.mx. Celular 24 horas: 044.312.155.1333

correspondiente, dando respuesta en fecha 01primero de agosto del año 2013 dos mil trece.

3.- Con fecha 04cuatro de diciembre de 2014 dos mil catorce, se contactó al hoy agraviado a fin de acordar día y hora para que compareciera ante esta institución a ponerse al tanto de las actuaciones que obran en autos del expediente de queja CDHEC/503/13, así como para que ratificara la queja interpuesta a su favor.

4.- Comparecencia del agraviado A1, en fecha 05 cinco de diciembre de la presente anualidad, por medio de la cual se le pone a la vista el expediente de queja CDHEC/503/13, ratifica la queja interpuesta a su favor y solicita la resolución correspondiente del asunto.

II. EVIDENCIAS

1.- En fecha 15 quince de julio de 2013 dos mil trece, se presentó ante esta Comisión Protectora de los Derechos Humanos, el ciudadano Q1 a presentar queja a favor de su hijo A1, en contra de la Secretaría de Salud en el Estado, por estimar que se cometieron violaciones de Derechos Humanos.

2.- Oficio número 5002-UJ-343/2013, recibido en esta Comisión de Derechos Humanos en fecha 23 veintitrés de julio de 2013 dos mil trece, firmado por el Subdirector de la Unidad de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud del Estado de Colima, mediante el cual solicita una prorroga de 08 ocho días hábiles para proporcionar el informe requerido.

3.- Oficio número 5002-UJ-350/2013, recibido en este organismo en fecha 01primero de agosto de 2013 dos mil trece, firmado por el Subdirector de la Unidad de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud del Estado de Colima, mediante el cual rinde el informe correspondiente, adjuntando los documentos justificativos de sus actos.

Degollado No. 79. Col. Centro. C.P. 28000. Colima, Col. Teléfonos: (312) 31.477.95; 31.471.86; 31.229.94. Lada sin Costo: 01.800.696.7672. Página Web: www.cdhcolima.org.mx. Celular 24 horas: 044.312.155.1333

a) oficio número 5002/355, firmado por el Director del Hospital de Manzanillo, Colima, C1, mediante el cual remite el resumen médico suscrito por el Doctor C2, Médico Traumatólogo Ortopedista de esa Unidad.

b) Oficio número 290/2013, firmado por el Director General del Hospital Regional Universitario, dirigido al Subdirector de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Estado, por medio del cual anexa el expediente clínico de A1.

4.- Acuerdo de fecha 11 once de septiembre de 2013 dos mil trece, mediante el cual personal de esta Institución Protectora de Derechos humanos, solicita al Segundo Visitador General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, su colaboración para que un Perito Médico Forense emita una opinión médica del expediente clínico de A1.

5.-Acuerdo de fecha 29 veintinueve de noviembre de 2013 dos mil trece, mediante el cual personal de esta Comisión Estatal solicita al Secretario de Salud del Estado de Colima, el expediente clínico íntegro sustanciado en el Hospital General de Manzanillo, así como el tramitado en el Hospital Universitario a nombre del agraviado A1.

6.- Oficio número 5002-UJ-629/2013, firmado por el Subdirector de la Unidad de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud del Estado de Colima, por medio del cual adjunta 30 copias certificadas del expediente médico del Hospital General de Manzanillo, y 30 copias certificadas del expediente clínico del Hospital Regional Universitario de Colima, Colima, ambos expedientes a nombre de A1, de los que se destacan los siguientes documentos:

a) Informe médico de fecha 31 de julio de 2013, sin hora, firmado por el Subdirector de la Unidad de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud del Estado de Colima.

b) Resumen clínico de fecha 25 de julio de 2013, sin hora, firmado por el Doctor C2 del Servicio de Traumatología y Ortopedia.

Degollado No. 79. Col. Centro. C.P. 28000. Colima, Col. Teléfonos: (312) 31.477.95; 31.471.86; 31.229.94. Lada sin Costo: 01.800.696.7672. Página Web: www.cdhcolima.org.mx. Celular 24 horas: 044.312.155.1333

c) Resumen clínico de fecha 22 de julio de 2013, sin hora, firmado por la Subdirectora Médica del Hospital Regional Universitario.

d) Nota de evolución de fecha 30 treinta de junio de 2013 a las 2:02 horas, rubricada.

e) Nota de revisión de urgencias de fecha 30 de junio de 2013, a las 5:20 horas, firmada por la C3.

f) Nota de valoración de Cirugía General de fecha 30 de junio de 2013, a las7:00 horas, firmada por el doctor C4.

g) Nota de evolución del Servicio de Traumatología y Ortopedia, de fecha primero de julio de 2013, a las 7:00 horas, firmada por el Doctor C2.

h) Historia clínica general de fecha 1º de julio de 2013, sin hora, firmada por el Dr. C2.

i) Hoja de intervención de fecha 04/017/13, sin hora, firmada por el Dr. C2.

j) Nota de reingreso de fecha 11-07-13, a las 10:03 am del Hospital General de Manzanillo en Colima, Colima, firmada por la Dra. C5

k) Nota de evolución de traumatología y ortopedia, signada por el Dr. de fecha 11 de junio de 2013, a las 19:00 horas.

l) Nota de interconsulta del servicio de Traumatología y Ortopedia, firmada por el Dr. C2 de fecha11 de julio de 2013, a las 10:30 horas.

m) Nota de alta de fecha 6 de julio de 2013, a las 14:00 horas, firmada por el doctor C2, médico de base del servicio de Traumatología.

n) Nota de evolución de fecha 12 de julio de 2013 a las 12:06, sin firma, solamente rubricada.

o) Nota de referencia-contrareferencia, de fecha 12 de julio de 2013, sin hora y sin nombre del médico, solo rubricada.

p) Nota de valoración angiología, de fecha 12 de julio de 2013 a las 2:40 horas, firmada por el C6, médico de base de Cirugía Vascular.

q) Nota de evolución, firmada por el Dr. C4. De fecha 12 de julio de 2013 a las 18:40 horas.

r) Nota de anestesiología, de fecha 12 de julio de 2013, a las 19:20 horas, firmado por el C7.

s) Nota agregada de traumatología y Ortopedia, de fecha 12 de julio de 2013, a las 20:20 horas, firmada por el Dr. C8 médico de base de Traumatología y Ortopedia.

t) Historia clínica de fecha 13 de julio de 2013, sin hora, firmada por el Dr. C1 médico de base y el Dr.C9 R2.

u) Registro de intervención quirúrgica de fecha 13/07/13, sin hora ni firma.

v) Nota de alta del servicio de fecha 19 de julio de 2013, sin hora, firmada por el Dr. RI de traumatología y ortopedia del Hospital Regional Universitario.

7.- Oficio CNDH/SVG/056/2014, dirigido al Licenciado ROBERTO CHAPULA DE LA MORA, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima, firmado por el Segundo Visitador General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por medio del cual remite la opinión médica de la atención brindada al agraviado, por médicos adscritos al hospital General de Manzanillo Colima, dependiente de la secretaría de Salud del Estado de Colima, contenida en 32 treinta y dos fojas útiles.

III. SITUACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

Esta Comisión tiene como finalidad la observancia, promoción, protección, estudio y divulgación de los derechos humanos. En ese orden de ideas, resulta competente para conocer de los acontecimientos descritos, ya que de la Secretaría de Salud del Estado, vulneró los Derechos Humanos a la salud del hoy agraviado.

Así, lo procedente es abordar el estudio de los elementos y fundamentos que se deben acreditar para tener por configurada la violación a los derechos humanos a la salud.

"PROTECCIÓN DE LA SALUD", es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo. A efecto de que este derecho pueda tener lugar, los gobernados deben poseer los siguientes derechos:

a) El derecho a tener acceso a los servicios de asistencia médica impartidos o autorizados por el Estado de conformidad a las normas vigentes, cuyo objetivo será promover, conseguir o preservar el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados.

b) El derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad, proporcionada tanto por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas, cuya supervisión corre a cargo del Estado.

c) Derecho garantizado por el Estado, dentro de sus posibilidades, para crear la infraestructura normativa e institucional necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud.

d) Derecho garantizado por el Estado para implementar las medidas necesarias para perseguir las acciones u omisiones que pongan en peligro la salud de los miembros de la sociedad (delitos contra la salud).

e) Derecho a que el Estado, dentro de sus posibilidades, implemente las medidas necesarias para fomentar y promover la cultura de la salud entre los miembros de la sociedad[1].

Este derecho encuentra su fundamento jurídico en los siguientes ordenamientos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4.- (…) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (…)

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima:

Artículo 1.- El Estado de Colima reconoce, promueve, respeta, protege y garantiza los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como las garantías para su protección. (…)V.- Toda persona tiene derecho al trabajo, a la salud, a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, así como a disfrutar de vivienda digna y decorosa. El gobierno(sic) del Estado y los gobiernos municipales promoverán la construcción de vivienda popular e inducirán a los sectores privado y social hacia ese propósito, de conformidad con las disposiciones legales aplicables(sic).

Ley General de Salud:

Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al

[1] Cárdenas Nieto, Enrique. *Estudios para la elaboración de un Manual para la calificación de hechos violatorios de los Derechos Humanos*. México. 2005. p. 504.

ejercicio pleno de sus capacidades.- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I.- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.- II.- La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.- III.- La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.- IV.- La atención materno-infantil.- V.- La planificación familiar.- VI.- La salud mental.- VII.- La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.- VIII.- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.- IX.- La promoción del mejoramiento de la nutrición.- X.- La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y XI. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.

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

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:**I.** Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;**II.** Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar

tratamiento oportuno; **III.** De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y **IV.** Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.- Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

Ley del Seguro Social:

Artículo 2.- La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Artículo 3.- La realización de la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

Artículo 4.- El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Artículo 5.- La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores Del Estado:

Artículo 1.-La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República, y se aplicará a las Dependencias, Entidades, Trabajadores al servicio civil, Pensionados y Familiares Derechohabientes, de:I. La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto.- II. Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los Trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación.- III. El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal; IV. La Procuraduría General de la República.- V. Los órganos jurisdiccionales autónomos.- VI. Los órganos con autonomía por disposición constitucional.- VII. El Gobierno del Distrito Federal, sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus Dependencias y Entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados, y el órgano judicial del Distrito Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y VIII. Los gobiernos de las demás Entidades Federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales, y sus Trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de esta Ley.

Artículo 2.- La seguridad social de los Trabajadores comprende: I. El régimen obligatorio, y II. El régimen voluntario.

Ley de Salud del Estado de Colima:

Artículo 2.-El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: I.- El bienestar físico y mental del ser humano, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.- II.- La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.- IV.- El desarrollo de actitudes responsables y solidarias de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; y VI.- El conocimiento de los servicios de salud para su adecuado aprovechamiento y utilización.- VII.- Garantizar el acceso a los servicios de salud a los menores de edad, las mujeres, las personas con discapacidad y los adultos mayores.

Declaración Universal de Derechos Humanos[2], adoptada y proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su resolución 217 A (III), en Paris, Francia; ratificada por México el 10 de diciembre de 1948, que al respecto señala:

Artículo 25.- 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.- 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

[2] http://www.cinu.mx/onu/documentos/declaracion-universal-de-los-d/

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre[3], aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en 1948, firmada por México el 2 de mayo de 1948, que establece entre otras cosas:

Artículo XI.- Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[4], adoptado en Nueva York, EUA, por las Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entra en vigor el 3 de enero de 1976. Ratificado por México el 18 de diciembre de 1980. Publicado en DOF: 12 DE MAYO DE 1981.

Artículo 12.- 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.- 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

“NEGLIGENCIA MÉDICA (IMPERICIA)”, este derecho consiste en cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud, realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública, sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad

[3]http://www.cidh.org/basicos/Basicos1.htm
[4] http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm

realizada, que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico[5].

Para definir la acción u omisión, debe mencionarse lo que se conoce como faltas médicas que son negligencia, impericia, precipitación e inobservancia de las normas jurídicas.

La negligencia se define como la omisión al cumplimiento de un deber, a sabiendas de ello y teniendo los recursos necesarios para hacerlo.

La impericia consiste en la realización de actos con una carencia de conocimientos técnicos, científicos o destreza suficientes para realizar el procedimiento o cualquier otro acto relacionado con el ejercicio profesional, mismo que debe exigirse, de acuerdo con el grado académico real del profesional.

La precipitación es la actuación apresurada, cuando se cuenta con el tiempo suficiente para precisar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios, sean médicos o quirúrgicos.

La inobservancia de las normas sucede cuando no se realiza lo que al respecto indique la normatividad o la legislación de cualquier tipo.

En relación con el daño o mal efectivo y concreto, éste sucede cuando a consecuencia de cualquiera de las faltas anteriores se presume una complicación derivada de éstas. Ejemplos de ello son la muerte o agravamiento de lesiones o incapacidades por la falta de atención en caso de urgencia, cuya atención señala la ley como obligatoria, homicidio, muerte o los diversos tipos de lesiones por un procedimiento médico o quirúrgico que se complica de modo injustificado y ocasiona los resultados antes descritos, falta de comunicación, de

[5]*Cárdenas, op. cit.,* p. 523.

la presencia de una epidemia, maltrato de menores, abandono social o ataque a una institución médica para consumar un crimen en un herido.

Este derecho está regulado por los siguientes ordenamientos jurídicos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4.- (…) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (…)

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima:

Artículo 1.- El Estado de Colima reconoce, promueve, respeta, protege y garantiza los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como las garantías para su protección. (…)V.- Toda persona tiene derecho al trabajo, a la salud, a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, así como a disfrutar de vivienda digna y decorosa. El gobierno(sic) del Estado y los gobiernos municipales promoverán la construcción de vivienda popular e inducirán a los sectores privado y social hacia ese propósito, de conformidad con las disposiciones legales aplicables(sic).

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

Artículo 8.- 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 REHABILITACION: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

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

(…)

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.

Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos:

Artículo 44.- Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, según la naturaleza de la infracción en que se incurra, y sin perjuicio de sus derechos laborales: I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión. (…).

Cabe señalar que los instrumentos internacionales citados en la presente recomendación, son válidos como fuentes del derecho de nuestro país en tanto éste es Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos. Además, de acuerdo a lo establecido por el artículo 1, párrafos primero y segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por el arábigo 1, párrafo primero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima, en relación con el artículo 133 de nuestra Carta Magna, que al efecto señala: *“Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados*

que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados"; los instrumentos internacionales tienen relevancia dentro de nuestro orden jurídico, y constituyen norma vigente, por lo que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia de sus derechos humanos.

IV. OBSERVACIONES

Después de haber referido los Derechos Humanos vulnerados en el presente asunto de queja, y los fundamentos legales que tanto a nivel local, nacional e internacional existen al respecto, lo procedente es valorar los medios de convicción que obran en el expediente CDHEC/503/13, conforme a los principios pro persona y legalidad, atendiendo lo preceptuado por los párrafos segundo y tercero, del artículo 1º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el arábigo 39, de Ley Orgánica de esta Comisión de Derechos Humanos, que a la letra señalan:

"**Artículo 1º.-** (…)

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley (…)."

"**Artículo 39.-** Las pruebas que se presenten por los quejosos, los terceros interesados, las autoridades o servidores públicos a los que se imputen las violaciones, o bien que la Comisión recabe de oficio, serán valoradas en conjunto por el Visitador, de acuerdo con los principios de la lógica y la experiencia, a fin de que puedan producir convicción sobre los hechos reclamados."

Ahora bien, del análisis realizado en fecha 28 veintiocho de enero de 2014 dos mil catorce, por la Doctora Visitadora Adjunta de la Segunda Visitaduría General (Coordinación de Servicios Periciales), de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tiene que:

"Comentarios:

Lesiones vasculares: Etiología

La incidencia del trauma vascular ha aumentado paralelamente con el progreso de la humanidad. En efecto, en la sociedad moderna se registra incremento en el trauma de los vasos como efecto del transporte de alta velocidad, de las confrontaciones militares, de la violencia urbana y del uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de carácter invasor.

Muchas de las heridas vasculares de la cabeza, cuello y torso son inmediatamente letales. Por ello la mayoría de los pacientes que sobreviven y llegan al hospital, presentan heridas en las extremidades.

Las causas más frecuentes de lesiones vasculares son:

Heridas penetrantes: En primer lugar están las heridas por arma de fuego, cuya severidad depende de la velocidad del proyectil. Los proyectiles de alta velocidad empleados por los militares, producen destrucción masiva de tejidos. Además del daño directo, originan una lesión a distancia llamada efecto cavitacional, consistente en la destrucción de los tejidos por el efecto ondulante del proyectil. Este efecto cavitacional lesiona la íntima y origina trombosis en

sitios distantes al lugar del impacto. Los proyectiles de baja velocidad, que son los causantes de las heridas civiles, producen un daño importante pero menos severo.

Otra forma de heridas penetrantes es la producida por arma blanca o por fragmentos de vidrios y metal. En estos casos las lesiones tienden a ser nítidas, lo cual facilita el reparo vascular.

En el trauma de las extremidades, los fragmentos óseos pueden producir lesiones penetrantes de los vasos, de mayor severidad debido a que los desgarran. Este tipo de lesiones es más frecuente en las extremidades inferiores.

Heridas no penetrantes: Es un mecanismo menos frecuente pero su pronóstico es más serio, por cuanto la lesión es por aplastamiento y el diagnóstico tiende a ser tardío. Se produce cuando un vaso es comprimido contra una estructura ósea o cuando un hueso fracturado comprime, sin romperlo.

También es más frecuente en las extremidades inferiores.
Lesiones iatrogénicas: Pueden presentarse en procedimientos como la arteriografía, donde es posible lesionar la íntima y producir trombosis; en cirugía para hernias de disco pueden lesionarse los vasos ilíacos; las punciones femorales en niños pueden llevar a trombosis por daño de la íntima.

En nuestro medio las lesiones vasculares son más frecuentes en hombres en la tercera década de la vida. Lesiones por arma de fuego y arma blanca son responsables en el 80% de los casos.

Tipos de lesión:

Dependiendo del agente injuriante y de la intensidad del trauma, pueden producirse varios tipos de lesiones, siendo las más frecuentes las laceraciones y las transacciones.

Lesiones penetrantes:

Laceración: es un desgarro o ruptura parcial de un vaso, con mayor o menor pérdida de substancia dependiendo de las circunstancias de la lesión. Se observa en heridas por bala, arma blanca, vidrios, fragmentos metálicos o por esquirlas óseas.

Transección: es la pérdida completa de la continuidad de un vaso. Se produce por mecanismos similares a la lesión anterior.

Perforación: son lesiones puntiformes producidas por objetos de pequeño calibre, como perdigones. Fístula arterio-venosa: cuando el mecanismo de la lesión compromete tanto la arteria como la vena paralela a ella y no se hace el reparo vascular inmediato.

Puede producirse una derivación del flujo arterial a la vena a través de dicha comunicación, lo cual se denomina fístula arterio-venosa.

Aneurismas falsos: llamados también seudoaneurismas. Si la lesión vascular no comunica con el exterior, se produce un hematoma que usualmente obliga a una intervención quirúrgica. Ocasionalmente se forma alrededor de uno de estos hematomas una cápsula fibrosa y con el transcurso del tiempo hay además licuefacción de los coágulos de este hematoma.

Tal proceso resulta en una cavidad que se comunica con la circulación a través del defecto en la pared arterial, conformando un hematoma pulsátil que se conoce con el nombre de aneurisma falso por no tener paredes como un aneurisma verdadero.

Lesiones no penetrantes:

Espasmo segmentario: es una vasoconstricción refleja, segmentaria y reversible producida por un trauma menor.

Lesión de la íntima: traumas más severos que no alcanzan a romper toda la pared de un vaso pueden originar disrupción de la íntima. El segmento lesionado es disecado por el flujo sanguíneo y acaba prolapsándose a la luz vascular para constituir un obstáculo para el flujo sanguíneo, que acaba siendo causa de una trombosis completa del vaso. En la cirugía el aspecto externo del vaso es normal, excepto por una decoloración azulosa en el sitio correspondiente a la disección de la íntima.

***Síndrome de compartimiento**:*

Es el conjunto de signos y síntomas que se producen cuando aumenta la presión dentro de un compartimiento muscular. El aumento de presión es debido a edema. Los sitios donde se puede presentar el síndrome son la pierna y el antebrazo. En la pierna existen tres compartimientos:

Compartimiento anterior: contiene los músculos tibial anterior, extensor largo de los dedos y extensor largo del hallux. Compartimiento lateral: contiene los músculos peroneos.
Compartimiento posterior profundo: contiene los músculos tibial posterior y flexores de los dedos.

Compartimiento posterior superficial: contiene los músculos sóleos y gastrognemios.

En el brazo existen dos compartimientos: el de los flexores en la parte anterior y el de los extensores en la posterior. Cada compartimiento, además de los músculos, contiene estructuras nerviosas y tendinosas y está encerrado completamente por tejido aponeurótico no distensible.

Al producirse edema dentro de un compartimiento aumenta la presión, lo cual inicialmente impide el drenaje venoso y, finalmente, impide también el flujo arterial, produciendo isquemia tisular que genera más edema, cerrándose así un grave círculo vicioso.

Si la presión en el compartimiento no es liberada, se produce necrosis de las estructuras musculares y nerviosas, con severas secuelas tardías: déficit funcional, contractura y deformidad de la extremidad comprometida.

Los músculos más comprometidos en el miembro superior son el flexor largo del pulgar y el flexor profundo de los dedos. En el miembro inferior, el músculo más comprometido es el tibial anterior.

El síndrome de compartimiento es producido por múltiples causas, como suturas a tensión sobre un defecto facial, yesos apretados, exposición al frío, quemaduras, trauma vascular, etc. En personas jóvenes se ha descrito una variedad idiopática asociada con el ejercicio exagerado.

En casos de trauma vascular, el síndrome se presenta especialmente asociado a fracturas supracondíleas del húmero, en lesiones combinadas de arteria y vena poplítea y cuando la lesión vascular se acompaña de compromiso severo de tejidos blandos.
El compromiso del antebrazo después de una fractura supracondílea de húmero se conoce con el nombre de contractura isquémica de Volkmann.

Cuadro clínico:

Los pacientes con lesiones vasculares se presentan en formas diversas: pueden estar asociadas a trauma sistémico severo donde la lesión vascular usualmente no es lo más notorio y ocupa un papel secundario dentro del manejo global del paciente: también pueden presentarse asociadas a fracturas de extremidades o pueden ser el único sistema comprometido, como en el caso de una herida por cuchillo de los vasos femorales, o presentarse sin manifestación clínica mayor.

En nuestro medio la hemorragia y el hematoma son los signos más frecuentes. Hemorragia. Es la forma clásica de presentación de las lesiones vasculares se asocia con shock en el 50% de los casos. Cuando la caída tensional es muy

severa, puede desaparecer el sangrado, reapareciendo cuando se restablece la presión arterial.

Si la lesión vascular es parcial, el sangrado es continuo porque la parte intacta del vaso impide que se retraiga y se cierre. Si la lesión es completa, el vaso se retrae por espasmo del músculo liso y se produce trombosis en el orificio, lo cual hace que en estos casos el sangrado sea menor. Este espasmo es más frecuente en la arteria braquial y su causa es desconocida; parece que se produce más por estímulo directo sobre el músculo liso que por influencia nerviosa. La licuefacción del trombo o su desplazamiento por la presión son las causas de hemorragia retardada en tales casos.

En las lesiones arteriales la hemorragia es profusa; pulsátil y rutilante; en las venosas es menos abundante y oscura. La diferenciación preoperatoria de la fuente de sangrado tiene poca importancia práctica.

El sangrado puede no estar presente en el momento de examinar el paciente, pero interrogándolo puede encontrarse que la tuvo.
Hematoma: Si la herida vascular comunica con el exterior, se produce el sangrado; si no lo hace, la sangre se acumula en los tejidos vecinos formando un hematoma que puede continuar creciendo en forma notoria o puede ser bloqueado por los tejidos sin adquirir mayores proporciones.

Soplo: Ocasionalmente puede auscultarse un soplo sobre la zona de la lesión. Es la manifestación de turbulencia como consecuencia del daño vascular. Cuando es continuo se debe presumir la presencia de una fístula arterio-venosa.

Cambios distales a la lesión vascular: cuando se produce una lesión vascular en una extremidad, puede encontrarse distalmente una serie de alteraciones cuya severidad va a depender de la magnitud de la lesión y de la efectividad de la circulación colateral. Estas alteraciones son de dos tipos: cambios en los pulsos y cambios isquémicos. Cambios en los pulsos: la pérdida de los pulsos indica obstrucción parcial o completa del flujo arterial por interrupción o por

espasmo arterial. Los pulsos deben evaluarse una vez el paciente haya sido recuperado del shock, comparándolos con los de la extremidad sana. Es importante tener en cuenta que la presencia de pulsos no descarta lesión vascular, ya que la sangre puede pasar a través del hematoma o una laceración arterial puede ser temporalmente ocluida por un coágulo, existiendo en ambos casos pulsos distales en presencia de la lesión vascular.

LA AUSENCIA DE LOS PULSOS A PESAR DE HABERSE RECUPERADO EL PACIENTE DEL SHOCK DEBEN HACER PENSAR DAÑO DE LA ANATOMÌA ARTERIAL. *Es un error grave atribuir la ausencia o disminución de los pulsos a espasmos arteriales sin hacer ningún esfuerzo para descartar lesión arterial. Cambios isquémicos: se caracterizan por alteraciones en el color de la piel de la extremidad, (palidez o cianosis), por frialdad o por alteraciones neurológicas. Los cambios neurológicos, consistentes en parálisis de la extremidad, anestesia o hipoestesia, son muy importantes, pues se correlacionan muy bien con la severidad de la isquemia.*

Los nervios periféricos son las estructuras más sensibles a la hipoxia; es por ello que la anestesia y la parálisis se desarrollan rápidamente cuando hay una obstrucción arterial importante. El músculo estriado es igualmente sensible a la anoxia. Experimentalmente se ha encontrado que después de 6 horas de interrupción del flujo arterial, las posibilidades de recuperación del músculo y de los nervios son escasas. La piel y los tendones, por el contrario, poseen gran resistencia a la anoxia.

La isquemia puede producir dolor severo en la extremidad afectada. En nuestro medio se han encontrado pulsos ausentes en el 54% de los casos, disminuidos en el 22% y normales en el 24%.

Heridas en trayectos vasculares: Una herida ubicada sobre el trayecto vascular debe hacer pensar en lesión vascular aunque no exista evidencia alguna adicional. Esto es debido al hecho conocido de la existencia de lesiones vasculares con ninguna sintomatología. El riesgo de no diagnosticar una lesión

vascular es la aparición posterior de una fístula arterio-venosa o de un aneurisma falso.

Heridas en los siguientes sitios obligan a descartar lesión vascular:

Heridas supraesternales: por la posibilidad de compromiso de los grandes vasos Heridas supraclaviculares con trayectoria caudal y heridas infra claviculares: por la posibilidad de daño de los vasos subclavios o de los axilares.

Heridas de la cara interna del brazo: por el riesgo de lesión de los vasos braquiales.

Heridas en la cara anterior de la raíz del muslo: en este sitio los vasos femorales tienen trayectoria superficial. Así mismo lesiones sobre el trayecto de la arteria femoral superficial hasta su entrada en el canal de los aductores (canal de Hunter), obligan a descartar lesiones en este vaso.

Heridas en el hueco poplíteo: tienen altas posibilidades de comprometer los vasos; sin embargo, una herida sobre un trayecto vascular puede tener una dirección tal que se aleje en forma clara de los vasos. Por este motivo en la evaluación de una herida sobre un trayecto vascular sin evidencia de lesión vascular es importante la definición del vector de la trayectoria de la lesión.

Tal definición consiste en la determinación del trayecto de la herida introduciendo un dedo por el orificio o juzgando según los sitios de entrada del arma o del proyectil. En algunos casos ayuda el tener placas radiológicas en dos posiciones para determinar la localización precisa de un proyectil.

Si el vector está claramente en contra de lesión vascular y la clínica es negativa, puede manejarse el problema como una lesión común de tejidos blandos.

Edema: el desarrollo de edema severo de una extremidad inmediatamente después de ocurrida la lesión debe hacer sospechar herida venosa.

Fracturas y luxaciones: causas muy frecuentes de trauma vascular son las fracturas o luxaciones de las extremidades.

Los traumas óseos pueden producir desde lesiones leves, como espasmo, hasta desgarro de los vasos.

La asociación de trauma vascular y fracturas o lesiones externas de los tejidos blandos, tiene un pronóstico pobre.

La contusión arterial con espasmo es más frecuente en lesiones de la arteria braquial por fracturas de húmero. Las lesiones de la íntima con trombosis son más frecuentes en lesiones de codo y de rodilla (luxaciones posteriores de rodilla), donde los vasos van en íntimo contacto con el hueso.

En toda fractura de las extremidades es obligatorio el examen de los pulsos para descartar trauma vascular. Especial cuidado se debe tener en los siguientes casos:

Fracturas de los primeros arcos costales, especialmente cuando se asocian a fracturas de clavícula: obligan a descartar lesión de los vasos subclavios.

Luxación o luxofractura de la cabeza del húmero: pueden lesionar los vasos axilares. La lesión se produce con mayor frecuencia en el momento de la reducción que en el momento del trauma.

Fracturas supracondíleas y luxaciones posteriores de húmero pueden lesionar los vasos braquiales, ya que en ambos casos el húmero se va hacia adelante contra la arteria y la vena. La lesión a este nivel tiene buen pronóstico por la circulación colateral rica del codo, a menos que el hematoma local o el espasmo arterial la comprometan.

Fracturas de la diáfisis femoral: pueden lesionar la arteria femoral superficial.

Fracturas supracondíleas de fémur, del extremo superior de la tibia y luxaciones posteriores de rodilla: lesionan con frecuencia los vasos poplíteos, con pronóstico malo.

Lesiones nerviosas asociadas: cuando existe una lesión en terreno vascular sin signos de compromiso circulatorio, pero con evidencia de lesión del nervio que acompaña los vasos, las posibilidades de lesión vascular son muy altas por la estrecha vecindad de ambas estructuras. Tal es el caso en las lesiones infraclaviculares con evidencia clínica de compromiso del plexo braquial.

Síndrome de compartimiento: en la mayoría de los casos, el dolor y el aumento progresivo de volumen, son los síntomas más tempranos. La extremidad aumenta de volumen, pudiendo aparecer eritema sobre el compartimiento comprometido. A medida que progresa el cuadro hay desaparición de los pulsos, pérdida de la motilidad y alteraciones sensitivas (hipoestesia o anestesia) que típicamente son en guante o en bota.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el edema discreto y difuso que suele ocurrir luego de una revascularización, con la trombosis venosa, con la celulitis y con hemorragia de tejidos blandos.

Lesiones tardías: se producen por lesiones arteriales que no son tratadas en el momento de la lesión y que evolucionan hasta producir síntomas en un período de tiempo variable:

Fístulas arterio venosas: en el momento de la lesión los síntomas y signos pueden ser mínimos, estando en muchos casos el paciente enteramente asintomático.

Después de un tiempo, cuando el cuadro fistuloso está bien establecido, puede presentarse una serie de alteraciones: es posible la existencia de una masa difusa, blanda a veces visible; la hipertensión venosa puede llegar a producir

várices con cambios pigmentarios en piel y ulceraciones distales a la fístula; auscultando el sitio de la fístula puede oírse un soplo de mayor intensidad en sístole que en diástole (soplo en maquinaria). Si se presiona con un dedo la piel sobre la fístula ocluyéndola se aumenta la resistencia periférica y por reflejo se produce bradicardia. Esta disminución en el pulso al ocluir temporalmente la fístula se conoce como signo de Branham.

La existencia de una fístula arterio-venosa hace que descienda la resistencia periférica, lo cual es un poderoso estímulo para la formación de circulación colateral, aumentando además el gasto cardíaco. Si la fístula es entre dos vasos de calibre mayor o ha estado presente por largo tiempo, puede llegar a producir insuficiencia cardíaca. En niños produce tardíamente aumento de la longitud de la extremidad afectada.

Aneurismas falsos: se presentan como una masa en el sitio en que se lesionó una arteria. En las lesiones más antiguas hay equimosis en la piel con cambios inflamatorios francos, llegando hasta producir destrucciones óseas parciales. En algunos casos estas lesiones se han confundido con abscesos y se han puncionado.

3.4.- Procedimientos diagnósticos.

La evaluación clínica del trauma vascular es suficiente en el 75% de los casos. En situaciones precisas, la arteriografía es necesaria; su certeza diagnóstica es del 94%.

La ultrasonografía y el examen con Doppler son de gran valor y no son invasivos. Otros procedimientos diagnósticos como la pletismografía, tienen poca difusión.

Las indicaciones para la arteriografía son:

Heridas supraesternales sin signos de lesión vascular.

Heridas supraesternales con dirección caudal y heridas infraclaviculares sin evidencia clínica de compromiso vascular.

Heridas por perdigones en extremidades.

Fracturas múltiples de una extremidad con compromiso vascular evidente, con el fin de precisar la altura de la lesión.

Fractura de una extremidad que requiera manejo quirúrgico del problema óseo y en la que exista duda del compromiso vascular.

Traumas severos del tórax con fractura de la primera costilla o de las primeras costillas y la clavícula.

Evidencia clínica de aneurisma falso o de fístula arterio-venosa, con el fin de hacer una mejor evaluación preoperatoria.

3.5.- Tratamiento:

Cuidado Primario: cuando existe sangrado importante, el trauma vascular pone en peligro la vida del paciente y en esas circunstancias el control inmediato de la hemorragia es la prioridad absoluta. Este control puede hacerse, según su magnitud, aplicando apósitos estériles a presión sobre el sitio del sangrado o introduciendo directamente un dedo en la herida para comprimir los vasos en los casos en que el sangrado es masivo, y manteniéndolo en ese sitio hasta lograr el control quirúrgico del vaso roto. Nunca se deben aplicar a ciegas pinzas hemostáticas, debido a que usualmente se falla en controlar el problema y, además, durante la maniobra se aumenta el daño del vaso, dificultando el reparo, y se pueden lesionar estructuras vasculares o nerviosas adyacentes.

El torniquete debe evitarse, como norma general. Cuando sea necesario usarlo, debe ser suficientemente acolchado para evitar daño neurológico permanente.
Si el trauma vascular no se acompaña de sangrado importante, debe ocluirse el sitio de la lesión con material estéril para minimizar los riesgos de infección y

dirigir la atención a las lesiones asociadas, si están presentes y son importantes.

Si el sangrado ha llevado al paciente a estado de shock, se debe cohibir la hemorragia en el caso de lesiones abiertas, iniciar maniobras de resucitación (líquidos parenterales, administración de sangre, disección de vena, etc.) y llevarlo rápidamente a cirugía.

Si el shock es por lesiones abdominales o torácicas asociadas, se maneja prioritariamente la insuficiencia circulatoria haciendo maniobras agresivas para revertir el shock. Una vez recuperado el paciente, se hace evaluación del problema vascular. Si no se recupera, se debe llevar a cirugía.

Si se presentan fracturas asociadas a trauma vascular, debe inmovilizarse rápidamente la extremidad con una férula o con almohadas para evitar mayor daño neurovascular. Si la fractura es angulada o hay una luxación, debe hacerse la reducción inmediata y si después de realizada no reaparecen los pulsos, está indicada la exploración quirúrgica. Debe tenerse especial cuidado en las luxaciones anteriores del hombro, en las luxaciones posteriores del codo, en las fracturas de los platillos tibiales y en las luxaciones posteriores de la rodilla. Tratamiento definitivo: Lesión vascular asociada a fractura: Siempre que existe sospecha de lesión vascular asociada a una fractura que se va a reparar quirúrgicamente, deben explorarse en el mismo acto los vasos. En estos casos, primero se hace la fijación ósea y luego se hace el manejo de la lesión vascular para evitar dañar el reparo en la manipulación de los fragmentos.

Si el problema óseo no requiere manejo quirúrgico, pero hay signos claros de lesión vascular, se debe llevar el paciente a cirugía para exploración de los vasos. Si los signos clínicos son dudosos, se debe hacer arteriografía y venografía, para decidir si el paciente es o no candidato para cirugía. Por ninguna razón se debe dejar un paciente con posibilidades de lesión vascular en observación, sin hacer esfuerzos para precisar si hay o no lesión.
Toda luxación o fractura muy angulada debe reducirse e inmovilizarse rápidamente.

Si la angiografía está indicada pero no es posible hacerla por cualquier razón técnica, el paciente debe operarse antes que someterlo a los riesgos consecuentes a una observación en presencia o en duda de lesión. Como ya se comentó, cuando hay fracturas a varios niveles y no es posible precisar la altura de la lesión vascular, se debe hacer arteriografía para orientar el abordaje quirúrgico.

Cuando una fractura no produce signos de déficit vascular, la sola evidencia clínica es suficiente para descartar la lesión de vasos. Lesiones penetrantes: toda herida penetrante que esté en un trayecto vascular y se acompañe de signos de compromiso circulatorio, obliga a exploración quirúrgica. Si la 'herida no se acompaña de déficit vascular, la decisión terapéutica va a depender de la dirección del vector. Si se aleja claramente del vaso, se maneja el paciente como una lesión común de tejidos blandos. Si el vector va hacia los vasos y los signos clínicos son dudosos, se debe hacer exploración quirúrgica. Si va hacia los vasos pero no hay signos de compromiso vascular, va a depender de lo accesible que sean los vasos a la exploración quirúrgica: vasos fácilmente accesibles como los poplíteos, femorales, braquiales y carotídeos se exploran en todos los casos; vasos de acceso difícil como los axilares, subclavios y los grandes vasos, se manejan con arteriografía y venografía simultáneas.

Si no hay signos de lesión vascular, pero hay déficit neurológico de un nervio cuyo curso sea muy cercano a los vasos, éstos se deben explorar en todos los casos. Una herida que se produzca en los tejidos vecinos a los vasos puede comprometerlos. Siempre que existe este tipo de herida y se acompañe de signos de compromiso vascular, deben explorarse los vasos. Si los signos son dudosos o negativos, se recurre al vector. Si se dirige hacia los vasos y éstos son accesibles, debe hacerse exploración en cirugía; si se dirige a vasos de difícil abordaje y no hay signos de lesión, deben hacerse arteriografía y venografía. Si se dirige a los vasos sin existir evidencia de déficit vascular pero existiendo compromiso neurológico, debe explorarse.

Las heridas por perdigones, lo mismo que los aneurismas falsos y las fístulas arterio-venosas, se evalúan por arteriografía para decidir el tipo de manejo quirúrgico a seguir.

Reparación vascular: se debe efectuar lo más rápidamente posible. La reparación vascular se acompaña de éxito en el 90% de los casos si se hace dentro de las seis primeras horas de sucedida la lesión, pero baja al 50% si se demora más de 12 horas. El músculo estriado y el tejido nervioso toleran muy mal la isquemia; en cambio, la piel, el hueso y los tendones lo hacen muy bien.
En todos los casos de compromiso arterial y venoso mayor, se debe intentar la reparación tanto de la arteria como de la vena: No existe ningún nivel de ligadura arterial que sea 100% seguro. En general la ligadura de un vaso arterial principal lleva a amputación de la extremidad en el 50% de los casos.
Además de vasos secundario, puede ligarse una de las dos arterias del antebrazo y una de las de la pierna con seguridad. Así mismo, cuando la arteria braquial se lesiona muy cerca del codo, puede ligarse, ya que la circulación se restablece a través de la arteria braquial profunda y de la red anastomótica del codo. Todos los demás vasos mayores deben repararse.
Fasciotomía: Se debe hacer cuando aparezcan los primeros signos de síndrome de compartimiento, puesto que en doce horas se producen cambios isquémicos irreversibles.

El procedimiento consiste en abrir la piel y la fascia para liberar la presión en los compartimentos afectados.

Hay situaciones en que se debe hacer en forma profiláctica. Sus indicaciones son:

Lesión simultánea de arteria y vena piplítea.

Lesiones por aplastamiento de la extremidad.

Lesiones extensas de tejidos blandos.

Shock prolongado Edema preoperatorio de la extremidad.

Retardo de más de seis horas para hacer el reparo vascular.

Postoperatorio: toda reparación vascular debe ser cuidadosamente controlada en el postoperatorio, observando la presencia de pulsos distales al sitio de la reparación, el calor, color, llenado capilar, movilidad y sensibilidad de la piel de la extremidad. Las posibilidades de una trombosis en el sitio de la reparación son altas y obligan en muchos casos a reexplorar el paciente.

Amputación: existe un reducido subgrupo de pacientes con fracturas abiertas y muy severas lesiones de tejidos blandos y gran interferencia vascular e isquemia.

Estos cuadros se asocian con elevada morbilidad y mal pronóstico en cuanto a pérdidas funcionales, y con frecuencia requieren amputación. El tratamiento es complejo y, a pesar de los avances, la tasa de amputación sigue siendo alta, del orden de 50-70%.
Algunos de estos casos se benefician con amputación temprana, pero la decisión para amputar es difícil y debe ser el resultado de un consenso interdisciplinario.

Algunos autores, como Gregory y Johansen y asociados, han desarrollado índices y puntajes que son de ayuda en la toma de decisiones en cuanto a amputación.

Pero siempre debe primar el criterio de consenso interdisciplinario por parte del cirujano, el ortopedista, el neurocirujano y el cirujano plástico, a la luz de las nuevas técnicas de reconstrucción.

3.5.- Lesiones por aplastamiento:

El síndrome de aplastamiento es el cuadro clínico que puede presentarse en personas liberadas de grandes compresiones mecánicas de partes o todo su

cuerpo, caracterizado compromiso circulatorio con marcado edema del área dañada y desarrollo de inestabilidad hemodinámica y shock. La insuficiencia renal aguda se presenta en un alto porcentaje de estos lesionados y se acompaña de una alta mortalidad.

El tejido muscular es muy sensible a la mortificación cornpresiva. Una presión de 40 a 60 mm de Hg durante 15 minutos puede dar inicio a cambios en nervios y músculos; si esta presión dura más de 4 horas, puede ocasionar una necrosis isquémica y rabdomiolisis. El daño celular producido en los músculos comprimidos desencadena al ser liberados una secuencia de hechos de repercusión general, cuya gravedad estará en dependencia del estado de salud previa del lesionado, de su desarrollo muscular, de la severidad y duración del trauma compresivo, de la temperatura ambiente, de la asociación con otras lesiones y de la precocidad y calidad del tratamiento médico impuesto.

El músculo dañado libera mioglobina, tanto de las células totalmente destruidas como de aquéllas en las que sólo se produjeron alteraciones en la integridad de su membrana celular. Junto a la mioglobina se liberan otros elementos ultra celulares, entre ellos creatinoquinasa, creatinofosfatasa, creatinina, aldolasa, los precursores de la purina, adenonucleótidos y las proteasas neutras. Se apreciará una marcada elevación de la concentración plasmática y urinaria de estas sustancias. Se registrará una desproporcionada elevación de la creatinina sé rica en relación con la concentración sanguínea de nitrógeno uréico, y mientras la función renal se conserve se producirá una severa creatinuria.

La reanimación temprana y el tratamiento efectivo permitirán reducir la gravedad del cuadro clínico, la frecuencia y magnitud de las graves complicaciones, y la letalidad, que puede presentarse después del brusco empeoramiento al liberarse las regiones comprimidas y producirse la diseminación de las sustancias tóxicas generadas localmente por la autólisis de los tejidos dañados. El período intermedio es el de mayor letalidad por las graves manifestaciones y complicaciones clínicas que en él se producen. La insuficiencia renal aguda predomina. El paciente puede desarrollar fallo multiorgánico. En ocasiones, se describe afectación renal sin que se haya

hecho evidente el shock. Después del riñón, el hígado suele ser el órgano más afectado.

Ante un lesionado con riesgo o diagnóstico de síndrome de aplastamiento, las primeras medidas deben encaminarse a lograr su estabilidad hemodinámica, lo que generalmente se alcanza administrando plasma y soluciones electrolíticas endovenosas, además de los cuidados locales en la región comprimida liberada.

Una vez que su estado clínico lo permita, debe ser evacuado a un centro médico especializado.

Las extremidades lesionadas deben mantenerse en reposo, evitar su manipulación innecesaria para impedir la liberación de nuevas cantidades de sustancias tóxicas e inmovilizarlas, particularmente si existen lesiones óseas. La necesidad del rápido restablecimiento de la circulación sanguínea de la región dañada entra en contradicción con la necesaria profilaxis de la toxemia traumática que ésta puede generar.

4.- Conclusiones:

Después del estudio y análisis de las constancias que obran en el expediente de queja a nombre del señor Heliodoro Carrazco Facio, se llega a las siguientes;

PRIMERA:

La atención brindada en el hospital General de Manzanillo, Colima, no fue la adecuada por las siguientes razones:

A.- El paciente no fue valorado en forma integral en relación a la patología que presentaba y el mecanismo de la lesión que fue el aplastamiento, situación que se puede constatar en las notas de valoración de los servicios de Urgencias y Cirugía general en las que aparentemente sólo les llama la atención la "fractura" y en ningún momento se hace referencia a las condiciones neurovasculares de

la extremidad inferir como son la sensibilidad, llenado capilar y condiciones de los pulsos, los cuales no están reportados en notas médicas.

B.- Se hace caso omiso del mecanismo de la lesión; "aplastamiento" y las complicaciones inmediatas y mediatas que este tipo de lesiones pueden condicionar tales como la lesión a tejidos blandos, y el compromiso neurovascular de la extremidad, presentando como consecuencia de esto el riesgo de isquemia, necrosis, lesión nerviosa, lesión trombótica, septicemia, así como necrosis de la extremidad, tal como aconteció en el caso en comento.

C.- Aún cuando en las notas de evolución de los días 1°, 2, 3 y 4 de julio de 2013, se hace referencia a que continúa con datos de compromiso neurovascular distal, se omite hacer referencia a cuáles son éstos: (temperatura, sensibilidad, dolor, movilidad, llenado capilar, etcétera).

D.- Se omite someter al paciente a un protocolo de estudio con sospecha de lesión vascular, por lo que no se solicitan estudios como Doppler, angiografía, electromiografía para establecer un diagnóstico preciso y aplicar el tratamiento adecuado en forma oportuna.

SEGUNDA:

Es intervenido quirúrgicamente el día 4 de julio de 2013, habiéndose omitido una valoración integral y sin haber realizado estudios especiales para valoración, por lo que el procedimiento quirúrgico es insuficiente ya que únicamente se maneja la fractura con la aplicación de placa en L, colocación de tornillos e injerto autólogo, toda vez que siempre que existe sospecha de lesión vascular asociada a una fractura que se va a reparar quirúrgicamente, deben explorarse en el mismo acto los vasos. En estos casos, primero se hace la fijación ósea y luego se hace el manejo de la lesión vascular para evitar dañar la reparación, en el momento de la manipulación de los fragmentos óseos.

TERCERA:

En el registro de la intervención quirúrgica de fecha 4 de julio de 2013, no se hace referencia a como se encontraban los tejidos blandos, ni las condiciones del paquete neurovascular, por lo que podemos establecer con un alto grado de probabilidad que esta exploración no se efectuó sustentado esta aseveración por la mala evolución y las complicaciones que presentó el paciente.

CUARTA:

Aún cuando el paciente presenta una evolución tórpida en el postoperatorio, ya que se refiere que continuaba con datos de compromiso neurovascular distal, precipitan el alta habiéndolo egresado el día 6 de julio de 2013.

QUINTA:

Dadas las condiciones en las que el paciente es egresado, presenta en su domicilio una mala evolución; por lo que reingresa al Hospital en fecha 11 de julio de 2013 con síndrome febril, necrosis superficial, disminución de pulso pedio, deficiente llenado capilar, además de zona de anestesia de la rodilla hacia abajo con pulsos casi imperceptibles, sin movilidad de la extremidad y con aparente compromiso vascular profundo hasta la rodilla. Siendo hasta este momento en que se solicita un Doppler (ultrasonido vascular) en forma urgente por parte del servicio de traumatología y Ortopedia.

SEXTA:

Dilación en el traslado para valoración y manejo por parte del personal médico del Hospital General de Manzanillo, Colima, ya que es hasta las 21 :00 horas que se entrega resultado de estudio Doppler en donde se reporta una obstrucción trombótica desde la arteria poplítea hasta la tibial anterior/posterior y en ese momento se inicia trámite para traslado al Hospital Regional Universitario para valoración y tratamiento.

SÉPTIMA:

El manejo que se otorgó al paciente en el Hospital Regional Universitario; fue el adecuado en relación a que a su ingreso se establece el diagnóstico de fractura de meseta tibial derecha, obstrucción arterial e isquemia irreversible, motivo por el que el tratamiento definitivo fue radical habiendo tenido que realizar amputación supracondílea de la extremidad inferior derecha.

OCTAVA:

Existe responsabilidad administrativa en relación a que se contraviene la NOM-168-SSAI-1998 en relación al uso, integración y manejo del expediente clínico, ya que como se ha referido en párrafos anteriores, se encuentran sin nombre, firmas, etcétera. (sic)."

Así pues, para abundar en el análisis del presente asunto debe decirse que, con respecto al uso, manejo e integración del expediente clínico del hoy agraviado, el Hospital General de Manzanillo, Colima, incumple lo dispuesto en la NOM 168 SSAI-1998, en donde se destaca, el sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario,

atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Igualmente, resulta aplicable en la especie la sentencia del caso Albán Cornejo y otros, vs. Ecuador, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual, en el numeral 68, refiere la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

Debe establecerse que el pronunciamiento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se cita en la presente recomendación, es de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, en sus numerales 1 y 2, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y del reconocimiento de su competencia contenciosa, acorde al decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1999.

Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 45, párrafo segundo, de la Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima; 1, 2 y 9, de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Colima; así como, en 1, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c) y 126, de la Ley General de Víctimas, los cuales prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y

perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar u reparar, de manera íntegra, las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

De igual forma, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 63.1, dispone: “Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.

El ordinal 1.1 del Pacto de San José, pone a cargo de los Estados parte, los deberes fundamentales de respeto y de garantía, de tal modo que todo menoscabo a los derechos humanos que pueda ser atribuido a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos previstos por tal pacto.

El deber de indemnizar se regula en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, que señala entre otras cosas: “las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional”.

De ese modo, en atención a lo estipulado en términos de los artículos 1, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c) y 126, de la Ley General de Víctimas, al acreditarse la violación a los derechos humanos a la salud, en agravio de A1, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previstos en la aludida ley.

Se transcriben los artículos para una mejor ilustración:

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

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

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

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

"Artículo 96. El Registro Nacional de Víctimas, es el mecanismo administrativo y técnico que soporta todo el proceso de ingreso y registro de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos al Sistema, creado en esta Ley.

El Registro Nacional de Víctimas constituye un soporte fundamental para garantizar que las víctimas tengan un acceso oportuno y efectivo a las medidas de ayuda, asistencia, atención, acceso a la justicia y reparación integral previstas en esta Ley".

"Artículo 97. El Registro Nacional de Víctimas será integrado por las siguientes fuentes:

I. Las solicitudes de ingreso hechas directamente por las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos, a través de su representante legal o de algún familiar o persona de confianza ante la Comisión Ejecutiva o ante sus equivalentes en las entidades federativas, según corresponda;

"Artículo 106. El ingreso de la víctima al Registro se hará por la denuncia, la queja, o la noticia de hechos que podrá realizar la propia víctima, la autoridad, el organismo público de protección de derechos humanos o un tercero que tenga conocimiento sobre los hechos".

"Artículo 110. El reconocimiento de la calidad de víctima, para efectos de esta Ley, se realiza por las determinaciones de cualquiera de las siguientes autoridades:

(…)

V. La Comisión Ejecutiva que podrá tomar en consideración las determinaciones de:

c) Los organismos públicos de protección de los derechos humanos (…)".

"Artículo 126. Además de los deberes establecidos para todo servidor público, los funcionarios de organismos públicos de protección de derechos humanos, en el ámbito de su competencia, deberán:

I. Recibir las quejas por presuntas violaciones a derechos humanos;
II. Recibir las denuncias por presuntos hechos delictivos y remitir las mismas al Ministerio Público;
III. Investigar las presuntas violaciones a derechos humanos;

IV. Respetar, en el marco de sus investigaciones, los protocolos internacionales para documentación de casos de presuntas violaciones de derechos humanos;

V. Solicitar, cuando sea conducente, medidas cautelares necesarias para garantizar la seguridad de las víctimas, familiares o bienes jurídicos;

VI. Dar seguimiento a las solicitudes que plantee ante la autoridad ejecutiva o judicial; en caso de advertir omisiones o incumplimientos por la autoridad o particular, denunciar las mismas por las vías pertinentes;

VII. Utilizar todos los mecanismos nacionales e internacionales para que de manera eficaz y oportuna, se busque fincar las responsabilidades administrativas, civiles o penales por graves violaciones a derechos humanos, y

VIII. Recomendar las reparaciones a favor de las víctimas de violaciones a los derechos humanos con base en los estándares y elementos establecidos en la presente Ley".

Bajo este contexto, la mencionada reparación del daño deberá considerar la indemnización que corresponda conforme a la legislación laboral, puesto que la amputación sufrida por el quejoso a partir de la inadecuada atención médica, implica una imposibilidad parcial para emplearse en el oficio que habitualmente venía desempañando; los gastos médicos que logre comprobar la parte quejosa; las terapias psicológicas que requiera el agraviado para superar el trauma que se le ocasionó a raíz de la inadecuada atención médica efectuada en el Hospital General de Manzanillo, Colima; la rehabilitación necesaria para lograr, en la medida de lo posible, la funcionalidad y autosuficiencia del agraviado.

Por lo anterior, con fundamento en lo previsto por el artículo 45, de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos del Estado, y 58 de su reglamento interno, este organismo local se permite formular, respetuosamente, a usted **SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE COLIMA,** las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Se tomen las medidas necesarias para reparar íntegramente el daño ocasionado a A1, (indemnización que corresponda conforme a la legislación laboral, puesto que la amputación sufrida por el quejoso a partir de la inadecuada atención médica, implica una imposibilidad parcial para emplearse en el oficio que habitualmente venía desempañando, gastos médicos que logre comprobar la parte quejosa; las terapias psicológicas que requiera el agraviado para superar el trauma que se le ocasionó a raíz de la inadecuada atención médica efectuada en el Hospital General de Manzanillo, Colima; y la rehabilitación necesaria para lograr, en la medida de lo posible, la funcionalidad y autosuficiencia del agraviado), con motivo de la responsabilidad profesional e institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Manzanillo, Colima, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Colima, derivado de la inadecuada atención médica que se le proporcionó, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación y, se envíen a esta Comisión de Derechos Humanos las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA.- Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el Hospital General de Manzanillo, Colima, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Colima, se adopten las medidas necesarias para que en todo momento estén supervisados los médicos residentes y los internos de pregrado, conforme a las normas oficiales mexicanas NOM-206-SSA1-2002 y NOM-234-SSA1-2003, y envíen a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA.- Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos que prestan sus servicios en las clínicas, hospitales y centros de salud dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Colima, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas NOM 168 SSAI-1998 y NOM-004-SSA3-2012.

CUARTA.- Gire instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Manzanillo, Colima, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Colima, en la que se le exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, remitiendo a este organismo las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA.- Se inicie la investigación correspondiente, para que en caso de resultar responsabilidad administrativa por parte de los médicos que participaron en la atención e intervención quirúrgica del hoy agraviado, se actúe en consecuencia y se impongan las sanciones correspondientes.

SEXTA.- Se colabore ampliamente con este organismo constitucional y autónomo, en la inscripción y seguimiento que se solicite al Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que el agraviado tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

De conformidad con el artículo 46, párrafo segundo de la Ley Orgánica de esta Comisión de Derechos Humanos, solicito a usted nos informe dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si acepta la Recomendación, y dentro de los treinta días hábiles siguientes deberá entregar, en su caso, las pruebas correspondientes de que ha cumplido con la misma.

De acuerdo a lo establecido por los artículos 49 de la Ley Orgánica, 70 y 71 del Reglamento Interno de este Organismo Estatal, se hace del conocimiento de las partes que podrán interponer el recurso de inconformidad ante esta Comisión Protectora de Derechos Humanos por una sola ocasión, o directamente ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El recurso deberá interponerse dentro del término de 15 días hábiles contados a partir de la fecha en que surta efectos la notificación de la presente Recomendación.

En caso de no aceptarse la Recomendación, la Comisión de Derechos Humanos quedará en libertad de proceder en los términos que establece la Ley Orgánica y el Reglamento Interno de este organismo, así como lo preceptuado por el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ATENTAMENTE

LICENCIADO ROBERTO CHAPULA DE LA MORA
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE COLIMA

Degollado No. 79. Col. Centro. C.P. 28000. Colima, Col. Teléfonos: (312) 31.477.95; 31.471.86; 31.229.94. Lada sin Costo: 01.800.696.7672. Página Web: www.cdhcolima.org.mx. Celular 24 horas: 044.312.155.1333