

Recomendación 28/2016
Guadalajara, Jalisco, 29 de julio de 2016
Asunto: violación del derecho a la protección de la salud.
Queja 8322/2015-IV

Licenciada Marisela Gómez Cobos
Fiscal de Reinserción Social

Síntesis

El día [...] del mes [...] del año [...], un interno de la Comisaría de Prisión Preventiva del Estado acudió a recibir atención al área médica de dicho reclusorio, debido a que sufría dolor en ambas piernas, por haber realizado ejercicio en exceso. Permaneció hospitalizado hasta el día 6 del mismo mes y año, fecha en la que fue trasladado al Hospital Civil de Guadalajara, en donde falleció al día siguiente por rabdomiólisis y daño renal agudo. Durante la investigación de la queja se demostró que cinco médicos, a quienes correspondió la atención del paciente mientras permaneció en el área médica de la Comisaría, incurrieron en violación del derecho a la protección de la salud, por impericia, ya que no establecieron oportunamente el diagnóstico certero de la patología que presentaba, y tardaron en enviarlo a un medio hospitalario en el que se le otorgara la atención que requería. A pesar de que el agraviado no mostraba mejoría, y de que sus síntomas empeoraban, los médicos tratantes no modificaron su diagnóstico ni su tratamiento.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 1° y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1°, 2°, 3°, 4°, 7°, fracciones I y XXV; 8°, 28, fracción III; 66, 72, 73, 75, 76 y 79 de la Ley de la CEDHJ, y 119 de su Reglamento Interior, investigó la queja 8322/2015/IV, por presuntas violaciones de derechos humanos atribuidas a servidores públicos de la Comisaría de Prisión Preventiva del Estado, y ahora se procede a su análisis para su resolución, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El día [...] del mes [...] del año [...] acudió a esta Comisión el señor (quejoso), quien presentó queja a favor del finado (quejoso2), en contra de personal del Reclusorio Preventivo del Estado que pudiera resultar responsable de su inconformidad. Argumentó que su referido hijo se encontraba interno en dicho centro penitenciario, y que el miércoles día [...] del mes [...] del año [...] fue a visitarlo, ocasión en la que uno de sus compañeros le dijo que estaba en la enfermería, por lo que se trasladó a dicho lugar. Al verlo se percató de que estaba triste, deprimido y no tenía movilidad en ambas piernas, ni en sus brazos, además de que su respiración era agitada, por lo que le preguntó al médico cuál era el diagnóstico, y éste respondió que su hijo tenía pánico, que no sería trasladado al Hospital Civil y que sólo estaría en observación. Él le pidió al médico que lo trasladaran a dicho nosocomio para que le hicieran una revisión interna, ya que podría estar golpeado, pero el médico no accedió.

El quejoso agregó que el 7 del mismo mes y año recibió una llamada de personal del reclusorio, en la que se le informó que su hijo estaba en el Hospital Civil. En el nosocomio, su familiar le refirió que un grupo de internos del módulo 9 lo habían obligado a realizar ejercicio físico excesivo, como lo fue hacer más de quinientas sentadillas, como castigo por un supuesto adeudo, y que además lo amenazaron de que si decía algo le iba a ir peor. El quejoso manifestó que el mismo día [...] del mes [...] falleció su hijo, y que el médico del Hospital Civil le dijo que fue a causa del excesivo ejercicio que lo obligaron a realizar. Finalmente, el inconforme señaló que su hijo falleció por la falta de atención médica inmediata en el reclusorio.

2. El día [...] del mes [...] del año [...] se admitió la queja y se solicitó a la licenciada (funcionario público), entonces comisaria de Prisión Preventiva del Estado, que remitiera copia certificada del expediente clínico que se hubiese formado en ese centro de reclusión, relativo al interno(quejoso2). Asimismo, se le pidió que proporcionara a este organismo los nombres completos y cargos de los médicos que tuvieron bajo su responsabilidad la atención de dicho interno, desde su ingreso al área médica del reclusorio hasta su traslado al Hospital Civil de Guadalajara. Además, se le preguntó cuál médico había estado de guardia el día [...] del mes [...] del año [...], así como los nombres completos y cargos de los custodios que estuvieron de guardia en el dormitorio 9 el día en que el referido interno ingresó por primera vez al área médica debido al malestar por

el supuesto exceso de trabajo físico. También se le solicitó que les requiriera a dichos servidores públicos que rindieran a esta Comisión sus informes de ley.

En el mismo acuerdo de admisión se solicitó al doctor (funcionario público²), director del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, que remitiera a esta Comisión copia certificada del expediente clínico que se hubiese formado en ese nosocomio con motivo de la atención que ahí se otorgó al paciente(quejoso²).

3. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el licenciado (funcionario público³), apoderado legal del OPD Hospital Civil de Guadalajara, al que adjuntó copia del oficio [...], suscrito por el doctor José Antonio Mora Huerta, subdirector médico del antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, quien anexó copia certificada del expediente clínico [...], relativo al paciente(quejoso²).

4. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], suscrito por (funcionario público), entonces comisaria de Prisión Preventiva del Estado, mediante el cual informó a esta Comisión que los galenos que atendieron al interno(quejoso²) desde su ingreso al área médica de la citada Comisaría hasta que fue trasladado al Hospital Civil de Guadalajara fueron: Javier Rufo Aranda, Guillermo Trigueros Canchola, Alfonso Camacho Sánchez, (funcionario público⁶), todos con nombramientos de Perito A, así como Carlos Manuel Salcedo Abundis y Carlos Eduardo Arellano Sandoval, inspector jefe y coordinador de área Técnica, respectivamente; todos adscritos a la Comisaría de Prisión Preventiva del Estado (CPPE). Agregó que los policías custodios que estuvieron de guardia el día [...] del mes [...] del año [...] en el dormitorio 9 son (funcionario público⁴)y (funcionario público⁵). Preciso que el primero de ellos dejó de laborar en la Fiscalía General del Estado (FGE) el día [...] del mes [...] del año [...], y aclaró que el exinterno(quejoso²), en vida se encontraba ubicado en el módulo 4.

5. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], suscrito por (funcionario público), entonces comisaria de Prisión Preventiva del Estado, al que adjuntó los informes que rindieron a esta Comisión los siguientes servidores públicos:

a) Javier Rufo Aranda Flores, médico adscrito al Centro de Observación, Clasificación y Diagnóstico del Estado, comisionado al área médica de la CPPE, refirió:

... en relación con los hechos, quiero manifestar que ingresé a laborar el día Odía [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las 21:00 horas, hasta las 07:00 horas, y siendo aproximadamente las 21:25 horas del mismo día [...] del mes [...] del año [...], acude al área médica el joven interno quien refiere llamarse(quejoso2), de 25 años de edad, el cual menciona que por la tarde había realizado mucho ejercicio, y menciona dolor en miembros inferiores (ambas piernas), por lo que se le brinda la atención médica, dejándolo hospitalizado en observación, indicándosele analgésicos (diclofenaco) 75 mg inyectable, y se le vigila la evolución, así como signos vitales estables; a la exploración física no se le observan huellas de violencia física, únicamente lo manifestado por el interno en aquel entonces. En cuanto a lo que manifestó el padre del paciente, de nombre (quejoso) en cuanto *que el miércoles Odía [...] del mes [...] del año [...] fue a visitarlo, ocasión en la que uno de sus compañeros le dijo que estaba en la enfermería, por lo que se trasladó a dicho lugar, y al verlo se percató que estaba triste, deprimido y no tenía movilidad en ambas piernas ni en sus brazos, además de que su respiración era agitada, por lo que le preguntó al médico cuál era su diagnóstico, respondiéndole el galeno que su hijo tenía pánico, que no sería trasladado al Hospital Civil, y que sólo estaría en observación, por lo que él le pidió al médico que los trasladara a dicho nosocomio para que le hicieran una revisión interna, ya que podría estar golpeado, pero el médico no accedió.* De lo anteriormente narrado en la queja, manifiesto que no es cierto, debido a que, como anteriormente lo mencioné, mi horario es nocturno, que comprende de las 21.00 horas a las 07:00 horas de la mañana del día siguiente, y en dicho horario no se permite visita alguna de familiares en general, de acuerdo al Reglamento Interno, por lo que el suscrito nunca me entrevisté con ningún familiar del paciente, por lo que desconozco con quién tuvo la entrevista que menciona.

Por lo que respecta a la falta de atención médica de que se queja, expongo que sí se le dio atención médica oportuna el mismo día y hora en que se presentó el interno(quejoso2) al servicio médico, como se hace constar en la mota médica del día de su atención y su evolución de los días posteriores, y por lo que respecta a que si fue obligado a realizar ejercicio en exceso, manifiesto que en el interrogatorio médico que se le realizó esa noche, sólo manifestó que él había hecho ejercicio. Por lo que ignoro si en su módulo ocurrieron los hechos que se narran en la queja pues el suscrito no tiene acceso a esa área del reclusorio...

b) Alfonso Camacho Sánchez, médico adscrito a la Comisaría de Sentenciados, comisionado al área médica de la CPPE, informó:

... en relación a los hechos, quiero manifestar que ingresé a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las 15:00 horas, hasta las 21:00 horas, y siendo aproximadamente las 18:35 horas arribo a la cama del señor(quejoso2), el cual, por su expediente, me percató que había sido ingresado al área a las 21:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...], por haber referido efectuar ejercicio extremo, por lo cual le pregunto cómo se siente, a lo que contestó tener mejoría, micciones y evacuaciones presentes, sin datos patológicos, comenzando en ese momento a revisarlo, encontrando sus signos vitales estables y su cárdiorespiración sin datos patológicos con mejoría,

diagnosticándole en ese momento una contractura muscular en miembros inferiores. Siendo el día [...] del mes [...] del año [...], ingresé nuevamente a laborar de las 15:00 a 21:00 hrs., y aproximadamente a las 17:43 arribé a la cama de la persona antes mencionada, el cual contaba con 2 días de evolución con estancia intro hospitalaria, refiriendo sentirse mal, ya que no podía mover adecuadamente sus extremidades superiores; así mismo, no coopera para la toma de sus alimentos, por mencionar que no puede, por lo que comienzo a revisarlo y lo observo acostado en su cama, con una posición libremente escogida de cubito dorsal, en regular estado de higiene y alineo, buena coloración de piel y tegumentos, hidratación adecuada, su respiración es agitada, respira con la boca; sus signos vitales, presión arterial 130/90, frecuencia cardiaca 64 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto, temperatura de 36.4 grados centígrados, sus reflejos osteotendinosos de buen tono, con un buen llenado capilar. Cardiorrespiratorio sin compromiso, por lo que se sigue con el mismo tratamiento médico a base de Tribedoce ampolleta solución inyectable, 1 ampola cada 24 horas intramuscular por 3 días, Dexametasona ampolleta de 8 miligramos de 2 mililitros, 1 cada 24 horas intramuscular por 3 días; Gabapentina cápsulas 300 miligramos, 1 cada 12 horas, por una semana, e indicando que se le suministraran sus alimentos. Posteriormente ingresé nuevamente a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], dándome cuenta que ya no se encontraba en el área médica el ex interno antes mencionado. Es importante mencionar que en ambos días que fue atendido por mí, se encontraba estable, por lo que no fue necesario en ese momento su traslado al Antiguo Hospital Civil de Guadalajara...

c) Carlos Manuel Salcedo Abundis, médico adscrito al Centro de Observación, Clasificación y Diagnóstico del Estado, comisionado al área médica de la CPPE, informó:

... en relación a los hechos, quiero manifestar que ingresé a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las 08:30 horas, pasando visita médica a los pacientes que se encontraban hospitalizados en el área médica, atendiendo a las 09:50 horas al señor(quejoso2); revisando su expediente, me entero que había sido hospitalizado en esta área en el turno nocturno del día [...] del mes [...] del año [...], con diagnóstico de contractura muscular en miembros inferiores, por exceso de ejercicio, sin datos de importancia en las notas del día [...] del mes [...]; al interrogar al paciente, me refiere que había sido internado debido a que había presentado limitación para la movilización de miembros pélvicos, después de haberse excedido en la realización de ejercicio (sentadillas), agregándose posteriormente la misma sintomatología a miembros torácicos, con temblor generalizado, mencionándome que en ese momento presentaba ligera mejoría, en relación al día anterior. A la exploración física, encontré al paciente consciente, preocupado, tenso, cooperador, bien orientado, con ligera palidez de piel, afebril, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso aparente, presentaba limitación para la movilización de miembros torácicos y pélvicos, sin presencia de dolor; la sensibilidad se encontraba conservada, y el resto de la exploración sin datos de importancia; en base a lo anterior, consideré que la sintomatología del paciente podía deberse a una acidosis láctica, secundaria a la sobrecarga de ejercicio que había realizado con anterioridad, dejando como diagnóstico probable miopatía, secundaria a sobrecarga de ejercicio,

dejando como indicaciones médicas dieta completa, sin grasa ni irritantes, complejo B inyectable 1 ampolleta cada 24 horas, intramuscular, por 3 días; Dexametasona de 8 miligramos inyectable, 1 cada 24 horas, intramuscular, por 3 días; Gabapentina 300 miligramos en cápsulas, 1 cada 12 horas, por 7 días, llevando en ese momento su segundo día de tratamiento de estos últimos tres medicamentos, además de la toma de signos vitales por turno y los cuidados generales de enfermería.

Cabe hacer mención que en dicha fecha concluí mis actividades a las 16:30 horas, sin que el paciente presentara alguna alteración de importancia en su cuadro, siendo esa la única ocasión en que yo le atendí; ingresé nuevamente a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], dándome cuenta que el paciente ya no se encontraba en el área médica, debido a que en el turno nocturno del día [...] del mes [...] había sido trasladado para su atención al Antiguo Hospital Civil de Guadalajara...

d) Guillermo Trigueros Canchola, médico adscrito al Centro Integral de Justicia Regional Ciénega Chapala, comisionado al área médica de la CPPE, con funciones de coordinador de dicha área, manifestó:

... en relación a los hechos, quiero manifestar que ingresé a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las 07:00 horas, hasta las 15:00 horas, y siendo aproximadamente las 09:00 horas del mismo día [...] del mes [...] del año [...], realizo el pase de visita a los internos que se encuentran hospitalizados en el área médica, y al arribar a la cama donde se encontraba el interno(quejoso2), observo en las anotaciones del expediente médico que el mismo fue ingresado por el doctor Javier Rufo Aranda Armenta, el día 0 día [...] del mes [...] del año [...], a las 21:25 horas, por haber referido haber efectuado mucho ejercicio y dolor en los miembros inferiores (piernas), por lo que comienzo a revisarlo, preguntándole cómo se encontraba, a lo que refirió mejoría en el dolor de las extremidades pélvicas y que ha mejorado el cansancio; a la exploración, lo encuentro consciente, tranquilo, cooperador y bien orientado, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen sin alteraciones aparentes ni referidas, el resto de la exploración sin alteraciones agregadas, por lo que indico se le aplique 100 miligramos de tiamina, y 1 miligramo de Clonazepam, vía intramuscular, dosis única, así como un tratamiento a base de Tribedoce ampollitas solución inyectable, 1 ampolla cada 24 horas, intramuscular, por 3 días; Dexametasona, ampolleta de 8 miligramos, vía intramuscular, de 2 mililitros, 1 cada 24 horas, por 3 días; y Gabapentina cápsulas 300 miligramos, 1 cada 12 horas, por una semana, dejándolo en dicha área para observar su evolución; cabe destacar que durante mi guardia, el ex interno cursó sin alteraciones en su estado de salud, por lo que no era necesario su traslado de urgencia al Hospital Civil de Guadalajara.

En cuanto a la manifestación realizada por el padre del interno(quejoso2), en cuanto a la negativa de trasladarlo al Hospital Civil, no es cierto, toda vez que el interno no se había presentado para atención médica, sino hasta las 21:25 horas del día 0 día [...] del mes [...] del año [...], como obra en el expediente clínico del mencionado.

Por último, por lo que respecta que si fue obligado a realizar ejercicio en exceso, durante el interrogatorio médico que le realicé ese día, sólo manifestó que él había hecho mucho ejercicio, Por lo que ignoro si en su módulo ocurrieron los hechos que se narran en la

queja, pues el suscrito no tiene acceso a esa área del reclusorio, sólo cuando se trata de urgencias médicas...

e) (funcionario público6), médico adscrito a la Comisaría de Sentenciados, comisionado al área médica de la CPPE, informó:

... en relación a los hechos, quiero manifestar que ingresé a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente las 13:15 horas, hasta las 20:00 horas, y siendo aproximadamente las 13:30 horas realizo el pase de visita a todos los internos hospitalizados, y al arribar a la cama donde se encontraba el interno(quejoso2) y revisar el expediente médico, encuentro nota médica que refiere haber ingresado el área médica el día [...] del mes [...] del año [...], a las 21:25 horas, por el doctor Javier Aranda, atendiéndolo el suscrito por primera vez el día [...] del mes [...] del año [...], encontrándolo consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, cooperador, con buena hidratación, refiriéndome únicamente dolor al nivel de dorsales y lumbares, y menos en cervicales, con temblor fino en extremidades superiores, con fuerza de abducción de las mismas 2/5, con sensibilidad respetada y ROT disminuido de las inferiores, con movimientos tórpidos, limitada su flexión en la derecha, con lassage y patrick negativo, por lo que decido realizar los trámites correspondientes para el traslado al servicio de urgencias del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, para valoración médica de neurología y descartar probable evento traumático cérvico/dorsal (probable hernia discal). Siendo las 14:45 horas en que quedan regulado en SAMU para recibir atención médica en dicho nosocomio...

f) (funcionario público5), policía custodio adscrito a la CPPE, manifestó:

... señalo que el día [...] del mes [...] del año [...], siendo aproximadamente las 07:00 horas, ingresé a laborar, indicándome mi superior que me tocaría cubrir ese día la zona 9, que comprende los dormitorios 8 y 9; en el transcurso del día y hasta el día [...] del mes [...] del año [...] que egresé del centro, aproximadamente a las 08:30 horas que entregué el servicio a mi compañero de la guardia entrante, en ningún momento se suscitó dentro del dormitorio 9 ningún suceso que pusiera en peligro la integridad física de algún interno; asimismo, el policía custodio que estuvo comisionado todo el día en el dormitorio 9, el día [...] del mes [...] del año [...], (funcionario público4), en ningún momento me reportó algún acontecimiento que pusiera en peligro la integridad física de algún interno, ya que el suscrito durante mi guardia, como lo mencioné con anterioridad, debía de estar en constante movimiento en el dormitorio 8 y 9, a fin de realizar los rondines encomendados, y no puedo estar sólo en uno de los dormitorios. Es importante manifestar que los internos que se encuentran ubicados en el dormitorio 9, en el transcurso del día pueden andar en diferentes áreas del centro, hasta su pase de lista o su reclusión en celdas en la hora establecida. Asimismo, es importante resaltar que el ex interno(quejoso2) se encontraba ubicado en el dormitorio 4...

6. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], suscrito por (funcionario público7), inspector jefe de la CPPE, al que adjuntó el informe de

ley que rindió a esta Comisión el doctor Carlos Eduardo Arellano Sandoval, adscrito al Centro de Observación, Clasificación y Diagnóstico del Estado, comisionado al área médica de dicha comisaría, en el que expuso:

... en relación a los hechos, quiero manifestar que acudo a laborar los días sábados, de 07:00 horas a las 13:00 horas del día domingo, y el ex interno(quejoso2) ingresa al área médica el día [...] del mes [...] del año [...], a las 21:25 horas, por el doctor Javier Aranda (según consta en las notas del expediente médico). Siendo hasta el día [...] del mes [...] del año [...], cuando ingreso a laborar aproximadamente a las 07:00 horas, y al pase de visita observo que se trata de un paciente masculino de 25 años, cursando su tercer día intrahospitalario posterior a traumatismo en cervicales. A la exploración física, encontré al interno consiente, orientado en tiempo y espacio, con buena coloración de piel y tegumentos, con una marcha atáxica, hidratación adecuada, con espacio entre la 7ma y 1ra. dorsal escalonada, precordio sin alteraciones, campos pulmonares limpios y ventilados, con temblor en extremidades, tanto superiores como inferiores, extremidades superiores simétricas con fuerza de abducción de las mismas 2/5, con sensibilidad respetada, con ROT disminuidos. Se encuentra en espera de ser enviado a consulta externa de neurología del Hospital Civil, para descartar probable hernia de disco. Cabe señalar que el suscrito no fue el médico que dio la primera atención médica; durante mi guardia nunca me entrevisté con ningún familiar del paciente, por lo que desconozco con quién tuvo la entrevista que menciona. Asimismo, al pase de visita no existía en ese momento alteraciones en los signos vitales o en la exploración física que amerita la urgencia de traslado del paciente al Hospital por atención de tercer nivel de atención (Hospital Civil de especialidades – urgencias)...

7. Mediante acuerdo del día [...] del mes [...] del año [...], esta Comisión solicitó a (funcionario público), comisaria de Prisión Preventiva, que remitiera copia certificada de la baja administrativa del custodio (funcionario público4), y que proporcionara los nombres de los elementos de custodia que estuvieron de guardia en el módulo 4 de la CPPE, el día [...] del mes [...] del año [...].

En el mismo acuerdo se solicitó la colaboración del área de Medicina, Psicología y Dictaminación de este organismo, a fin de que se emitiera una opinión técnica médica que permita ilustrar si fue o no correcta la atención que se le brindó al exinterno(quejoso2) en el área médica de la CPPE.

8. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], suscrito por (funcionario público), comisaria de Prisión Preventiva, al que adjuntó copia certificada de la baja administrativa del exservidor público (funcionario público4). En dicho oficio informó que los policías custodios que estuvieron de guardia el día [...] del mes [...] del año [...] en el módulo 4 de ese centro de reclusión responden a los nombres de (funcionario público8)y (funcionario

público9). Aclaró que este último fue separado del servicio el día [...] del mes [...] del año [...], y que (funcionario público8)había sido comisionado al Centro de Atención Integral Juvenil desde el día [...] del mes [...] del año [...]. Anexó copia certificada de los oficios relativos a la separación y comisión mencionadas.

9. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó la colaboración del licenciado (funcionario público10), inspector del Centro de Atención Integral Juvenil del Estado (CAIJE), para que por su conducto se requiriera al custodio (funcionario público8), a fin de que rindiera a esta Comisión su informe de ley sobre los hechos motivo de la queja.

10. El día [...] del mes [...] del año [...], la Comisaría de Prisión Preventiva del Estado proporcionó copia simple del certificado de defunción [...], a nombre del fallecido (quejoso2)[sic], en el que se advierte que las causas de defunción fueron las siguientes: bloqueo auriculoventricular, hipercaliemia, daño renal agudo y rabdomiólisis.

11. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el informe que rindió a esta Comisión el policía custodio (funcionario público8), adscrito al CAIJE, quien manifestó:

... informo a usted que desconozco los actos que menciona el quejoso, de los hechos que dieron lugar a la queja señalada, ya que el suscrito estuve de guardia el día [...] del mes [...] del año [...]; sin embargo, no observé que la persona que llevara en vida el nombre de(quejoso2) hubiera hecho ejercicio en exceso, como lo señala el contrariado dentro de su escrito de queja; sin embargo, no señala la fecha exacta de lo que manifiesta, por lo que el suscrito no puedo emitir un informe con antecedentes, fundamentos legales y motivaciones de los actos que se me atribuyen, en virtud de desconocer los hechos.

Cabe señalar que cuando se realiza un acto de esa naturaleza, los responsables del área donde se lleva a cabo el mismo deben elaborar un parte informativo de los hechos que se suscitaron, señalando modo, tiempo y lugar, así como el nombre del interno o internos involucrados, por lo que de haberse llevado a cabo dicho acto del cual se produjo el estado de salud y el maltrato del que se duele el progenitor de la persona que en vida llevara el nombre de(quejoso2), deberá de existir reporte relativo a dichos hechos; sin embargo, el suscrito señala que no realizó ningún parte informativo en la fecha en que estuve de guardia en el módulo cuatro, siendo el día [...] del mes [...] del año [...], tan es cierto que el propio doliente manifiesta en su escrito de queja que su hijo ese día se encontraba en el área de enfermería del Reclusorio Preventivo, trasladándose a la misma para saber qué tenía y cuál era su estado de salud...

12. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], suscrito por la maestra Irma Patricia Jiménez Pulido y el maestro Ricardo Tejeda Cueto, del área de Medicina, Psicología y Dictaminación de este organismo, mediante el cual emitieron un dictamen de responsabilidad profesional en relación con la atención médica que se brindó al agraviado en la CPPE.

13. El día [...] del mes [...] del año [...] se abrió el periodo probatorio en el expediente de queja.

14. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió un escrito firmado por (quejoso), (ciudadano) y (ciudadano2), de cuyo contenido sobresale:

Miércoles día [...] del mes [...] del año [...].

En visita a nuestro (quejoso2) al reclusorio, al ser día designado para familiares, realizamos trámite correspondiente para ingresar, el cual se nos niega por cambios de autoridades del reclusorio, se hace una petición a trabajo social, el cual nos concede únicamente el ingreso de (ciudadano) y su servidor (quejoso), padres del mencionado [...]. Ya en el interior (terrazza) nos informa un interno que ntro. lo tenían en área médica, pasando a dicha área lo encontramos en cama visiblemente muy mal, durante el tiempo de visita, internos en labores de enfermería le administraban medicamentos, según por prescripción médica, nunca le fue administrado algún suero. Me solicita mi hijo que le ayude el ir al baño, viendo la dificultad para sostenerse en pie, ya en la cama y proporcionarle alimentos, observamos mal reflejo en sus manos y temblor, aunado a respiración con dificultad; al cuestionar su salud, nos menciona sentirse mal desde el martes día [...] del mes [...]. Me solicita ntro. hijo que consiga que lo envíen al Hospital Civil, sentía dado su salud.

Jueves día [...] del mes [...] del año [...].

... nuevamente en área médica observamos más deterioro, demacrado a nuestro hijo y semiinconsciente; un interno de apoyo nos informa que le administraron un sedante con vitaminas, solicitamos hablar con el Dr. en turno, recibiéndonos el Dr. Guillermo Trigueros Canchola, corroborando lo administrado a ntro. hijo, le solicité el estado clínico de ntro. hijo, mencionando que estaba en observación, sin tener aún dictamen médico, mencionando que se le atendió un día anterior por cansancio por exceso de ejercicio, me solicita que hable con mi hijo para preguntarle si había recibido alguna agresión de internos, ya que con él negó agresión, insistiéndole sobre su salud y lo observado sin mejoría, le rogamos fuera trasladado al Hospital Civil para una valoración especializada, argumentando que clínicamente no requería su traslado, no lo justificaba por ser únicamente un desgaste físico no más. Además, continúa el Dr. él notaba a ntro. hijo con temor o pánico el regresar a su celda, y aunque no pronunció la palabra chantaje, exageraba su estado para continuar en área clínica. Insistimos en su traslado, continuando con negativa e insistiendo que no ameritaba su traslado,

aconsejándonos que habláramos con autoridades del reclusorio y solicitarle un cambio de área de ntro. hijo, y así resguardar la integridad física de ntro. hijo, inclusive nos menciona el Dr. que si se realizara traslado al hospital, para su regreso podría tener represalias ntro. hijo de internos, y continuando con su negativa de envío. Independiente que nos gane sentimientos por ntro. hijo, la mejoría que menciona el Dr. Guillermo, y con respeto a su profesión, nunca vimos mejoría mencionada por ellos, además el tiempo que se dialogó con el mencionado Dr. fue plagada con manera de intimidación para desistir por su traslado, nos guiamos nosotros con respeto. Yo (ciudadano), madre de (quejoso), me dirijo posteriormente a Trabajo Social y solicité también su traslado con argumentos, recibiendo como respuesta que en cuanto dieran la orden del Dr. en turno, ella elaboraba el traslado, el cual no se logró a su debido tiempo. Esta situación fue durante el horario de visita, nunca fuera de horario permitido.

Sábado 05 de setiembre 2015.

Fueron de visita (ciudadano). y (ciudadano3), mencionando que veían muy mal a nuestro hijo, sin ninguna mejoría, como lo mencionan los doctores.

Domingo día [...] del mes [...] del año [...].

Encontrándome trabajando recibo, como a las 9:10 am, una llamada del reclusorio, de parte de un interno; solicitando el Dr. del área médica mi presencia en calidad de urgente, ya que deseaba dialogar con su servidor por el estado de salud de ntro. hijo y él terminaba su turno a las 13:00 hr. acudiendo al reclusorio, ingresando como a las 11:00 hrs, y por indicación del subdirector del reclusorio ingresé con condiciones al área médica únicamente por 15 minutos, únicamente para ver el estado de salud de ntro. hijo, prohibiéndome hablar con el Dr. en turno, y retirarme inmediatamente.

Ante tal situación, el Dr. en turno, y enterado por su servidor del condicionante, me menciona la importancia de informarme de la salud de ntro. hijo, y él saliendo de su turno dejará la orden de envío al Hospital Civil para unos estudios urgentes, incluyendo de cervicales, lo valoraba en mal estado. Me hace hincapié que no nos presentemos este domingo en el hospital para ver a ntro. hijo, lo hiciéramos hasta el lunes día [...] del mes [...] y no echar abajo su traslado este domingo; acatamos indicaciones, y sin recibir más explicación me pasé a retirar, no sin antes despedirme de mi hijo, pasando con el Subdirector para reportar mi salida. Hago aclaración que nuestra hija (ciudadano2) se quedaría con ntro. hijo, hasta finalizar el horario de visita.

“Yo (ciudadano2) logro ver a mi hijo el domingo día [...] del mes [...] del año [...], en área médica; en ese lapso, estando con mi hermano, llega el Dr. (funcionario público6) a valorar su estado, por lo cual me dice que me retire un momento para hacerle unas preguntas; unos pasos me retiré, pero alcancé a escuchar que lo van a trasladar al Hospital Civil, y mi hermano le contesta que lo único que pide, es estar protegido y que no quiere que tomen represalias contra su persona cuando él regrese

a su celda. Yo crucé palabra con el Dr. (funcionario público6), que fue el que me dijo que enviarían a mi hermano al Hospital Civil”.

Para terminar, siempre nuestra presencia durante esos días en el reclusorio estuvimos apegados a sus disposiciones en horarios y medidas, a pesar de recibir tratos en algunas situaciones con prepotencia, así mismo con los doctores mencionados con los que tuvimos diálogos de información, dentro de lo permitido por ellos, así como siempre nos dirigimos con respeto muy a pesar a la negativa para una mejor atención médica especializada a tiempo, y ya viendo los resultados fatales se me etiquete de mentir en asunto tan delicado por considerar justicia en hechos, o más bien aclaración de hechos y reparación de daños generales.

12. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibieron dos oficios sin número, ambos del día [...] del mes [...] del año [...], uno suscrito por el médico Javier Rufo Aranda Flores, y el otro por el médico Guillermo Trigueros Canchola, mediante los cuales ofrecieron como pruebas una documental consistente en el expediente clínico que se formó en el área médica de la CPPE, relativo al exinterno(quejoso2), así como la instrumental de actuaciones y la presuncional.

13. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió un oficio sin número, del día [...] del mes [...] del año [...], signado por el policía custodio José García Cansino, mediante el cual ofreció como pruebas la instrumental de actuaciones y la presuncional.

14. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibieron dos oficios sin número, ambos del día [...] del mes [...] del año [...], suscritos individualmente por los médicos (funcionario público6) y Alfonso Camacho Sánchez, mediante los cuales ofrecieron como pruebas una documental consistente en el expediente clínico que se formó en el área médica de la CPPE, relativo al exinterno(quejoso2), así como la instrumental de actuaciones y la presuncional.

El mismo día se recibió el oficio [...], signado por el médico Carlos Manuel Salcedo Abundis, mediante el cual ofreció como pruebas copia de las notas de evolución médica, tanto la relativa a su pase de visita al interno(quejoso2), el día [...] del mes [...] del año [...], como la que suscribió el doctor Javier R. Aranda Flores el 3 de ese mes y año, así como la impresión de los artículos titulados “Fatiga muscular”, “Sobrecarga muscular” y “Acumulación de ácido en los músculos”, el primero de la página <http://astenia.org/fatiga/muscular/>, el segundo de la página DMedicina.com. y el tercero de la página eHow en español>>salud>>acumulación de ácido en los músculos.

15. El día [...] del mes [...] del año [...] se comunicó por teléfono a esta Comisión el quejoso (quejoso), quien ofreció como prueba el testimonio de su esposa, (ciudadano)ávalos, y en acuerdo de la misma fecha se fijó día y hora para su desahogo.

16. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió un escrito signado por el policía custodio J. (funcionario público⁸), mediante el cual ofreció como prueba el rol de servicio de la CPPE, correspondiente al día [...] del mes [...] del año [...], y solicitó que dicho documento fuera recabado por este organismo.

17. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], suscrito por (funcionario público), comisaria de Prisión Preventiva, mediante el cual remitió a este organismo copia certificada del rol activo de guardia correspondiente al día [...] del mes [...] del año [...]. De dicha documentación se advierte que ese día el policía custodio tercero J. (funcionario público⁸)estuvo asignado como supervisor de la zona 7, que comprende los dormitorios 4 y 5, y que el policía custodio (funcionario público⁹)estuvo a cargo del dormitorio 4.

18. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó la colaboración de la Comisaría de Prisión Preventiva del Estado para que informara a esta Comisión el número de médicos y enfermeras que integran la plantilla del área médica de la Comisaría a su cargo, así como la forma en que se distribuyen en las guardias para cubrir las necesidades del servicio. También se le pidió que proporcionara el número aproximado de internos que cada uno atiende por día, incluidas las guardias de los fines de semana.

19. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], suscrito por la licenciada (funcionario público¹⁰), encargada de la CPPE, al que anexó el oficio Comisaría de Prisión Preventiva/[...], signado por el doctor Guillermo Trigueros Canchola, encargado de la Coordinación Médica de la citada comisaría, de cuyo contenido destaca lo siguiente, en relación con el personal médico y de enfermería asignado a esa coordinación:

Turno matutino, lunes a viernes

Médicos	05
Odontólogos	03
Psiquiatras	01
Enfermeras	03

Turno vespertino, lunes a viernes

Médicos	01	
Odontólogos	01	
Psiquiatras	01	(lunes, martes y jueves)
Psiquiatras	01	(miércoles, jueves y viernes)
Enfermeros	01	

Turno nocturno, lunes a viernes

Médicos	01
Enfermeras	01

Turno fin de semana

Médicos	01
Psiquiatras	01
Enfermeros	01

Así mismo, le informo sobre las consultas otorgadas por cada médico.

Turno matutino.

Total de consultas otorgadas por médico=	25 aproximadamente
Total de consultas otorgadas por odontólogo=	09 aproximadamente
Total de consultas otorgadas por psiquiatría=	10 aproximadamente

Turno vespertino.

Total de consultas otorgadas por médico=	30 aproximadamente
Total de consultas otorgadas por odontólogo=	09 aproximadamente
Total de consultas otorgadas por psiquiatría=	24 aproximadamente

Turno nocturno

Total de consultas otorgadas por médico=	18 aproximadamente
--	--------------------

Turno fin de semana

Total de consultas otorgadas por los médicos=	60 aproximadamente
---	--------------------

Psiquiatras

Total de consultas otorgadas por psiquiatra=	20 aproximadamente
--	--------------------

La cantidad de urgencias que se presentan por turno es de 3 a 6 aproximadamente.

II. EVIDENCIAS

1. Copia certificada del expediente clínico [...], que se formó en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde con motivo de la atención que ahí se otorgó al paciente(quejoso2), del que destacan las siguientes constancias:

a) Hoja del sistema general de registro hospitalario, de la que se advierte que el paciente(quejoso2) ingresó a las 23:56 horas del día [...] del mes [...] del año [...], y que egresó a las 21:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...], por defunción. En dicho documento se asentó que el diagnóstico al egreso fue: “principal: bloqueo aurículoventricular; segundo: hipercalemia; y tercero: daño renal agudo”.

b) Nota de defunción, con fecha de resumen del día [...] del mes [...] del año [...], en la que se asentó:

Nombre:(quejoso2)

Edad: 25

Registro: 15143430 Cama: PG 13

Fecha de defunción: 16/06/2015 [sic] Hora de defunción: 22:08 hrs

Dx de ingreso:

1. Rabdomiólisis
2. Hipercalemia severa
3. Hipocalcemia
4. Acidosis metabólica de anión gap elevado
5. Hiperfosfatemia severa
6. Hiponatremia
7. Hipocloremia

Dx de Defunción:

1. Bloqueo cardiaco
2. Hipercalemia severa
3. Daño renal agudo rabdomiólisis
4. Hipocalcemia
5. Acidosis metabólica de anión gap elevado
6. Hiperfosfatemia severa
7. Hiponatremia
8. Hipocloremia

Paciente masculino de 25 años, quien cursaba primer día de hospitalización con diagnóstico de Rabdomiólisis en estudio + daño renal agudo KDIGO III + Hipercalemia severa + Hipocalcemia + Acidosis metabólica de anión gap elevado + Hiperfosfatemia

severa + Hiponatremia + Hipocloremia, a su ingreso con daño renal agudo con creatinina de 13.73 y potasio de 7.6, por lo que planea manejo con terapia de sustitución renal.

Se planea colocación de catéter mahurkar en clínica de catéter, durante el procedimiento el paciente desarrolla bradicardia de 56 latidos por minuto con datos electrocardiográficos de bloqueo aurículo ventricular grado III, por lo que se administra gluconato cálcico, solución polarizante con 8 unidades de insulina en solución glucosada al 50%, sin presentar mejoría. Posterior presenta pérdida del estado de alerta, diaforesis, se toma glucometría capilar reportando 340 mg/dL. Se objetiva disminución de presión arterial, por lo que se decide orointubación, realizándose sin complicación. Se inician aminas vasopresoras, sin obtener mejoría de la tensión arterial. Continúa con braquicardia, por lo que se administra atropina 0.5 mg., sin mostrar mejoría, hasta evolucionar al paro cardiorrespiratorio, por lo que se inician maniobras de RCP. Se administran 15 ciclos, se administran 9 ámpulas de adrenalina, saliendo en dos ocasiones a ritmo de fibrilación ventricular, por lo que se administra descarga de 200 joules. Durante la reanimación, se objetiva disminución en la expansión de hemitórax izquierdo e hipoventilación; se realiza ultrasonograma torácico, en la que se observa presencia de líquido pleural, por lo que se coloca tubo de drenaje pleural por cirujano de tórax y cardiovascular. A pesar de la reanimación, no se logra restablecer el ritmo cardiaco, declarándose defunción a las 21:30 hrs.

c) Hoja de lista de problemas, de la que sobresale:

No.	Inicio	Problemas	Fin
1	07-09-15	Rabdomiolisis	
2	07-09-15	Falla renal aguda KDIGO 3	
3	07-09-15	Acidosis metabólica AG elevado	
4	07-09-15	Hipokalemia con cambios en EKG	
5	07-09-15	Hiponatiemia hipoosmolar normovolémica	
6	07-09-15	Hipocloremia	
7	07-09-15	Hiperfosfatemia	
8	07-09-15	Hipocalcemia	

d) Hoja de interconsulta, elaborada el día [...] del mes [...] del año [...], en la que se asentó:

Fecha / Hora 07-09-15
Solicitud de interconsulta a: Nefrología

Resumen clínico para la interconsulta
Favor de incluir el ó los diagnóstico (s) con Resumen Clínico

Signos vitales TA 100/60, FC 80, Sat 99%, FR 18, T 36.5

Masculino 25 años de edad en su 1er día de estancia intrahospitalaria, con diagnóstico de falla renal aguda, secundaria a rabdomiólisis.

MC: Debilidad generalizada posterior a un cuadro de ejercicio físico excesivo (250 sentadillas con peso) y anuria desde entonces (1 semana previa). Imposibilidad para marcha, náuseas, vómitos, diarrea, postrado en cama desde hace 4 días con mialgias y debilidad incapacitante.

[...]

Se solicita su valoración al tratarse de una urgencia dialítica.

e) Nota de ingreso a medicina interna, de la que sobresale:

Ficha clínica

Fecha de ingreso: 06 sep 15

- Nombre:(quejoso2)

[...]

Motivo de Consulta

- Mialgias, debilidad generalizada
- Vómitos, reflujo, pérdida del apetito

PEPA

Domingo: 1 semana previa refiere que jugando una apuesta realiza ejercicio en exceso (250 sentadillas con pesas y pesas en exceso), sintiendo un tirón en su espalda, sin detenerse. Refiriendo que desde esa noche comienza con debilidad y temblor de extremidades inferiores, además de anuria. Lunes: caminaba de manera “robotizada” por el dolor. El martes por la noche comienza con vómitos en 4 ocasiones y reflujo desde entonces. El miércoles se detecta presión sistólica de hasta 150, siendo internado en el área médica del reclusorio para manejo de TA, ya con incapacidad para deambular; dado de alta por la noche, sin embargo le permiten pasar la noche en enfermería. Jueves, se requiere que regrese a su celda “para pasar lista”; al intentar pararse, sufre caída con incapacidad para movilizar piernas, siendo necesario el uso de silla de ruedas para el traslado. Sin embargo, debido al dolor y a la incapacidad para moverse, diplopía, anorexia regresa al área médica, donde detectan TA sistólica de 176, cianosis peribucal. Viernes permaneció en el área médica, se bañó con agua caliente con ayuda, y logrando dar 10 pasos con apoyo, con posterior imposibilidad para la marcha. Sábado continúa postrado con dolor de espalda y “desguanzado”, refiere que logra orinar dos gotas oscuras por uretra sin disuria. El día de hoy se decide su traslado a este hospital.

[...]

Impresión diagnóstica

1. Daño renal agudo KDIGO 3 secundario a
 - Necrosis tubular aguda por pigmentos (mioglobina), secundaria a rabdomiolisis.
2. Rabdomiolisis severa, pb secundaria a:
 - Ejercicio excesivo
 - Miopatía subyacente
3. Hiperkalemia severa con cambios electrocardiográficos, secundaria a:
 - Rabdomiolisis (necrosis celular masiva)
 - Falla renal aguda anúrica.
 - Acidencia por shift transcelular.

f) Hoja relativa a la historia clínica, de cuyo contenido destaca:

Ficha de identificación

Fecha: 06/09/15

Nombre:(quejoso2)

[...]

Motivo de Consulta:

Debilidad muscular generalizada

Evolución del padecimiento:

Refiere paciente que hace 8 días realiza 250 sentadillas con peso, presentando desde ese día anuria; martes y miércoles presenta vómitos y reflujos; el día jueves refiere imposibilidad para levantarse, disminución del apetito, cianosis peribucal, requiriendo sedación; el día viernes refiere que podía realizar actividades como tallarse para bañarse, sin embargo, requería ayuda para la deambulación y sostenerse; el día sábado presenta “dolor de espalda” con debilidad muscular presentándose como flacidez que le impide enderezarse, motivo por el cual es referido a nuestra institución el día domingo.

[...]

Antecedentes no patológicos:

[...]

Drogadicción tipo: marihuana, años de consumo 8a; otros: cocaína (6 años), cristal (hasta hace 1 mes).

[...]

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

Respiratorio/cardiovascular: refiere palpitaciones, dificultad para respirar en reposo ocasional, niega dolor en pecho.

Digestivo: refiere reflujo, evacuaciones líquidas verdosas (5 días), pérdida de peso por mala alimentación, niega dolor en abdomen, vómitos.

Endócrino: negado

Músculo-esquelético: hormigueo en miembro pélvico, dolor en piernas y en columna, debilidad muscular generalizada que impide la deambulación.

Genito-urinario: refiere dolor testicular de 1 semana de evolución con disminución de los mismos, anuria.

Hematopoyético-Linfático: negado.

Piel y anexos: negado.

[...]

2. Copia certificada del expediente clínico que se formó en el área médica de la CPPE, relativo a(quejoso2), de cuyas constancias sobresalen:

a) Parte médico de lesiones, expedido por el doctor Carlos Eduardo Arellano Sandoval, elaborado a las 18:00 horas del 17 de noviembre de 2014, en el que se asentó: "... no presenta huellas de violencia física aparentes. Observaciones: clínicamente estable".

b) Hoja de historia clínica, de cuyo contenido destaca:

Nombre:(quejoso2).

Fecha de ingreso: 17/11/2014.

Fecha de revisión: 17/11/2014.

Antecedentes personales patológicos: no refiere.

Enfermedades infectocontagiosas: no refiere.

Quirúrgicos: no refiere.

Traumáticos: no refiere.

Contusiones: no refiere.

Transfusiones: no refiere.

Alérgicos: no refiere.

Padecimiento: clínicamente sano.

c) Hoja de evolución médica, elaborada por el doctor Aranda a las 21:25 horas del día [...] del mes [...] del año [...], en la que asentó:

... Se trata de masculino de 25 años de edad, el cual acude a AM por referir que realizó mucho ejercicio, por lo que refiere dolor en miembros inferiores (piernas); a la exploración física, consciente, buena coloración, área cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano depresible, sin visceromegalias. No presenta huellas de violencia física, ni lesiones. Se decide dejar al joven en observación para su manejo. I. diagnóstica: contractura muscular en miembros inferiores post ejercicio. Plan de manejo: 1.- Diclofenaco, 75 mg IM. 2.- Signos vitales x turno y CGE. 3.- Dar de alta según evolución x la mañana.

Enseguida aparece otra nota elaborada a las 9:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...], signada por el doctor Camacho, en la que asentó:

Al pase de visita se refiere con mejoría, en (ilegible) de las extremidades pélvicas y que ha mejorado el cansancio, por lo que se le indica aplicar 100 mg. de (ilegible) y 3 mg. de Clonazepam vía (ilegible) se encuentra consciente, tranquilo, cooperador (ilegible).

Plan: continuar:

1) 1 ampula de Tribedoce c/24 hrs x 3 días; 2) Dexametasona 1 amp. 8 mg. c/ 24 hrs. X días; 3) Gabapentina 300 mg. vía oral c/noche x una semana (resto ilegible).

d) Memorándum de hospitalización, elaborado el día [...] del mes [...] del año [...], suscrito por el médico Guillermo Trigueros Canchola, dirigido a (funcionario público), comisaria de Prisión Preventiva, en el que le comunicó: “Por medio del presente informo a usted que el interno(quejoso2), con ubicación 434, será hospitalizado debido a que su estado de salud actual así lo amerita...”

e) Nota de evolución, elaborada en el turno nocturno del día [...] del mes [...] del año [...], signada por el médico Javier R. Aranda Flores, en la que asentó: “Pte. masculino, 25 años, el cual permanece por 2º día en esta AM por haber presentado contractura muscular en Mis Is por exceso de ejercicio. Se manifiesta con mejoría, continuar con mismo manejo, signos vitales estables. 1.- Tribedoce ampolleta iny. c/24 hrs. 2.- Dexametasona 8 mg. c/24 hrs. 3.- Gabapentina 300 mg. c/12 hrs”.

f) Hoja de evolución médica, realizada a las 9:50 horas del día [...] del mes [...] del año [...] por el doctor Carlos Salcedo Abundis, en la que asentó:

Paciente masculino de 25 años de edad, el cual fue ingresado el día de ayer a esta área médica, refiriendo que posterior a la realización de ejercicio (sentadillas) sobreexcedido, inicia con limitación importante para la movilización de miembros pélvicos, agregándose posteriormente la misma sintomatología a miembros torácicos, además de temblor generalizado. Refiere ligera mejoría de ayer a hoy, aunque le preocupa la dificultad para la movilización de sus extremidades.

EF: paciente consciente, preocupado, tenso, cooperador, bien orientado, bien hidratado, con ligera palidez de piel, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso aparente, presenta limitación para la movilización de miembros torácicos y pélvicos, sin dolor, sensibilidad conservada, resto de la exploración sin datos de importancia.

I.DX.- Miopatía secundaria a sobrecarga de ejercicio.

Indicaciones:

1. Dieta completa, sin grasas ni irritantes.
2. Complejo B (Tribedoce), 1 ampolleta IM cada 24 hrs., por 3 días (2).
3. Dexametasona, 8 mg., 1 ampolleta IM cada 24 hrs., por 3 días (2).
4. Gabapentina 300 mg. VO, 1 cada 12 hrs., por 7 días (2)
5. SVPT y CGE.

g) Nota de evolución médica e indicaciones, elaborada a las 17:43 horas del día [...] del mes [...] del año [...], por el doctor Alfonso Camacho Sánchez, en la que asentó:

(quejoso2), masculino de 25 años de edad, con dos días de evolución de E.I.H., S. Refiere sentirse mal. Enfermería lo reporta, no coopera con dependencia de los compañeros, a tal grado de no querer tomar sus alimentos, por mencionar que no puede. O: Lo observo acostado en su cama, posición libremente escogida decúbito dorsal, en regular estado de higiene y aliño, buena coloración de piel y tegumentos, hidratación adecuada, su respiración es agitada, respira con la boca. Sus S.V. presión arterial 130/90, Fc. 64 por minuto, FR 32 x. Temp. 36.4 grados centígrados. Sus reflejos osteotendinosos de buen tono, con un buen llenado capilar. Cardiorrespiratorio sin compromiso. Mismo manejo.

h) Hoja de evolución médica, elaborada a las 22:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...], signada por el doctor Javier R. Aranda Flores, en la que expuso:

Masculino, 25 años el cual permanece aún en AM por haberse excedido en su ejercicio (sentadillas).

EFísica.- Consiente, tenso, inquieto, poco cooperador. Mucosa semi húmedas, temblor fino de manos, limitación de movimientos de miembros inferiores (dolor). Sensibilidad conservada. Presenta vómito en dos ocasiones, de contenido gastro biliar. Resto (ilegible) normales.

Diagnóstico:

1. Miopatía secundaria a sobrecarga de ejercicio.
2. Gastritis.
1. Complejo B (Tribedoce) 1 ampolleta c/24 hrs. IM
2. Dexametasona 8 mg. 1 c/24 hrs. IM.
3. Gabapentina 300 mg. 1 c/12 hrs.
4. Omeprazol iny. 40 mg. IV.
5. Solución Hartman PVP.
6. SVPT y CGE.
7. Dieta libre de irritantes.

i) Nota de evolución, elaborada por el doctor Arellano a las 20:50 horas del día [...] del mes [...] del año [...], en la que se asentó:

Se trata de paciente masculino, de 25 años, cursando su 3er DIH, posterior a traumatismo en cervicales.

A la EF: Encuentro paciente consciente, orientado en tiempo y espacio, buena coloración de piel y tegumentos, marcha atáxica, hidratación adecuada, con espacio entre séptima cervical y primera dorsal escalonada; precordio sin alteraciones, no ruidos agregados. Campos pulmonares limpios, ventilados; con temblor en extremidades, tanto superiores como inferiores; en extremidades superiores simétricas con fuerza en abducción de las mismas 2/5, con sensibilidad respetada, con ROT disminuidos; en extremidad inferior, con movilidad torpe, limitada a flexión extensión a 45°, sensibilidad 3/5 en extremidad inferior derecha, lassage y patrick negativo; extremidad inferior izquierda con sensibilidad respetada. Con ROT disminuidos, resto sin alteraciones. Con lassage negativo.

Se trata de paciente con síndrome de neurona motora superior a descartar probable evento traumático en cervicales (probable hernia de disco).

En espera de ser enviado a HC por consulta externa a servicio de neurología.

Indicaciones:

1. Dieta sin irritantes ni grasas.
2. Medicamentos: Ketorolaco V.O., cada 8 horas. Omeprazol 20 mg. V.O. cada 12 horas. Gabapentina 300 mg. V.O. cada 12 horas. Complejo B. V.O. cada 8 horas.

3. SVPT y CGE. Requiere de ayuda asistida para levantarse. Cambio de posición frecuente.

j) Oficio sin número, del día [...] del mes [...] del año [...], signado por (funcionario público6), médico adscrito a la Coordinación Médica de la CPPE, dirigido al maestro (funcionario público11), encargado de la subdirección jurídica de dicha Comisaría, mediante el cual le solicitó el traslado del interno(quejoso2), al área de Urgencias Adultos del Antiguo Hospital Civil. Del contenido de dicho oficio se advierte que el doctor Ruelas reguló el traslado a las 14:45 horas.

k) Hoja del sistema de transferencia de pacientes, relativa a(quejoso2), elaborada el día [...] del mes [...] del año [...], signada por el médico (funcionario público6), en la que se asentó:

MOTIVO DE TRASFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PACIENTE)

Paciente masculino que acude a su atención médica el día miércoles, por referir dolor en columna cervical y dorsal, posterior a realizar ejercicio de esfuerzo en gran cantidad (sentadillas), valorándolo por médico en turno indica tratamiento médico sin mejoría, iniciando el siguiente día con dificultad para deambular, acompañado de temblor fino; posteriormente, el día [...] del mes [...] del año [...] se agrega temblor en manos, y continúa con dolor en columna de manera casi generalizada; el día de hoy lo recibo con misma sintomatología, y a la exploración física lo encuentro con paciente orientado en tiempo, espacio y persona, con buen estado de hidratación, con dolor a nivel de dorsales y lumbares, y menos en cervicales, con temblor fino en extremidades superiores e inferiores, con fuerza en abducción de las mismas 2/5, con sensibilidad respetada y ROT disminuidos; los inferiores con movimientos tórpidos, limitada su flexión en la derecha, con lasague y patrick negativo; el resto de la exploración sin alteraciones. Se envía para valoración médica de neurología, y descartar probable evento traumático cérvico/dorsal (probable hernia discal). Tratamiento actual: Ketorolaco, Gabapentina, Complejo B y Omeprazol.

Signos vitales: T/A= 110/70 mmHg. F.C.= 70, F.R.= 20 x, temp.= 37° C, peso= 70 kg.

Impresión diagnóstica: 1.-descartar por daño a nivel cervical y dorsal.

3. Copia certificada del oficio [...], del día [...] del mes [...] del año [...], firmado por el licenciado Jesús Eduardo Almaguer Ramírez, fiscal general del Estado de Jalisco, dirigido a (funcionario público4), mediante el cual le comunicó que se determinó separarlo del servicio que desempeñaba como policía custodio por incumplimiento de los requisitos de permanencia,

establecidos en el artículo 80, fracción IV, de la Ley del Sistema de Seguridad Pública para el Estado de Jalisco.

4. Copia certificada del oficio [...], del día [...] del mes [...] del año [...], signado por el fiscal general del Estado, dirigido a (funcionario público9), mediante el cual le informó que se determinó separarlo del servicio que desempeñaba como policía custodio por incumplimiento de los requisitos de permanencia, establecidos en el artículo 80, fracción IV, de la Ley del Sistema de Seguridad Pública para el Estado de Jalisco.

5. Copia simple del certificado de defunción [...], a nombre de (quejoso2)[sic], del que se advierte como causas de defunción el bloqueo aurículoventricular, hipercalemia y daño renal; rabdomiólisis.

6. Oficio [...], suscrito por la maestra Irma Patricia Jiménez Pulido y el maestro Ricardo Tejeda Cueto, peritos adscritos al área de Medicina, Psicología y Dictaminación de este organismo, mediante el cual emitieron un dictamen de responsabilidad profesional, con relación a la atención que se otorgó al ex interno(quejoso2) en el área médica de la CPPE, de cuyo contenido destaca:

[...]

ANÁLISIS MEDICO LEGAL

Una vez realizado un riguroso escrutinio a los documentos inherentes a la queja, encontramos que el C.(quejoso2) tiene una nota medica de ingreso a la Comisaría de Prisión Preventiva, fechada día [...] del mes [...] del año [...] a las 18:00 horas, con el texto: “no presenta huellas de violencia física”, firmada por el doctor Carlos Eduardo Arellano Sandoval.

Posteriormente, el día [...] del mes [...] del año [...], ingresó al área médica de la Comisaría de Prisión Preventiva con diagnóstico “por dolor”, en sus miembros inferiores y señaló que fue ocasionado por hacer ejercicio en forma excesiva, por lo cual se le brindó atención médica y se le dejó hospitalizado en observación. Gradualmente evoluciona poco favorable para la sintomatología inicial, por lo que después de 4 días se regula a atención médica al Antiguo Hospital Civil de Guadalajara.

Quedó regulado en SAMU para recibir atención médica a las 14:45 horas del día [...] del mes [...], en donde falleció el día [...] del mes [...] del año [...], hora 21:30, con diagnóstico de Rabdomiólisis y otras secuelas.

El expediente clínico ofertado por la Comisaría de Prisión Preventiva evidencia que el día [...] del mes [...] a las 21:25 hrs., el médico Javier Aranda Flores, quien se encontraba de guardia en el área médica del lugar, decide dejar al interno en observación para su manejo, con diagnóstico de contractura muscular en miembros inferiores, por ejercicio, ya que éste le refirió dolor en ambas piernas, secundario a que hizo mucho ejercicio, aplicándole Diclofenaco, 75 mg IM. Un día después lo refiere tenso, inquieto, poco cooperador, y se agrega temblor fino de manos, limitación de movimientos de miembros inferiores por dolor, con sensibilidad conservada; además, presencia de vómito en dos ocasiones, por lo que añade al tratamiento Complejo B, Dexametasona y Gabapentina. Continúa mismo diagnóstico. El médico Alfonso Camacho Sánchez posteriormente lo refiere con mejoría. No agrega cambios al tratamiento o diagnóstico. Al segundo día de estancia hospitalaria, el médico Javier Aranda Flores lo refiere con mejoría, sin embargo, enfermería le reporta al médico Alfonso Camacho Sánchez, en turno vespertino, que el paciente refiere sentirse mal. No aplica cambios. Al tercer día, el médico Carlos Manuel Salcedo Abundis lo reporta preocupado, tenso, con limitación importante para la movilización de miembros pélvicos, y después en miembros torácicos, además de temblor generalizado. No aplica cambios diagnósticos ni terapéuticos. Un día después, día [...] del mes [...], a las 20:50 hrs., el médico Arellano solicita consulta externa al servicio de neurología del Hospital Civil; anota marcha atáxica, con espacio entre séptima cervical y primera dorsal escalonada, con temblor en extremidades, tanto superiores como inferiores; en extremidades superiores con disminución de fuerza en abducción, 2/5, sensibilidad respetada, extremidad inferior torpe, flexión extensión a 45 grados; sensibilidad 3/5 en extremidad inferior derecha, cuadro que fue posterior a traumatismo en cervicales, diagnosticando síndrome de neurona motora superior, a descartar probable evento traumático en cervicales (probable hernia de disco). El día [...] del mes [...], a las 14:45, se aplica regulación al Hospital Civil por el médico (funcionario público⁶), refiriendo a la exploración paciente orientado en tiempo, espacio y persona, con buen estado de hidratación, con dolor a nivel de dorsales y lumbares, y menos en cervicales, con temblor fino en extremidades superiores, con fuerza en abducción de las mismas 2/5, con sensibilidad respetada y ROT disminuidos; los inferiores, con movimientos tórpidos, limitada su flexión en la derecha, con lasague y Patrick negativo. Signos vitales: T/A 110/70 mmhg. FC = 70, FR= 20 x', temp. = 37 grados centígrados, peso = 70 kilos.

De esta manera, con fecha 06/09/2015, a las 23:56 se registra su ingreso al AHCG, en Sala Pablo Gutiérrez, cama PG-13, al servicio de medicina interna, con diagnósticos de ingreso: 1.- lesión cervical más rabdomiólisis, 2.- hiperkalemia severa, 3.- hipocalcemia, 4.- acidosis metabólica de anión Gap elevado, 5.- hiperfosfatemia severa, 6.- hiponatremia, 7.- hipocloremia. Refieren evolución clínica desde su inicio, con debilidad generalizada posterior a un cuadro de ejercicio físico excesivo, 250 sentadillas con pesa, y anuria desde entonces (una semana previa); imposibilidad para la marcha, náuseas y vómitos, diarrea, postrado en cama desde hace 4 días con mialgias y debilidad incapacitante.

Posteriormente, antes de cumplir 24 horas hospitalizado, con fecha 07 09 2015, hora 21:30, se declara su defunción, con diagnósticos: Principal.- bloqueo auriculoventricular. Segundo, hiperkalemia. Tercero, daño renal agudo. Desglosándose en el siguiente orden: 1.-bloqueo cardiaco. 2.- hiperkalemia severa 3.- daño renal agudo. 4.- hipocalcemia. 5.- acidosis metabólica de anión Gap elevado. 6.- hiperfosfatemia severa. 7.- hiponatremia. 8.- hipocloremia. El principal punto a tratar fue la falla renal aguda, como urgencia dialítica. Se presentó el caso con Nefrología, quienes inician sesión de hemodiálisis. El área de Medicina Interna realiza el siguiente análisis: “existiendo además otros factores que pudieron contribuir a la gravedad, como son uso de drogas ilícitas, algún desorden metabólico crónico, sin poder descartar por el momento la existencia de alguna miopatía subyacente por defectos genéticos”.

Es necesario recalcar que el paciente(quejoso2) ingresó al Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, luego de 4 días de iniciar su padecimiento, y en donde sólo permaneció 24 horas y después falleció, pese al tratamiento enérgico y adecuado para el correcto diagnóstico, que evidentemente se aplicó tardíamente, a causa de la morosidad manejada por el personal médico de la Comisaría de Prisión Preventiva para derivarlo precozmente a Medicina de Especialidades para su valoración, diagnóstico y tratamiento oportuno. Mientras estuvo hospitalizado los primeros 4 días en el área Médica de la Comisaría de Prisión Preventiva, fue diagnosticado como Contractura Muscular y miopatía, secundaria a sobrecarga física; tratado a base de medicamentos analgésicos y antiinflamatorios, y a pesar de que gradualmente desarrolló evidente limitación de movimientos por debilidad, dolor, vómitos y temblores, el personal médico en los dos primeros días no hizo cambios diagnósticos ni terapéuticos, refiriendo en sus notas que el paciente presentaba mejoría (médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez, Carlos Manuel Salcedo Abundis, según se advierte en sus notas dentro del expediente clínico e informes ante esta Comisión). Fue hasta el turno nocturno del tercer día, cuando acertadamente el médico Arellano se percata de la gravedad clínica, refiriendo en su nota que se trata de paciente con síndrome de neurona motora superior, a descartar probable evento traumático en cervicales (probable hernia de disco), por lo que se sugiere su traslado al Antiguo Hospital Civil, evento que se materializó hasta el siguiente día, con la intervención del médico (funcionario público6).

En este punto, es pertinente mencionar que, de acuerdo a la literatura especializada consultada para el caso, la contractura muscular encaja dentro de las Miopatías Traumáticas producidas por mecanismo indirecto, ocasionando mayor rigidez con contracción brusca, y que la contracción rápida con mayor resistencia provoca una lesión más importante en el músculo, por eso es necesario el “calentamiento”. Se menciona un cuadro denominado SÍNDROME DE DOLORIMIENTO MUSCULAR DIFERIDO (“AGUJETAS”), que pudiera estar en relación al diagnóstico de inicio hecho al paciente; antes se creía que eran provocadas por falta de oxígeno, se formaban cristales, pero la realidad es que hay una lesión de las miofibrillas, y como consecuencia aparecerán ácido láctico, deshidrogenasa y creatinquinasa en sangre. Aparece dolor a las 24-48 horas tras un ejercicio intenso, de una semana de duración,

además de dolor por contracción activa o estiramiento pasivo. El dolor suele desaparecer a los 5-7 días sin tratamiento. El Tratamiento es a base de analgésicos, AINE y ejercicio. Profilaxis: entrenamiento (ejercicio intenso-breve). En este caso, hipotéticamente, este fue el criterio de hospitalización y terapéutica del paciente dentro de las instalaciones médicas carcelarias.

La rabdomiólisis resulta de necrosis del músculo esquelético con la liberación de componentes de músculo lesionado a la circulación. El paciente ha sido sometido a circunstancias extremas, como ejercicio, traumatismos, isquemia muscular, enfermedades infecciosas, drogas y toxinas. Se ha descrito como origen de estados de fragilidad muscular adquirida el consumo abusivo de alcohol, heroína y cocaína.

Es necesario contar con el conocimiento y la sospecha de este síndrome por parte del médico tratante. La mayoría de los individuos que reciben atención médica inmediata sobreviven. Los casos leves de rabdomiólisis no requieren hospitalización, y los individuos se recuperan en una semana.

El diagnóstico se basa en síntomas clínicos, orina oscura, fiebre, malestar general, náusea, vómitos, confusión, agitación, delirio, anuria. (*Sistémicos*); dolor muscular, debilidad, edema (locales), la presencia de un factor desencadenante y hallazgos de laboratorio.

El diagnóstico diferencial se debería plantear con una tendinitis o con lo que coloquialmente llamamos «agujetas».

Desde el punto de vista clínico, la rabdomiólisis es muy difícil de distinguir de estas dos entidades, y sólo el oscurecimiento de la orina y la sospecha de un sobreesfuerzo importante, orientan a su definición.

El uso de una simple tira reactiva de orina puede servir para sospechar la elevación de la mioglobina, CPK, y otros enzimas musculares.

El pronóstico es excelente siempre que el tratamiento sea precoz. Elevación de la CPK (al menos x 5 veces su valor, normal: 150 UI/l). Se eleva a las 2-12 horas del daño muscular con un pico en 1-3 días, para descender a los 3-5 días. Si el tratamiento con fluidos se retrasa, el 50% de pacientes presentará fracaso renal. Si este retraso es mayor de 12 horas, prácticamente lo presentará el 100%.

La complicación tardía más frecuente de la rabdomiólisis es la insuficiencia renal aguda, siendo su prevalencia muy variable entre 4 a 33%, arritmias cardíacas y fracaso renal agudo, la duración de la isquemia determina el grado de lesión a la célula muscular. Luego de 2 horas se observan cambios funcionales irreversibles, la necrosis ocurre a partir de las 6 horas. Las lesiones musculares son irreversibles y muy graves si la isquemia continúa durante 24 horas.

El tratamiento, individualizado, se basa en la reposición energética de volumen con cristaloides.

La rápida hidratación es la clave para prevenir la insuficiencia renal aguda. Hasta que los valores de CPK estuviesen por debajo de 1.000 U/I. La resucitación vigorosa con líquidos es la piedra angular del tratamiento.

Así, podemos establecer que el paciente(quejoso2) falleció cinco días después de practicar un episodio de ejercicio físico excesivo, debido a las complicaciones desencadenadas por la rabdomiólisis que sufrió en consecuencia. Fue hospitalizado en medio carcelario para su observación, al presentar sintomatología temprana que se atribuyó a una lesión del tipo de contractura muscular, y se le brindó terapia adecuada para este tipo de padecimientos. Sin embargo, evoluciona sin mejoría, gradualmente se agrega temblor fino de manos, severa limitación de movimientos de miembros inferiores por dolor, y presencia de vómito, pero no se modifica el diagnóstico sino hasta las 72 horas de estancia hospitalaria, pero sin aproximarse al diagnóstico adecuado, notándose así mismo la falta de procedimientos diagnósticos clínicos o paraclínicos (tales como el uso de una simple tira reactiva de orina), de los que tradicionalmente carece el sistema, y la ausencia de criterio alguno para pensar en que el daño muscular que el paciente portaba, se salía de lo simple, hasta la alcanzar la patología denominada Rabdomiólisis, bajo el influjo a que se sometió el paciente, del tipo de ejercicio muy enérgico, isquemia muscular, sin poder descartar otros factores que pudieron contribuir, cómo su toxicomanía, algún desorden metabólico crónico, o bien, alguna miopatía subyacente por defectos genéticos; el tratamiento debió consistir entonces, según la literatura acorde al caso, en la reposición enérgica de volumen con cristaloides; no obstante, en el caso de haber considerado el diagnóstico de rabdomiólisis, debemos tomar en cuenta que los casos leves de rabdomiólisis no requieren hospitalización, y los individuos se recuperan en una semana, y que desde el punto de vista clínico, la rabdomiólisis es muy difícil de distinguir. Fue hasta su llegada al Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, cuatro días después, cuando se establecieron los mecanismos adecuados para establecer el diagnóstico y el tratamiento inherentes a este tipo de patología, aún cuando no se contó con el tiempo suficiente para evitar su defunción, acaecida luego de 24 horas de su ingreso. Al respecto, bibliográficamente sabemos que luego de 2 horas de isquemia muscular se observan cambios funcionales irreversibles, y la necrosis ocurre a partir de las 6 horas. Las lesiones musculares son irreversibles y muy graves si la isquemia continúa durante 24 horas, eventos estos que hipotéticamente sucedieron tempranamente en el área médica de la Comisaría de Prisión Preventiva. De tal manera que estamos hablando de un evento clínico-patológico de muy baja incidencia, en el que inevitablemente, después de las primeras 24 horas, el desenlace prácticamente era inevitable.

Aun a pesar de que se implementó un tratamiento básico adecuado para la impresión diagnóstica realizada al paciente, esto sin establecer un conveniente diagnóstico diferencial, que incluyera el acertado, es de presumir que dentro de un medio hospitalario adecuado, el paciente(quejoso2) hubiera contado con un proceso diagnóstico laboratorial temprano, y que las oportunidades de sobrevivir se incrementarían de sobremanera. Es de lamentar que en el sistema carcelario donde desarrolló la mayor parte de su cuadro clínico, no se haya establecido clínicamente el diagnóstico pertinente, que no se cuente con recursos básicos para definir criterios, y

que, en este caso, se hiciera evidente la impericia de los médicos para la toma de decisiones prontas para su envío al medio hospitalario, para de esta manera establecer los diagnósticos y terapéutica apropiada, desaprovechando en principio el criterio establecido de que todas las cárceles tienen que auxiliarse de los servicios médicos generales que proporcionan los hospitales del Estado.

De esta manera, encontramos situaciones de impericia médica por parte de los médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez y Carlos Manuel Salcedo Abundis, quienes atendieron al recluso los primeros días, en razón de no haberse establecido oportunamente dos situaciones: el diagnóstico de la patología, y el envío del paciente a medio hospitalario, reconociendo que se habla de impericia cuando no se sabe lo que se debe conocer; en cambio, se considera como imprudencia cuando no se actúa con todas las precauciones que la naturaleza de la actividad de que se trata exige.

Por lo anteriormente expuesto se deduce que:

CONCLUSIONES

1. De la atención médica proporcionada a(quejoso2), entre el 2 y el día [...] del mes [...] del año [...], dentro del área médica de la Comisaría de Prisión Preventiva, por parte de los médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez y Carlos Manuel Salcedo Abundis, encontramos situaciones de impericia médica, en razón de no haberse establecido oportunamente dos situaciones: el diagnóstico de la patología, y el envío del paciente a medio hospitalario.

7. Impreso del artículo titulado “Fatiga muscular”, de la página <http://astenia.org/fatiga/muscular/>, ofrecido como prueba por el médico Carlos Manuel Salcedo Abundiz, de cuyo contenido se transcribe:

La fatiga muscular se produce cuando los músculos no pueden ejercer fuerza normal, o cuando se requiere más esfuerzo de lo normal para lograr un nivel deseado de la fuerza. Hay una serie de causas para los músculos fatigados, que van desde la fatiga inducida por el ejercicio a las condiciones genéticas que conducen a debilidad muscular. Los médicos y los investigadores han realizado una serie de estudios para conocer cómo y por qué los músculos se cansan o no funcionan con normalidad, como la fatiga muscular es reconocido como un problema físico que puede ser muy peligroso para los pacientes.

En el caso de la fatiga inducida por el ejercicio, se cree que la fatiga muscular a ocurrir cuando el cuerpo agota temporalmente su suministro de energía. Algunos estudios también han implicado a las interrupciones en el flujo de calcio a través de los músculos. La fatiga inducida por el ejercicio por lo general no se trata como un problema médico grave, porque va a resolver después de un descanso, y la gente puede entrenar sus cuerpos para conseguir más resistencia para que no se fatiga rápidamente.

La fatiga muscular también está directamente relacionada con el tipo de ejercicio que alguien se involucra en, y los atletas suelen variar sus rutinas y la intensidad de sus entrenamientos por esa misma razón.

Cuando el esfuerzo físico no es la causa evidente de esta condición, o cuando un mínimo de esfuerzo en los resultados de la fatiga severa, puede convertirse en un motivo de preocupación. Debilitamiento muscular son un problema no sólo porque contribuyen a una disminución de la calidad de vida, pero debido a la debilidad muscular puede conducir eventualmente a problemas del corazón y problemas respiratorios, y algunas enfermedades crónicas, como la enfermedad de Lou Gehrig, también conocida como ALS, en realidad causan la muerte a través de debilidad muscular, ya que el paciente se convierte poco a poco paralizado y deja de respirar.

Procesos en varias áreas del cuerpo pueden contribuir a la fatiga muscular, incluyendo problemas con los músculos y las células nerviosas en el sitio de una superficie de la fatiga, junto con problemas con el sistema nervioso central y periférico. Cuando un paciente presenta fatiga muscular crónica, el médico puede usar una serie de pruebas, incluyendo pruebas de estrés, para descubrir la causa de la fatiga muscular y para aprender más sobre él. El médico también puede mirar para los síntomas relacionados, como dolor en las articulaciones, temblores, etc.

Una serie de condiciones genéticas y adquiridas puede conducir a la fatiga muscular. Los tratamientos para estas condiciones varían, dependiendo del paciente y de la enfermedad. Estos tratamientos pueden variar desde el uso de medicamentos para controlar o eliminar la afección que causa la debilidad de los músculos, a la terapia física, que está diseñado para fortalecer...

8. Impreso del artículo titulado “Sobrecarga muscular”, de la página DMedicina.com, ofrecido como prueba por el médico Carlos Manuel Salcedo Abundiz, que a continuación se transcribe:

¿Qué es una sobrecarga muscular?

Es una contracción involuntaria y continua de las fibras musculares como consecuencia de la práctica excesiva de deporte o la mala ejecución de un ejercicio. Esta lesión es especialmente común en deportistas, pues el entrenamiento supone, entre otros aspectos, repetir varios gestos deportivos, lo que supone de por sí un riesgo de sufrir una sobrecarga muscular. Generalmente se produce por la repetición errónea de un gesto deportivo lo que produce el sobreuso de un determinado músculo.

[...]

Es importante acudir a un especialista en cuanto se detecte una lesión de estas características, ya que es posible que propicie el desarrollo de otra más grave.

Síntomas.

Los principales efectos de este tipo de lesión son el dolor y la pesadez en los músculos afectados. Además, puede ocasionar molestias en las articulaciones y falta de movilidad.

Tratamiento.

La forma más eficaz de apaciguar el dolor ocasionado por una sobrecarga muscular es la realización de un calentamiento adecuado, la aplicación de calor local y el masajeo de la zona. Para ello lo óptimo es acudir a un fisioterapeuta o rehabilitador que sabrá elegir el procedimiento idóneo para el grupo muscular concreto afectado.

9. Impreso del artículo titulado “Acumulación de ácido en los músculos”, de la página eHow en español >>salud>>acumulación de ácido en los músculos, de cuyo contenido se transcribe:

Acumulación de ácido en los músculos

El ácido láctico o lactato es una sustancia producida en los músculos cuando necesitas moverte rápidamente o realizar otros tipos de ejercicio físico. La acumulación de esta sustancia provoca dolor en los músculos activos y disminuye tus posibilidades de causar daños musculares a largo plazo. Una vez finalizado el esfuerzo muscular, tu cuerpo elimina rápidamente el ácido láctico a partir de tu sistema.

[...]

La acumulación de ácido láctico

Al realizar la mayoría de las formas de ejercicio aeróbico, tu cuerpo provee de combustible por tus esfuerzos con oxígeno adicional proporcionado por el aumento de la respiración y el flujo sanguíneo. Sin embargo, si tienes que correr a toda velocidad, moverte rápidamente o levantar objetos pesados, tu cuerpo impulsa tus esfuerzos con la glucosa, una sustancia similar al azúcar derivado de los carbohidratos en tu dieta. Para obtener energía de la glucosa, tu cuerpo la descompone en otra sustancia llamada piruvato. El piruvato es convertido en ácido láctico, lo que permite que tus músculos puedan seguir trabajando por cerca de uno a tres minutos, a medida que se acumula rápidamente.

10. Declaración testimonial recibida en esta Comisión a las 09:09 horas del día [...] del mes [...] del año [...], rendida por la señora (ciudadano)ávalos, esposa del quejoso (quejoso), quien manifestó:

[...]

Que la de la voz soy madre de quien en vida llevara el nombre de(quejoso2), mismo que se encontraba recluido en el Reclusorio Preventivo del Estado, y es el caso que el día [...] del mes [...] del año [...] acudí junto con mi esposo a visitarlo y él se encontraba hospitalizado en el área médica de dicho centro de reclusión; ahí nos dijeron los médicos que estaba hospitalizado por traer la presión y azúcar altas, permanecemos con él el resto del día hasta que terminó el horario de la visita; al día siguiente, día [...] del mes [...] del año [...], regresamos y volvimos a pasar con nuestro hijo, el cual continuaba en el área médica, pero se encontraba dormido; nos comentaron que le habían puesto medicamentos para que se relajara, siendo Clonazepam y una inyección de Tribedoce; al ver que estaba dormido, pasamos con el doctor Guillermo Trigueros Canchola, médico de guardia, le preguntamos sobre el estado de salud de (quejoso2), nos respondió que no tenía nada, que lo que tenía era pánico de volver a su celda, cansancio físico por exceso de ejercicio y temor; al escuchar lo anterior, le pedimos que lo trasladaran al Hospital Civil, nos dijo que no ameritaba su traslado a ese nosocomio. De ahí salimos y pasamos a la oficina de Trabajo Social, donde le pedí a la señorita que nos atendió que trasladaran a mi hijo al Hospital Civil; me contestó que necesitaba la orden del médico; al escuchar lo anterior, nos estuvimos ahí durante el resto de la visita y nos retiramos, no sin antes preguntarle al doctor Guillermo Trigueros si podíamos llevarle algún medicamento a (quejoso2); nos dijo que no, que solamente unas vitaminas de Tribedoce para el cansancio que tenía, para lo cual nos dio una receta con número de folio [...], la que exhibo en este momento y dejo fotocopia para que sea agregada a esta queja. El vienes día [...] del mes [...] del año [...] no fuimos al reclusorio, sino hasta el sábado día [...] del mes [...] del año [...], que nos tocaba visita general a toda la familia, pero nos decían que no podíamos pasar, que no le tocaba a mi hijo visita; yo le insistí a las señoritas de los pases que sí tenía visita ese día, por lo que después de un rato nos dieron solamente dos pases, entrando únicamente ese día mi hija (ciudadano3) y la suscrita, quedándose mi esposo afuera. Una vez que entramos, mi hijo seguía en el área médica, observamos que (quejoso2) estaba despierto, pero se veía muy desmejorado, le temblaban sus manos, no podía comer por sí sólo, mi hija no resistió verlo así y se retiró, quedándome sola con mi hijo el resto de la visita. Al día siguiente, domingo día [...] del mes [...] del año [...], mi esposo me habló vía telefónica desde su trabajo para comunicarme que le había hablado del Reclusorio Preventivo un interno que estaba de servicio, quien a su vez le informó que el médico de turno le pidió que le hablara para decirle que seguía mal (quejoso2), y que a lo iban a trasladar al Hospital Civil; por lo anterior, ya como a las 10:00 de la mañana de ese día, pasé por mi esposo a su trabajo en compañía de varios familiares y nos dirigimos al Reclusorio Preventivo; una vez que llegamos, las señoritas de Trabajo Social no nos querían dejar pasar, se comunicaron con el Subdirector del Reclusorio, el cual le indicó que quería platicar con nosotros, por lo que pasé junto con mi esposo a su oficina; el Subdirector nos comentó que no era posible que un interno nos hubiera hablado, que los médicos no podían haber pedido que acudiéramos al reclusorio; después de un rato de estarle pidiendo de favor que nos dejara ver a (quejoso2), accedió a que mi esposo pasara solamente por cinco minutos a verlo; una vez que regresó mi marido, me comentó que el médico de guardia le dijo que sí había solicitado que le hablaran por teléfono, porque nuestro hijo se encontraba muy mal, y que dejaría la indicación de

trasladar a (quejoso2) al Hospital Civil en la siguiente guardia. Salimos del reclusorio y esperamos a que mi hija Gloria Griselda saliera de ver a su hermano, ya que ella se había formado para entrar mientras nosotros pasamos con el Subdirector. Ya que salió Gloria Griselda nos dijo que el médico también le comentó que trasladaría a su hermano (quejoso2) al Hospital Civil, y que nos dijera que ya nos retiráramos, pero que ese día no acudiéramos al Hospital Civil a visitarlo, sino hasta al día siguiente. Ya el lunes día [...] del mes [...] del año [...], temprano por la mañana, junto con mi esposo acudí al Hospital Civil a buscar a (quejoso2), donde un grupo de varios doctores nos explicaron que (quejoso2) necesitaba una hemodiálisis, que era muy peligrosa, que urgía un catéter, y que debió habersele preparado tres semanas antes, ya que tenía un líquido que había producido su organismo por exceso de ejercicio; nos retiramos y nos dimos a la tarea de conseguir el catéter, y ya como a las 20:00 horas de ese mismo día le hicieron la hemodiálisis a (quejoso2); después, poco antes de las 21:00 horas, me mandó a hablar una de las doctoras, la cual me informó que mi hijo había caído en un paro cardíaco, y que estaban haciendo todo lo posible por sacarlo del mismo, pero después de las 21:00 horas nos informaron los médicos que nuestro (quejoso2) había fallecido...

11. Hoja del rol activo correspondiente al día [...] del mes [...] del año [...], relativo a la guardia de la CPPE, del que se advierte que los custodios J. (funcionario público8) y (funcionario público9) estuvieron de guardia ese día en el módulo 4 del citado reclusorio.

III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

De lo expuesto se advierte que el día [...] del mes [...] del año [...] compareció a esta Comisión el señor (quejoso), quien presentó queja a favor de su finado (quejoso2), en contra de personal de la Comisaría de Prisión Preventiva del Estado (CPPE). Refirió que el miércoles día [...] del mes [...] del año [...] fue a visitar a su familiar, quien se encontraba interno en ese centro de reclusión, ocasión en la que uno de sus compañeros le dijo que estaba en la enfermería, por lo que se trasladó a ese lugar. Al verlo se percató de que estaba triste, deprimido y no tenía movilidad en ambas piernas ni en sus brazos, además de que su respiración era agitada, por lo que le preguntó al médico cuál era el diagnóstico. El galeno le respondió que su hijo tenía pánico, por lo que no lo iban a llevar al Hospital Civil. El quejoso le insistió al médico que trasladara a su hijo a dicho nosocomio, pero el médico no accedió.

El señor (quejoso) agregó que el día 7 del mismo mes y año recibió una llamada de personal del reclusorio, en la que se le informó que su hijo estaba en el Hospital Civil, por lo que se trasladó a ese lugar para verlo. Su familiar le refirió

que un grupo de internos del módulo 9 lo habían obligado a realizar ejercicio excesivo, como lo fue hacer más de 500 sentadillas, como castigo por un supuesto adeudo, y que además lo amenazaron de que si decía algo le iba a ir peor. El quejoso manifestó que el mismo día [...] del mes [...] falleció su hijo, y que el médico del Hospital Civil le dijo que había sido a causa del excesivo trabajo que lo obligaron a realizar. Finalmente, el inconforme señaló que su hijo falleció por la falta de atención médica inmediata en el reclusorio (punto 1 de antecedentes y hechos).

Esta Comisión admitió la queja en contra de los médicos que proporcionaron la atención médica al interno(quejoso2), esto desde su ingreso al área médica del reclusorio y hasta su traslado al Hospital Civil de Guadalajara; también, en contra de los policías custodios que estuvieron de guardia en el dormitorio 9 el día en que el interno ingresó por primera vez al área médica con motivo del malestar por el exceso de trabajo. En ese sentido, se solicitó la colaboración de la licenciada (funcionario público), entonces comisaria de Prisión Preventiva, para que solicitara a dichos funcionarios que rindieran sus informes a esta Comisión sobre los hechos reclamados por el quejoso (punto 2 de antecedentes y hechos).

En cuanto a lo referido por el inconforme, en el sentido de que un grupo de internos obligó a su (quejoso2) a realizar sentadillas porque no había pagado un adeudo, el policía custodio (funcionario público5) informó que el día [...] del mes [...] del año [...] estuvo de guardia en la zona 9, que comprende los dormitorios 8 y 9 de la CPPE, en un horario de 7:00 a 8:30 horas del día siguiente. Aclaró que durante esa jornada no observó ningún suceso que pusiera en peligro la integridad física de algún interno (punto 5, inciso f, de antecedentes y hechos).

Por su parte, el policía custodio (funcionario público8) manifestó desconocer los hechos, y al efecto refirió que si bien el día [...] del mes [...] del año [...] estuvo de guardia, él no observó que(quejoso2) hubiese hecho ejercicio en exceso, como lo refirió el quejoso (punto 11 de antecedentes y hechos).

Al respecto, en el expediente médico del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, específicamente en el apartado correspondiente al motivo de consulta, descrito en la hoja relativa a la historia clínica, elaborada el día [...] del mes [...] del año [...], se asentó que el paciente(quejoso2) presentaba una debilidad muscular generalizada, pues refirió el paciente que 8 días antes había realizado 250

sentadillas, con peso. Situación similar se menciona en la nota de ingreso a Medicina Interna, en donde se dejó establecido que el paciente refirió que, al estar jugando una apuesta, realizó 250 sentadillas con pesas en exceso (evidencias 1, incisos e y f).

En ese sentido, esta Comisión no cuenta con elementos de prueba suficientes para determinar si(quejoso2) fue o no obligado por otros internos para hacer 500 sentadillas, como consecuencia de no haber pagado una deuda, como lo señaló el quejoso, ya que durante la investigación de la queja no se logró obtener pruebas que permitan tener como demostrada dicha afirmación.

En lo que se refiere a la atención médica que se brindó al paciente interno(quejoso2) en el área médica de la CPPE, durante la investigación que practicó esta Comisión se evidenció que los médicos Javier Rufo Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez, Carlos Manuel Salcedo Abundis, Carlos Eduardo Arellano Sandoval y Guillermo Trigueros Canchola incurrieron en impericia médica y no cumplieron cabalmente con sus obligaciones, ya que no establecieron de manera oportuna un diagnóstico patológico de dicho paciente, y tampoco dispusieron lo necesario para que oportunamente se le trasladara al Hospital Civil de Guadalajara, a fin de que se le otorgara una atención adecuada para su padecimiento.

Al rendir su informe a esta Comisión, el médico Javier Rufo Aranda Flores manifestó que aproximadamente a las 21:25 horas del día [...] del mes [...] del año [...], el joven(quejoso2) acudió al área médica de la CPPE, en donde refirió que por la tarde había realizado mucho ejercicio, y tenía dolor en ambas piernas, por lo que le brindó atención médica y lo dejó hospitalizado, en observación, con la indicación de que se le aplicara Diclofenaco inyectable y se vigilara su evolución, así como sus signos vitales. Agregó que no se observaron huellas de violencia física en el paciente, y negó que el padre del interno hubiese acudido durante su jornada laboral (turno nocturno) a entrevistar a su hijo en el área médica, para cuyo efecto argumentó que en ese turno no se permite la visita de familiares en el reclusorio. Dicho facultativo también negó haber sostenido alguna entrevista con el quejoso, y afirmó que sí se le brindó atención al citado paciente, desde el momento en que se presentó al servicio médico, como se hizo constar en la nota médica de esa fecha y en la evolución de los días posteriores. Por último, el galeno dijo ignorar si en el módulo asignado al exinterno Navarro Armenta ocurrieron los hechos descritos en la queja, y precisó que él no tiene acceso a esa área.

Por su parte, el médico Alfonso Camacho Sánchez informó a esta Comisión que él ingresó a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], con un horario de las 15:00 a las 21:00 horas, y que como a las 18:35 horas de esa fecha acudió a la cama de(quejoso2); que al ver su expediente se percató de que había sido ingresado a las 21:00 horas del día anterior, por haber efectuado ejercicio extremo, y que al preguntarle al paciente cómo se sentía, le respondió que tenía mejoría, micciones y evacuaciones, por lo que comenzó a revisarlo y encontró signos vitales estables, y su cárdio respiración sin datos patológicos, con mejoría, y que en ese momento le diagnosticó una contractura muscular en miembros inferiores. Agregó que el día [...] del mes [...] del año [...] ingresó nuevamente a laborar a las 15:00 horas, y que aproximadamente a las 17:43 horas acudió a visitar al paciente (quejoso2), quien tenía dos días de evolución con estancia intrahospitalaria, ocasión en la que refirió que se sentía mal, ya que no podía mover adecuadamente sus extremidades superiores, además de que no podía comer, y que al revisarlo lo observó con buena coloración de piel y tegumentos; hidratación adecuada, respiración agitada a través de la boca, con una presión arterial de 130/90; frecuencia cardiaca de 64 por minuto; frecuencia respiratoria de 32 por minuto; temperatura de 36.4 grados centígrados; sus reflejos osteotendinosos de buen tono, con buen llenado capilar, por lo que siguió con el mismo tratamiento médico a base de Tribedoce ampolleta, solución inyectable, una ámpula cada 24 horas, intramuscular, por tres días; Dexametasona ampolleta de 8 miligramos, de 2 mililitros, una cada 24 horas, intramuscular, por tres días; Gabapentina cápsula de 300 miligramos, una cada 12 horas por una semana, además de haber indicado que se le suministraran sus alimentos. Por último, refirió que nuevamente ingresó a trabajar el 7 del mismo mes y año, ocasión en la que se dio cuenta de que el citado paciente ya no estaba en el área médica, y aclaró que los dos días que él lo revisó se encontraba estable, por lo que no había sido necesario trasladarlo al Hospital Civil.

En su informe que rindió a esta Comisión el médico Carlos Manuel Salcedo Abundis declaró que él ingresó a laborar el día [...] del mes [...] del año [...], y que a las 9:50 horas atendió en el área médica a(quejoso2); que al revisar su expediente se enteró de que había sido hospitalizado en el turno nocturno del día [...] del mes [...] del año [...], con un diagnóstico de contractura muscular en miembros inferiores, por exceso de ejercicio, sin datos de importancia en las notas del día [...] del mes [...] Agregó que, al interrogarlo, le refirió que había sido internado porque había presentado limitación para la movilización de miembros pélvicos, después de haberse excedido en la realización de ejercicio

(sentadillas), y que posteriormente tuvo la misma sintomatología en miembros torácicos, con temblor generalizado, pero que en el momento de la entrevista le mencionó que ya presentaba una ligera mejoría en relación con el día anterior. El médico Salcedo Abundis manifestó que al realizar la exploración física encontró al paciente consciente, preocupado, tenso, cooperador, bien orientado, con ligera palidez de piel, afebril, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso aparente, con limitación para la movilización de miembros torácicos y pélvicos, sin presencia de dolor y sin otros datos de importancia, por lo que consideró que la sintomatología del paciente podía deberse a una acidosis láctica, secundaria a la sobrecarga de ejercicio que había realizado, y que dejó como diagnóstico una probable miopatía, secundaria a sobrecarga de ejercicio. Precisó que le indicó una dieta completa, sin grasa ni irritantes; complejo B inyectable, una ampolla cada 24 horas, intramuscular, por tres días; Dexametasona de 8 miligramos inyectable, una cada 24 horas, intramuscular por tres días; Gabapentina de 300 miligramos en cápsulas, una cada 12 horas, por siete días, además de la toma de signos vitales por turno y los cuidados generales de enfermería. Por último, refirió que a las 16:30 horas de ese día concluyó sus actividades, sin que el paciente hubiera presentado alguna alteración importante en su cuadro, y agregó que esa fue la única ocasión que lo atendió (punto 5, inciso c, de antecedentes y hechos).

Por su parte, el médico Guillermo Trigueros Canchola informó a esta Comisión que como a las 9:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...] realizó el pase de visita a los internos que se encuentran hospitalizados en el área médica de la CPPE, y que al ver las anotaciones del expediente médico de (quejoso2) Navarro Armenta, observó que a las 21:23 horas del día [...] del mes [...] del año [...] había sido ingresado por el doctor Javier Rufo Aranda, en razón de que el paciente refirió que había efectuado mucho ejercicio y tenía dolor en las piernas, por lo que le preguntó cómo se encontraba, a lo cual le respondió que había mejorado del dolor y del cansancio, y que, al explorarlo, encontró que estaba consciente, tranquilo, cooperador y bien orientado, cardiorrespiratorio sin compromiso, con abdomen sin alteraciones aparentes ni referidas, por lo que le indicó la aplicación de 100 miligramos de tiamina, y un miligramo de Clonazepam, vía intramuscular, dosis única, así como un tratamiento a base de Tribedoce ampollas, solución inyectable, una ampolla cada 24 horas, intramuscular, por tres días; Dexametasona, ampolla de 8 miligramos, vía intramuscular, de dos mililitros, una cada 24 horas, por tres días; Gabapentina, cápsulas de 300 miligramos, una cada 12 horas por una semana, y lo dejó en hospitalización para observar su evolución. Agregó que durante su guardia el

referido paciente cursó sin alteraciones en su estado de salud, por lo que no había sido necesario trasladarlo a Urgencias del Hospital Civil. Por último, en relación con los señalamientos que hizo el padre del paciente al formular su queja, en el sentido de que (quejoso2) había sido obligado a realizar ejercicio en exceso, el doctor Guillermo Trigueros Canchola informó que el paciente sólo le dijo que él había hecho mucho ejercicio en su módulo (punto 5, inciso d, de antecedentes y hechos).

En su informe que rindió a esta Comisión el médico (funcionario público6), manifestó que él ingresó a laborar a las 13:15 horas del día [...] del mes [...] del año [...], y que como a las 13:30 horas realizó un pase de visita a todos los internos hospitalizados, y al revisar el expediente del paciente(quejoso2), encontró una nota que refería que el paciente había ingresado al área médica a las 21:25 horas del día [...] del mes [...] del año [...]. Precisó que él lo atendió por primera vez hasta el día [...] del mes [...] del año [...], ocasión en la que lo encontró consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, cooperador, con buena hidratación, y que únicamente le refirió dolor a nivel de dorsales y lumbares, con temblor fino en extremidades superiores, con fuerza de abducción de las mismas de 2/5, con sensibilidad respetada y ROT disminuido de las inferiores, con movimientos tórpidos, limitada su flexión en la derecha, con *lassage* y *patrick* negativo, por lo que decidió realizar los trámites para que fuera trasladado al servicio de Urgencias del Hospital Civil de Guadalajara, a fin de que fuera valorado por neurología, y descartar un probable evento traumático cérico/dorsal (probable hernia discal). Agregó que a las 14:45 horas quedó regulado en SAMU para recibir atención médica en dicho nosocomio (punto 5, inciso e, de antecedentes y hechos).

Ahora bien, al analizar los informes rendidos por los médicos Javier Rufo Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez, Carlos Manuel Salcedo Abundis, Guillermo Trigueros Canchola y (funcionario público6), así como el expediente clínico que se formó en la CPPE y el dictamen que emitieron los peritos de esta Comisión, podemos concluir que el médico Javier Rufo Aranda Flores atendió al paciente(quejoso2) a las 21:25 horas del día [...] del mes [...] del año [...], y decidió dejarlo en el área médica de la CPPE, en observación para su manejo, con diagnóstico de contractura muscular en miembros inferiores, por ejercicio, ya que el referido paciente le manifestó que tenía dolor en ambas piernas, debido a que había hecho mucho ejercicio, por lo que le aplicó Diclofenaco, 75 miligramos, intramuscular.

A las 9:00 horas del día siguiente (día [...] del mes [...] del año [...]), según lo informado a esta Comisión por el doctor Guillermo Trigueros Canchola, él revisó al paciente y le preguntó cómo se encontraba, a lo cual le respondió que había mejorado del dolor en sus extremidades pélvicas, así como de su cansancio. Afirmó que lo encontró consciente, tranquilo, cooperador y bien orientado, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen sin alteraciones aparentes ni referidas y el resto de lo explorado sin alteraciones agregadas, por lo que indicó que se le aplicaran 100 miligramos de Tiamina, un miligramo de Clonazepam, así como Dexametasona y Gabapentina, y precisó que no era necesario su traslado al Hospital Civil de Guadalajara.

Según lo informado a este organismo por el doctor Alfonso Camacho Sánchez, la tarde del mismo día él entrevistó al paciente(quejoso2), quien le refirió que se sentía mejor, que tenía micciones y evacuaciones, sin datos patológicos, por lo que después de revisarlo le diagnosticó una contractura muscular en las piernas.

A las 9:50 horas del día [...] del mes [...] del año [...], el referido paciente fue valorado por el doctor Carlos Manuel Salcedo Abundis, quien al ver el expediente, observó que ingresó con diagnóstico de una contractura muscular en miembros inferiores, por exceso de ejercicio; sin embargo, dicho facultativo afirmó que al interrogarlo, el agraviado le dijo que esos síntomas también los presentaba ya en miembros torácicos, con temblor generalizado. Preciso que lo observó consciente, preocupado, tenso, cooperador, bien orientado, con ligera palidez de piel, afebril, pero con limitación para la movilización de miembros torácicos y pélvicos, sin presencia de dolor. Al respecto, el referido galeno consideró que el paciente presentaba una acidosis láctica, secundaria a la sobrecarga de ejercicio que había realizado, y le diagnosticó probable miopatía, secundaria a sobrecarga de ejercicio, por lo que indicó que continuara con el mismo tratamiento que ya le habían indicado los médicos que lo atendieron los días anteriores.

No pasa inadvertido para esta Comisión que, al rendir su informe, el doctor Salcedo Abundis afirmó que el paciente le refirió sentirse mejor que el día anterior, lo cual resulta ilógico, sobre todo si se toma en consideración que los días [...] y [...] del mes [...] del año [...] sólo presentaba contractura en sus miembros inferiores, y el día que él lo atendió (día [...] del mes [...]) también tenía ya esos síntomas en miembros torácicos, además de temblor generalizado, circunstancias que permiten determinar que, aun cuando estaba hospitalizado y

con el tratamiento que le fue indicado, el paciente(quejoso2) no presentaba una notoria mejoría.

Lo anterior se corrobora con el informe que rindió a este organismo el médico Alfonso Camacho Sánchez, quien por segunda vez atendió al paciente a las 17:43 horas del día [...] del mes [...] del año [...], ocasión en la que dicho galeno lo encontró acostado en una cama, en posición decúbito dorsal, con respiración agitada por la boca, y le refirió que se sentía mal, además de que no podía mover adecuadamente sus manos, ni para tomar sus alimentos. No obstante ello, el doctor Camacho Sánchez indicó que se siguiera con el mismo tratamiento médico, y destacó que, como el paciente se encontraba estable, no fue necesario trasladarlo al Hospital Civil de Guadalajara.

Del análisis del expediente clínico que se formó en el área médica de la CPPE se advierte que a las 22:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...], el paciente(quejoso2) fue atendido por segunda vez por el doctor Javier Rufo Aranda Flores, ocasión en la que dicho paciente presentaba temblor fino de manos, limitación de movimientos en piernas, por dolor, además de que había tenido vómito en dos ocasiones, como se observa en la nota que suscribió a esa hora (evidencia 2, inciso h); circunstancias que dicho facultativo no informó a esta Comisión, pues sólo dijo haberlo atendido el día [...] del mes [...]. No obstante el cuadro clínico que presentaba el paciente el día 4, el doctor Aranda Flores tampoco dispuso su traslado a un hospital público en el que se le pudiera otorgar la atención médica adecuada.

Situación similar aconteció con la atención que otorgó al agraviado el doctor Carlos Eduardo Arellano Sandoval, quien, al rendir su informe a esta Comisión, entre otras cosas manifestó que a las 7:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...] ingresó a laborar, y que al explorar al paciente(quejoso2) lo observó con temblor en sus extremidades, tanto superiores como inferiores, con rot disminuidos. Aun así, el citado galeno afirmó que en ese momento no existía urgencia para su traslado al Hospital Civil. Aunque en su informe agregó que el paciente se encontraba en espera de ser enviado a consulta externa de Neurología a dicho nosocomio, para descartar probable hernia de disco, el referido facultativo no indicó su traslado, y no fue hasta las 13:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...], es decir, cuatro días después de que el paciente ingresó al área médica de la CPPE, cuando el doctor (funcionario público6) inició su jornada laboral en ese reclusorio y realizó los trámites para enviarlo al servicio de Urgencias del Hospital Civil.

Como se observa, el médico Carlos Eduardo Arellano Sandoval tampoco estableció un diagnóstico certero del paciente, y aun cuando desde las 7:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...] advirtió que su salud se había agravado, no indicó su traslado a un hospital público en el que se le pudiera proporcionar la atención que requería, por lo que también incurrió en violación del derecho a la protección de la salud del agraviado(quejoso2). En efecto, en su informe que rindió a esta Comisión refirió que el paciente se encontraba en espera de ser enviado a Neurología del Hospital Civil, para descartar probable hernia de disco, pero en el expediente clínico no obra alguna constancia que indique que hubiese ordenado su traslado a dicho nosocomio.

De lo expuesto se advierte que los médicos de la CPPE atendieron al interno(quejoso2); sin embargo, el diagnóstico y el tratamiento no fueron los adecuados, ya que desde la noche del día [...] del mes [...] del año [...] se diagnosticó al paciente una contractura muscular, y con dicho diagnóstico permaneció hasta la mañana del 5 de ese mes, por lo que los médicos involucrados le indicaron tratamiento para ese tipo de padecimiento, sin que el paciente hubiese mostrado mejoría, sino que, más bien, se le agregó temblor fino en las manos, una severa limitación de movimientos de miembros inferiores, por dolor, y también presentó vómito. No obstante ello, los médicos de la CPPE no modificaron el diagnóstico, sino hasta que transcurrieron más de 72 horas de hospitalización dentro del reclusorio, y aun así el nuevo diagnóstico que estableció el doctor Arellano Sandoval tampoco se aproximó al adecuado, lo que evidentemente demuestra la falta de pericia para establecer un diagnóstico certero del paciente, ya que no se dieron los procedimientos clínicos o paraclínicos adecuados para establecerlo (como el uso de una simple tira reactiva de orina), y se evidenció la ausencia de criterios para pensar en que el daño muscular que tenía el paciente, se salía de lo simple, hasta alcanzar la patología denominada rabdomiólisis, como se dejó plasmado en el dictamen que emitieron los peritos médicos de esta Comisión (evidencia 6).

Lo anterior se robustece con lo declarado ante esta Comisión por la señora (ciudadano)ávalos, madre del finado(quejoso2) manifestó que el día [...] del mes [...] del año [...]. Ella acudió junto con su esposo al Reclusorio Preventivo, en donde vieron que su hijo se encontraba hospitalizado, y que los médicos les informaron que estaba internado porque tenía la presión y el azúcar altas. Agregó que al día siguiente volvieron para ver a su hijo, quien continuaba hospitalizado, pero no pudieron hablar con él porque se encontraba dormido. Al entrevistarse

con el doctor Guillermo Trigueros Canchola, éste les dijo que (quejoso2) no tenía nada, sólo pánico de regresar a su celda y cansancio físico, por lo que ellos pidieron que lo enviaran al Hospital Civil, pero el citado médico les dijo que no era necesario. Acudieron al área de Trabajo Social, en donde le pidieron a una señorita que los apoyara para trasladarlo al referido nosocomio, pero ella les dijo que era el médico quien tenía que autorizar el traslado. La testigo agregó que el sábado día [...] del mes [...] del año [...] fueron de nueva cuenta al reclusorio, pero en esa ocasión sólo autorizaron que ingresaran ella y su hija (ciudadano3). Ahí observaron que (quejoso2) estaba despierto y muy desmejorado, con temblor en sus manos y sin poder comer solo. Añadió que el día siguiente su esposo recibió una llamada de un interno, quien le informó que su hijo seguía mal y lo iban a trasladar al Hospital Civil, por lo que se dirigieron al Reclusorio Preventivo, en donde el médico les dijo que iba dejar la indicación para que en la siguiente guardia lo trasladaran al citado nosocomio, ya que se encontraba muy mal. Por último, la señora (ciudadano) declaró que el lunes día [...] del mes [...] su hijo fue trasladado al Hospital Civil, en donde varios médicos les dijeron que necesitaba una hemodiálisis, la cual le realizaron a las 20:00 horas de ese día; sin embargo, una hora después una doctora le informó que su hijo había caído en un paro cardíaco y que estaban haciendo todo para sacarlo, pero no se pudo y su hijo murió poco después (evidencia 10).

Como se advierte, tanto el quejoso (quejoso), como su esposa (ciudadano)ávalos, observaron cómo se deterioraba el estado de salud de su hijo (quejoso2), quien al paso de los días presentaba peores síntomas, como temblor en las manos, al grado de no poder comer solo, sin que los médicos de la CPPE determinaran enviarlo al Hospital Civil.

En efecto, los médicos de la CPPE no realizaron el diagnóstico adecuado de la enfermedad que presentaba(quejoso2), aunque hay que considerar que generalmente la rabdomiólisis no requiere hospitalización, y que las personas se recuperan en una semana, además de que es muy difícil de diagnosticar dicha enfermedad, y no fue sino hasta cuatro días después, cuando lo trasladaron al Hospital Civil de Guadalajara, que se establecieron los mecanismos adecuados para obtener el diagnóstico y el tratamiento inherente a la rabdomiólisis. Sin embargo, dada la tardanza en su traslado a dicho nosocomio, ya no fue posible evitar su fallecimiento.

Como se establece en el dictamen de responsabilidad profesional, emitido por peritos de esta Comisión, los médicos de la CPPE implementaron un tratamiento

básico adecuado para la impresión diagnóstica del paciente(quejoso2); sin embargo, el diagnóstico no fue acertado, por lo que se puede presumir que si durante su hospitalización en ese reclusorio se le hubiese practicado de manera temprana un proceso de diagnóstico laboratorial, probablemente le habría generado mayores oportunidades de sobrevivir.

En efecto, los médicos tratantes tardaron en enviar al paciente a un medio hospitalario en el que se le otorgara la atención médica que requería. A pesar de que el agraviado no mostraba mejoría, y de que sus síntomas empeoraban, ellos no modificaron su diagnóstico ni su tratamiento.

Quedó demostrado que en el sistema carcelario donde el agraviado desarrolló la mayor parte de su cuadro clínico, no se estableció clínicamente el diagnóstico adecuado, y se hizo evidente la impericia de los médicos al no tomar decisiones prontas para enviar al paciente (quejoso) a un hospital, en donde existieran los medios para establecer el diagnóstico certero y el tratamiento adecuado. Por ello, en el citado dictamen se concluyó que en la atención médica proporcionada a(quejoso2), entre el [...] y el día [...] del mes [...] del año [...], dentro de la CPPE, por parte de los médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Rufo Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez y Carlos Manuel Salcedo Abundis, existió impericia médica, en razón de que no establecieron oportunamente el diagnóstico de la patología ni el envío del paciente a un medio hospitalario (evidencia 6).

Lo anterior se robustece con la nota de defunción elaborada el día [...] del mes [...] del año [...] por personal del Servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara, en la que se dejó establecido, entre otras cosas, que cuando el paciente(quejoso2) ingresó a dicho nosocomio ya presentaba daño renal agudo (evidencia 1, inciso b), lo que no fue diagnosticado por los médicos de la CPPE, pues su padecimiento siempre fue tratado como una contractura muscular, y al final de su estadía se consideró enviarlo al Hospital Civil para descartar daño cervical y dorsal, como se puede advertir del expediente clínico que se formó en el área médica del citado reclusorio.

Ahora bien, la CPPE tiene una población penitenciaria superior a los 7 500 internos, y al parecer sólo cuenta con ocho médicos y seis enfermeros, de los cuales cinco galenos y tres enfermeras laboran en el turno matutino; un médico y un enfermero, en el vespertino y un médico y una enfermera en el nocturno, todos de lunes a viernes, y un galeno y una enfermera para los fines de semana

(punto 18 de antecedentes y hechos), lo cual evidencia que el personal médico es insuficiente para atender como es debido la salud de todos los internos. Si bien durante la investigación de la queja no se evidenció que(quejoso2) hubiera fallecido por la insuficiencia de personal médico, es importante mencionar el tema en esta resolución, ya que las autoridades penitenciarias del estado de Jalisco, especialmente las de la CPPE, deben pugnar por que se amplíe la planilla de personal médico y de enfermería, a fin de garantizar una adecuada atención médica a las personas privadas de su libertad.

Es universalmente aceptado que el Estado, como garante de los derechos de las personas privadas de libertad, debe asegurarles una atención médica y psicológica, pues la atención de la salud es uno de los ejes del sistema penitenciario, como se establece en el artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

[...]

El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.

La Organización Mundial de la Salud define a ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones y enfermedades”. Es por ello que en este derecho, la autoridad debe otorgar una atención integral.

El derecho a la salud faculta a la persona para reclamar y disfrutar de todos los medios que le permitan el acceso al más alto nivel de bienestar físico, mental y social, resultado de una serie de condiciones que configuran un medio propicio para que las personas puedan llevar una vida sana.

En las prisiones existe una sobrerrepresentación de los grupos más marginados de la sociedad, personas con mala salud y enfermedades crónicas no tratadas, problemas de salud mental, personas que practican actividades que ponen en riesgo su salud, como el consumo de drogas, situación que debe ser tomada en cuenta por las autoridades carcelarias para redoblar sus esfuerzos en el servicio de atención a la salud.¹

¹ *Derechos Humanos de los Reclusos en México*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2007.

Con su actuación, los médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Rufo Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez, Carlos Eduardo Arellano Sandoval y Carlos Manuel Salcedo Abundis faltaron a lo dispuesto en diversas disposiciones de derecho interno y de índole internacional, entre las que destacan:

Declaración Universal de Derechos Humanos:

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

[...]

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...

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: “Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida ...”

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos:

Artículo 6.1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la Ley...

Artículo 9.1. Todo individuo tiene derecho a... la seguridad personal.

Artículo 10. Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

Convención Americana sobre Derechos Humanos:

Artículo 4.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por ley...

Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.

[...]

Artículo 11. Protección de la honra y de la dignidad

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos: “Artículo 10. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes: “Artículo 16.1. Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes...”

Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos:

Servicios Médicos

22.1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación...

2) se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional.

Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos:

5. Con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

[...]

10. Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.

Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley:

Artículo 2

En el desempeño de sus tareas, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley respetarán y protegerán la dignidad humana y mantendrán y defenderán los derechos humanos de todas las personas.

Conjunto de Principios para la Protección de todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión:

Principio 1

Toda persona sometida a cualquier forma de detención o prisión será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas:

Principio I

Trato humano

Toda persona privada de libertad que esté sujeta a la jurisdicción de cualquiera de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos será tratada humanamente, con irrestricto respeto a su dignidad inherente, a sus derechos y garantías fundamentales, y con estricto apego a los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

En particular, y tomando en cuenta la posición especial de garante de los Estados frente a las personas privadas de libertad, se les respetará y garantizará su vida e integridad personal, y se asegurarán condiciones mínimas que sean compatibles con su dignidad.

Se les protegerá contra todo tipo de amenazas y actos de tortura, ejecución, desaparición forzada, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, violencia sexual, castigos corporales, castigos colectivos, intervención forzada o tratamiento coercitivo, métodos que tengan como finalidad anular la personalidad o disminuir la capacidad física o mental de la persona.

[...]

Principio XX

Personal de los lugares de privación de libertad

El personal que tenga bajo su responsabilidad la dirección, custodia, tratamiento, traslado, disciplina y vigilancia de personas privadas de libertad, deberá ajustarse, en todo momento y circunstancia, al respeto a los derechos humanos de las personas privadas de libertad y de sus familiares.

El personal deberá ser seleccionado cuidadosamente, teniendo en cuenta su integridad ética y moral, sensibilidad a la diversidad cultural y a las cuestiones de género, capacidad profesional, adecuación personal a la función, y sentido de responsabilidad.

Las autoridades carcelarias tienen la obligación de garantizar la vida y la salud de las personas que se encuentran privadas de la libertad; sin embargo, la decisión de trasladar al Hospital Civil de Guadalajara al interno(quejoso2) fue tardía, debido a que no se tuvo un diagnóstico adecuado y oportuno de su enfermedad, pues a pesar de que pasaban los días sin que el citado paciente mostrara una notoria mejoría, continuaron con el mismo tratamiento, con lo cual se evidenció la falta de pericia de los médicos que lo atendieron del [...] al día [...] del mes [...] del año [...], y con ello incurrieron en violación del derecho a la protección de la salud, así como de disposiciones previstas en diversos instrumentos jurídicos, tanto de carácter interno como de índole internacional, sobre todo lo establecido en el punto 22.1, inciso 2, de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.

Derecho a la Protección de la Salud

Según el *Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, emitido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el derecho humano a la protección de la salud se describe de la siguiente forma:

A. Definición

Es la prerrogativa que tiene todo ser humano a disfrutar de bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, accediendo a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

B. Comentario a la Definición

Implica una permisión para el titular, que tiene la libertad de acceder a los servicios de asistencia médica, siguiendo los requerimientos establecidos por la ley.

Con respecto a los servicios públicos, impone las obligaciones de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios en los términos legales, de realizar la adecuada prestación y en su caso, supervisión de los mismos, y la creación de infraestructura normativa e institucional que se requiera.

Obligación del Estado:

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considerarán 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, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. La atención materno - infantil;

V. La planificación familiar;

VI. La salud mental;

VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;

VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición y

X. La asistencia social a grupos vulnerables.

[...]

C. Bien Jurídico Protegido

La salud

D. Sujetos

1. Titulares. Todo ser humano.

2. Obligados. Cualquier servidor público o particulares que actúen bajo la anuencia o tolerancia de los primeros.

[...]

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

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

Los instrumentos internacionales a que se ha hecho referencia resultan obligatorios para nuestro país, conforme a lo que se establece en los artículos 1º, 18 y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el presente caso no se cumplió con la protección del derecho a la salud, ni con el derecho a la vida debido a que hubo impericia por parte de los médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Rufo Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez, Carlos Eduardo Arellano Sandoval y Carlos Manuel Salcedo Abundis, quienes no establecieron de manera oportuna el diagnóstico de la patología del interno(quejoso2), ni fue enviado oportunamente a un medio hospitalario.

El artículo 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. En el presente caso, además, los médicos, con sus conductas, dejaron de cumplir con lo dispuesto en el artículo 61, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, en cuanto establece:

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

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

La Asamblea General de la ONU, en su resolución 60/147, del 16 de diciembre de 2005, donde fueron aprobados los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales,² definió a la víctima de la siguiente manera:

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

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

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

En razón de que en estos hechos participaron servidores públicos, y que incurrieron en violación del derecho a la protección de la salud, así como a la vida, también es aplicable lo dispuesto en los artículos 1º, 7º, fracciones I, II, IV y XXII; 8º, 9º y 26 de la Ley General de Víctimas, donde se establece:

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

Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

² En esta resolución se establece como compromiso internacional de todos los Estados miembros de la ONU el reconocer y respetar el derecho de las víctimas a interponer recursos y obtener reparaciones.

I. Derecho a ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos por parte de los servidores públicos y, en general, del personal de las instituciones públicas responsables del cumplimiento de esta Ley, así como por parte de los particulares que cuenten con convenios para brindar servicios a las víctimas;

II. Derecho a solicitar y a recibir ayuda, asistencia y atención en forma oportuna, rápida, equitativa, gratuita y efectiva por personal especializado en atención al daño sufrido desde la comisión del hecho victimizante, con independencia del lugar en donde ella se encuentre; así como a que esa ayuda, asistencia y atención no dé lugar, en ningún caso, a un nuevo trauma;

[...]

IV. Las víctimas, con independencia de que se encuentren dentro un procedimiento penal o de cualquier otra índole, tienen derecho a la protección del Estado, incluido su bienestar físico y psicológico y la seguridad de su entorno, con respeto a su dignidad y privacidad.

Lo anterior incluye el derecho a la protección de su intimidad contra injerencias ilegítimas, así como derecho a contar ella y sus familiares con medidas de protección eficaces cuando su vida o integridad personal o libertad personal sean amenazadas o se hallen en riesgo en razón de su condición de víctima y/o del ejercicio de sus derechos;

[...]

XXII. Derecho a una investigación pronta y efectiva que lleve a la identificación, captura, procesamiento y sanción de manera adecuada de todos los responsables del daño, al esclarecimiento de los hechos y a la reparación del daño;

Artículo 8

[...]

Las víctimas de delitos o de violaciones de derechos contra la libertad y la integridad, recibirán ayuda médica y psicológica especializada de emergencia en los términos de la presente Ley.

Los servidores públicos deberán brindar información clara, precisa y accesible a las víctimas y sus familiares, sobre cada una de las garantías, mecanismos y procedimientos que permiten el acceso oportuno, rápido y efectivo a las medidas de ayuda contempladas en la presente Ley.

Artículo 9

Las víctimas tendrán derecho a la asistencia y a la atención, los cuales se garantizarán incluyendo siempre un enfoque transversal de género y diferencial.

Se entiende por asistencia el conjunto integrado de mecanismos, procedimientos, programas, medidas y recursos de orden político, económico, social, cultural, entre otros, a cargo del Estado, orientado a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las víctimas, brindarles condiciones para llevar una vida digna y garantizar su incorporación a la vida social, económica y política. Entre estas medidas, las víctimas contarán con asistencia médica especializada incluyendo la psiquiátrica, psicológica, traumatológica y tanatológica.

Se entiende por atención, la acción de dar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a las víctimas, con miras a facilitar su acceso a los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación integral, cualificando el ejercicio de los mismos.

Las medidas de asistencia y atención no sustituyen ni reemplazan a las medidas de reparación integral, por lo tanto, el costo o las erogaciones en que incurra el Estado en la prestación de los servicios de atención y asistencia, en ningún caso serán descontados de la compensación a que tuvieran derecho las víctimas.

Artículo 26

Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por los daños que ha 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.

Asimismo, debe destacarse que los servidores públicos que incurrieron en violaciones de derechos humanos también faltaron a lo dispuesto en el párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto establece:

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.

No pasa inadvertido que esta Comisión también involucró en la queja al médico (funcionario público⁶). Sin embargo, durante la investigación no se demostró que él hubiese incurrido en violación de derechos humanos en agravio de(quejoso²), derivado de los hechos motivo de la queja, ya que fue quien dispuso su traslado al Hospital Civil de Guadalajara.

De la reparación del daño

La Fiscalía de Reinserción Social debe reconocer que los familiares de(quejoso2) como víctimas indirectas, conforme al párrafo segundo del artículo 4° de la Ley General de Víctimas, tienen derecho a una reparación oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones de derechos humanos de las que fue víctima (quejoso2). Como lo refiere la Corte Interamericana de Derechos Humanos, dicha reparación debe tener un efecto no sólo restitutivo, sino correctivo, que comprenda la rehabilitación, la compensación, la satisfacción y las medidas de no repetición, como se establece en los artículos 26 y 27 de la Ley General de Víctimas. De conformidad con el artículo 1° de dicha ley, ésta es de observancia obligatoria, en sus respectivas competencias, para las autoridades de todos los ámbitos de gobierno y de sus poderes constitucionales, así como para 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, conforme al artículo 1°, párrafo cuarto, de la Ley General de Víctimas, 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.

En efecto, la reparación integral está establecida en los artículos 7°, fracción II, 26 y 27 de la Ley General de Víctimas, que al respecto disponen:

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

Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos

como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

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

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

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

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

III. La compensación ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos;

IV. La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas;

V. Las medidas de no repetición buscan que el hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir...

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

I. Los conocidos como Principios de Joinet, presentados en el informe de 1997 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, que sobre el tema de la impunidad, precisan:

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

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

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

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

Existe en el derecho internacional una cultura normativa de reparación del daño a las víctimas de violaciones de derechos humanos, que forma parte del derecho mexicano cuando éstos son adoptados y ratificados, de conformidad con los artículos 1º, párrafo tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 4º de la Constitución Política del Estado de Jalisco.

Al respecto, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, establece la creación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), cuya jurisdicción ha sido igualmente aceptada por nuestro país desde 1998. Dicho organismo tiene como funciones:

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

La CIDH es el órgano autorizado por la propia Convención para realizar estudios y crear jurisprudencia sobre los derechos que esta última garantiza. Por ello, la interpretación jurisprudencial de los casos puestos a su consideración es una referencia obligatoria para México como Estado miembro de la OEA, que ha reconocido la jurisdicción de la Corte para la resolución de asuntos análogos en los que se hayan sentado precedentes.

En uso de sus facultades, la Corte ha dictado los siguientes criterios:

Respecto de la obligación de reparar el daño, es conveniente invocar el punto 25 de la obra Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, tomo II, Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law American University, Washington, 1998, que dice: “Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado, incluso una concepción general de derecho, que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo.”

En su punto 44 asienta:

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

El punto 49 establece:

El derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el Derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada. Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional pero no es la única forma como debe ser reparado, porque puede haber casos en que aquélla no sea posible, suficiente o adecuada. De esta manera, a juicio de la Corte, debe ser interpretado el artículo 63.1 de la Convención Americana.

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

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

El punto 27 establece:

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

La adecuada reparación del daño debe incluir:

1. *Daño emergente*. Afectación al patrimonio derivado inmediata y directamente de los hechos. En la legislación mexicana suele equipararse al daño en sentido amplio.
2. *Lucro cesante*. Implica la ganancia o el beneficio que se dejó o dejará de percibir como consecuencia del hecho que causó el daño. En la legislación mexicana equivale al perjuicio.
3. *Daño físico*. Es la lesión que sufre la persona en su cuerpo.
4. *Daño inmaterial*. Es la lesión sufrida en los bienes no materiales que forman parte del patrimonio de las personas. Puede consistir en un daño jurídico, en un daño moral, en un daño al proyecto de vida o en un daño social, por los vínculos afectivos y sociales que sostenía con sus seres queridos.

Dentro de este rubro, podemos identificar los siguientes aspectos:

- *Daño jurídico*. Es la lesión que sufren las personas en sus derechos. Este daño se ve especialmente reflejado por la violación de los derechos humanos previstos en la Constitución y en los instrumentos internacionales sobre la materia.
- *Daño moral*. Es la lesión sufrida en el aspecto psíquico de la persona, de manera más precisa, en el emocional. Puede tener una dimensión individual o social. Tal afectación se refleja en los sentimientos de impotencia y susceptibilidad de los habitantes frente a las autoridades encargadas de velar por sus derechos.
- *Daño social*. Es el que se provoca en quienes pertenecen a la comunidad y entorno en que se perpetró el hecho, en la que alguna autoridad o servidor

público tuvo intervención, ya sea por acción o por omisión, trasciende a quien o quienes sufrieron la afectación original, impacta en la sociedad y sienta un precedente que implica la pérdida de confianza y de consolidación de los encargados de velar por la seguridad pública y la aplicación de justicia.

5. *Daño al proyecto de vida.* Es el que afecta la realización de la persona que ha sido víctima de la violación, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que le permitían fijarse expectativas de posible realización. Implica, por tanto, la pérdida grave o menoscabo de oportunidades de desarrollo personal.

Para garantizar el cumplimiento de cada uno de estos elementos, la propia Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido, entre otras medidas, las siguientes:

- *Gastos y costas.* Constituyen los pagos que se originen por los daños que se hayan causado tanto a la víctima como a los ofendidos.

- *Medidas de satisfacción y garantía de no repetición.* Acciones que efectúa el Estado para modificar prácticas administrativas o mecanismos de protección inadecuados.

- *Medidas preventivas.* Medidas tomadas como respuesta a un incidente para prevenir, minimizar o mitigar pérdidas o daños a los gobernados.

- *Determinación y reconocimiento de responsabilidad.* El objetivo es que el Estado acepte la falta que hayan cometido sus autoridades o servidores públicos. Es una medida significativa de satisfacción para las víctimas por los daños morales sufridos.

El deber de sancionar a los responsables es tema del punto 61: “Respecto a la continuación del proceso para la investigación de los hechos y la sanción de las personas responsables, esa es una obligación que corresponde al Estado siempre que haya ocurrido una violación de los derechos humanos, y esa obligación debe ser cumplida seriamente y no como una mera formalidad.”

Del criterio de las resoluciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se puede citar la sentencia del 20 de enero de 1999, caso Suárez

Rosero-Reparaciones (artículo 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos):

V. Obligación de reparar.

En materia de reparaciones es aplicable el artículo 63.1 de la Convención Americana, el cual recoge uno de los principios fundamentales del derecho internacional general, reiteradamente desarrollado por la jurisprudencia [...]. Al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge responsabilidad internacional de éste por la violación de una norma internacional, con el consecuente deber de reparación.

41. La reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido (*restitutio in integrum*, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras).

42. La obligación de reparación establecida por los tribunales internacionales se rige, como universalmente ha sido aceptado, por el derecho internacional en todos sus aspectos, su alcance, su naturaleza, sus modalidades y la determinación de los beneficiarios, nada de lo cual puede ser modificado por el Estado obligado invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

La reparación de las consecuencias de la medida o de las situaciones que ha configurado la vulneración de derechos se exponen en los puntos 5 y 10 del mismo Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que dicen:

5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes. No se puede legítimamente esperar que un tratado de derechos humanos se adapte a las condiciones prevalecientes al interior de cada país, por cuanto debe, a contrario sensu, tener el efecto de perfeccionar las condiciones de ejercicio de los derechos por él protegidos en el ámbito del derecho interno de los Estados Partes.

[...]

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

El deber de indemnizar se fundamenta, además, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, proclamada por la Asamblea General de la ONU y adoptada por México el 29 de noviembre de 1985, que señala en los puntos 4 y 11:

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

[...]

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasioficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados...

De igual forma, en el párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece que “... el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

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

El principio de “reserva de actuación”, según el cual el Estado puede hacer sólo lo que la ley le marque, no puede ser invocado en este caso para ceñirse estrictamente o limitarse a lo que la legislación estatal refiere. En este sentido, es la voluntad del Estado mexicano de reconocer en los términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la competencia contenciosa de la CIDH, que lo obliga a aceptar la interpretación que de los artículos de la Convención haga dicho órgano.

Debe señalarse que en la actualidad los estados democráticos se han preocupado porque exista la obligación de cada institución de responder ante la sociedad y ante los individuos por los actos u omisiones de quienes en nombre de ella actúan y que ocasionan violaciones de derechos humanos, como en este caso, independientemente de su posible responsabilidad administrativa, civil o penal;

tan es así, que el Congreso de la Unión expidió el decreto sin número que modificó la denominación del título cuarto, y adicionó un segundo párrafo al artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado el 14 de junio de 2002 en el *Diario Oficial de la Federación*, que entró en vigor el 1 de enero de 2004, para quedar de la siguiente manera:

Título cuarto. De las responsabilidades de los servidores públicos y patrimonial del Estado.

[...]

Artículo 113 [...] La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

Asimismo, el Congreso del Estado de Jalisco, mediante el decreto 20089, expidió la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios, aprobada el 20 de agosto de 2003 y publicada el 11 de septiembre del mismo año, con vigencia desde el 1 de enero de 2004. Dicha ley regula en esencia la responsabilidad objetiva y directa del Estado en los daños que cause por su actividad administrativa irregular en los bienes o derechos de los particulares, quienes podrán exigir una indemnización conforme lo establecen las leyes, y con base en los artículos 1º, 2º, fracción I; 4º, 5º, 8º, 11, fracciones I, incisos a y b, y II; 12, 16, 20, 24, fracción II; 29 y 36 de la citada normativa.

La Fiscalía de Reinserción Social debe asumir en forma objetiva y directa las consecuencias derivadas de las violaciones de derechos humanos que motivaron esta Recomendación, además de garantizar a la sociedad en general y a los familiares de(quejoso2) agraviados por los hechos acontecidos en la Comisaría de Prisión Preventiva, que la conducta de sus servidores públicos siempre será con apego a la legalidad y con el total respeto a los derechos humanos.

Para los fines de la presente Recomendación, las autoridades involucradas en el tema deben reparar las violaciones de derechos humanos mediante el reconocimiento de haberlas cometido y ofrecer las garantías de no repetición, las cuales, respectivamente, “tienden a compensar el detrimento de bienes no patrimoniales”³ y tener “un impacto sobre la comunidad y el entorno social”,

³ Sergio García Ramírez, *La jurisdicción interamericana de derechos humanos*, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y Corte Interamericana de Derechos Humanos, México, 2006, p. 230.

además de asegurar un adecuado ejercicio de la función pública que garantice el respeto a la vida y a la protección de la salud de los internos de los reclusorios a cargo del Gobierno del Estado.

En ese sentido, el Estado debe adoptar medidas que garanticen la salud de las personas que por distintas circunstancias ingresen a un centro de reclusión, entre ellas, contar con personal médico y de enfermería suficiente, así como del material y medicamento necesario.

Por lo expuesto, y con fundamento en los artículos 1° y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución de Jalisco; 7°, fracciones I y XXV; 28, fracción III, 66, 73, 75, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la CEDHJ, así como 109, 119, 120, 121 y 122 de su Reglamento Interior, esta Comisión llega a las siguientes:

IV. CONCLUSIONES

Quedó plenamente acreditado que los médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Rufo Aranda Flores, Alfonso Camacho Sánchez, Carlos Eduardo Arellano Sandoval y Carlos Manuel Salcedo Abundis, adscritos a la Comisaría de Prisión Preventiva del Estado, incurrieron en omisiones que se tradujeron en violación del derecho a la protección de la salud de(quejoso2), por lo que esta Comisión dicta las siguientes

Recomendaciones:

A la licenciada Marisela Gómez Cobos, fiscal de Reinserción Social del Estado:

Primera. Ordene que se realice la reparación integral del daño a los deudos de(quejoso2), de conformidad con la Ley General de Víctimas y con la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, y con base en los argumentos vertidos en la presente resolución. Lo anterior, de forma directa y como un gesto de verdadera preocupación hacia las víctimas de violaciones de derechos humanos cometidas por personal de la Comisaría de Prisión Preventiva.

Segunda. Como medida de satisfacción, instruya a quien tenga las atribuciones legales para que inicie, tramite y concluya un procedimiento sancionatorio en contra de los médicos Guillermo Trigueros Canchola, Javier Rufo Aranda

Flores, Alfonso Camacho Sánchez, Carlos Eduardo Arellano Sandoval y Carlos Manuel Salcedo Abundis, con base en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco o en la Ley del Sistema de Seguridad Pública para el Estado de Jalisco, en el que se tomen en cuenta las evidencias, consideraciones y fundamentos expuestos en la presente Recomendación, y se haga hincapié en que durante la sustanciación del procedimiento se garantice su derecho de audiencia y defensa.

Tercera. Como garantía de no repetición, instruya lo conducente para que a la brevedad se haga un análisis integral sobre las necesidades de personal médico y de enfermería en todos los reclusorios dependientes de la Fiscalía a su cargo, tendente a disponer de una plantilla adecuada de médicos provistos del material, instrumental y productos farmacéuticos necesarios para garantizar el derecho a la protección de la salud a las personas que se encuentran privadas de su libertad en el interior de dichos centros de reclusión.

Cuarta. Una vez que se cuente con el resultado del citado análisis, gestione lo pertinente para que se amplíe la plantilla de personal médico y de enfermería, a fin de cubrir las necesidades en todos los reclusorios dependientes de la Fiscalía de Reinserción Social.

Quinta. Disponga lo conducente para que se fortalezca la actualización profesional del personal médico que labora en los centros de reclusión dependientes de la Fiscalía a su cargo.

Estas recomendaciones tienen el carácter de públicas, por lo que esta Comisión podrá darlas a conocer de inmediato a los medios de comunicación, con base en los artículos 79 de la ley que rige su actuación y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72 y 77 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que tiene un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se le notifique, para que informe a este organismo si la acepta o no; en caso afirmativo, dispondrá de los quince días siguientes para acreditar su cumplimiento.

Atentamente

Doctor Felipe de Jesús Álvarez Cibrián

Presidente

Esta es la última hoja de la Recomendación 28/2016, que consta de 66 páginas.