

RECOMENDACIONES

León, Guanajuato, a los 21 veintiún días del mes de diciembre de 2015 dos mil quince.

VISTO para resolver el expediente número 09/15-A, relativo a la queja iniciada por este Organismo de manera Oficiosa, con motivo de la nota periodística publicada en el Diario "Correo", titulada "Negligencia de SSG causa daño a bebé", por hechos presuntamente violatorios de derechos humanos por parte de Personal Médico adscrito al Hospital General de Guanajuato, Guanajuato.

SUMARIO: XXXX se inconformó de una atención médica deficiente a su hijo, ello por parte de personal del Hospital General de Guanajuato, Guanajuato.

CASO CONCRETO

Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

La señora XXXX se inconformó en contra de personal adscrito al Hospital General de Guanajuato, Guanajuato, pues consideró que debido a una inadecuada actuación de dichos funcionarios y funcionaria, su hijo N1 resultó con afectaciones graves en su salud, al respecto la particular indicó:

*"...en fecha 17 de Octubre de 2014 acudí al hospital General de Guanajuato en compañía de mi esposo y de mi menor hijo de 4 meses de edad, a revisarlo porque tenía una hernia inguinal, misma que le fue diagnosticada desde el centro de salud de la comunidad el Paxtle, motivo por el cual se me dio cita en la fecha señalada para que lo revisara el médico cirujano que fue el doctor **Raúl Rojas Hernández**, una vez que el médico aludido lo valoró determinó que efectivamente se trataba de una hernia y que era necesario operarlo, por tal razón el día 20 de Octubre del presente año aproximadamente entre 7:30 y 8:00 horas fue intervenido para corregirle la hernia, sin embargo después de aproximadamente a las 9:00 horas el mismo doctor **Rojas** acudió a la sala en donde me encontraba yo sola y me informó que mi hijo había salido bien de la hernia, pero que en la intervención hubo un pequeño problema, pero que la anesthesióloga de quien no recuerdo su apellido, me explicaría cuál había sido el problema. Aproximadamente unos 5 o 10 minutos se presentó ahí mismo la anesthesióloga de la que no recuerdo su nombre y me dijo que mi hijo había caído en un paro respiratorio durante la intervención quirúrgica y por ello su cerebro había dejado de recibir oxígeno y por tal razón quedaría con secuelas, pero era muy pronto para saber con qué daños quedaría.*

(...)

siendo precisamente el motivo de mi inconformidad la negligencia médica en la que incurrió el personal del Hospital General de Guanajuato que intervino quirúrgicamente a mi menor hijo, queriendo precisar que antes de la operación no se mandó a realizar ningún examen de sangre a mi menor hijo para valorar si era candidato a la operación, lo que también es parte de la negligencia médica de la que me duelo..."

Por su parte la autoridad señalada como responsable, en el informe rendido a través del médico **Francisco Javier Magos Vázquez**, encargado del despacho de la dirección del Hospital General Guanajuato, Guanajuato, indicó que efectivamente el niño **N1** fue atendido quirúrgicamente en el citado nosocomio en la fecha referida.

Asimismo la autoridad confirmó que durante dicha operación el niño **N1** sufrió un paro cardiorrespiratorio, cuestiones que narró técnicamente, sin hacer referencia a si dicho procedimiento fue el idóneo para la atención del niño atendido, pues se limitó a referir:

*"...El día 20 de octubre del 2014 a las 07:20 hrs. se ingresa al paciente **N1** de 2 meses de edad al área de quirófano con un diagnóstico de hernia inguinal izquierda para que se le realice plastia inguinal izquierda, según consta en registro de enfermería*

(...)

De acuerdo al formato de registro de anestesia y recuperación el paciente ingresó a sala de cirugía a las 7:45 hrs., dando inicio el procedimiento anestésico a las 8:15 hrs., e inicio de cirugía a las 8:30hrs., con registro de paro cardiaco, reportando 3 ciclos de reanimación cardiopulmonar avanzada con respuesta positiva a las maniobras aplicadas, así mismo la nota postquirúrgica reporta hallazgos: saco herniario sin contenido intestinal, se realiza plastia inguinal izquierda con reporte de complicaciones: "...durante la inducción anestésica el paciente presentó broncoespasmo revertido con intubación endotraqueal. Posteriormente durante el evento quirúrgico presentó asistolia, la cual fue revertida con tres ciclos de reanimación avanzada, saturando 100% y frecuencia cardiaca de 140 por minuto.

(...)

En la nota de anestesiología (anexo 6), se describe el procedimiento anestésico con el reporte de "... Al poner en decúbito dorsal inicia con datos de broncoespasmo, el cual sede con presión positiva sin cambios en oximetría. Posterior a 5 minutos lo presenta nuevamente, el cual esta vez no cede con presión positiva, se médica y se coloca tubo endotraqueal 3.5, comprobando posición con capnografía y auscultación, se inicia procedimiento quirúrgico y persisten datos de broncoespasmo, posteriormente bradicardia sinusal administrando atropina, paro cardiorrespiratorio, iniciando maniobras, masaje cardiaco en tres ciclos más una dosis de adrenalina, con respuesta a ritmo sinusal con frecuencia cardiaca de 152

por minuto y saturación al 100%, se realiza neuroprotección con midazolam y DFH, hemodinámica ver registro transanestésico, sin sangrado, hallazgos ver hoja quirúrgica, termina procedimiento anestésicoquirúrgico y pasa intubado a la Unidad de Cuidados Intensivos...” nota medica firmada por la Dra. Ortiz, Anestesióloga...”.

De conformidad con lo expuesto por la autoridad señalada como responsable se confirma que efectivamente el niño **N1** sufrió un paro cardiaco mientras se encontraba en quirófano, sin hacer referencia al procedimiento de anestesia aplicado, sino únicamente la atención dada con posterioridad al paro cardiaco.

En este orden de ideas la anestesióloga **Itzel Ortiz Báez**, quien atendió al niño **N1**, explicó a este Organismo de manera puntual cuál fue el procedimiento aplicado, narración en la que además de apuntes técnicos médicos, finalizó con el apunte consistente en que consideraba que existió un efecto desfavorable en el paciente debido al anestésico utilizado, pues dijo:

“...el día 20 de Octubre del año me tocó atender la cirugía del menor hijo de la quejosa, a quien se le iba a practicar una cirugía para corregir una hernia inguinal, así las cosas digo que al menor no lo valoré en consulta pre anestésica porque en el hospital general de Guanajuato se tiene el criterio de no valorar en consulta pre anestésica a los menores de edad que no cuenten con una patología o enfermedad que lo amerite, es decir sí se valoran pre anestésicamente pero solo antes de la cirugía cuando está el menor está en el transfer (...) revisé el expediente clínico en donde constaban los análisis sanguíneos de laboratorio preoperatorios que se le practicaron al menor, los cuales estaban dentro del término, ya que estos no deben tener una antigüedad mayor a 3 meses, así mismo si había una alteración en la hemoglobina y el hematocrito, sin embargo esta alteración no representaba un riesgo para no proceder con la anestesia (...)

Una vez que hice lo anterior ingresamos al quirófano al menor y lo primero que hice fue administrarle gas anestésico inhalado para inducir la pérdida de la consciencia lo que le administré fue sevoflorane, 5 volumen por ciento, después de que perdió la consciencia se realizó la canalización intravenosa y por esa vía le administré un opioide de nombre fentanilo para analgesia el cual apliqué 5 microgramos, ya que el gas solamente duerme pero no quita el dolor, y como decidí que la técnica de anestesia sería la de bloqueo caudal, era necesario aplicarle el opioide para analgesia y que no sintiera dolor al momento de realizar el bloqueo caudal, posteriormente realicé el bloqueo caudal para lo cual es necesario administrar con una inyección en un espacio que se ubica aproximadamente un centímetro arriba de la depresión que se encuentra donde terminan los glúteos, en ese bloqueo administré un anestésico que se llama ropivacaina en una cantidad de 10 miligramos en un volumen de 5 mililitros, después de esto casi inmediatamente cuando pongo al niño boca arriba inició con datos de broncoespasmo que significa que sus vías aéreas se cierran, y esto lo sé porque en el monitor me indicó un disminución de la concentración de oxígeno y en el capnógrafo me indicó cambios en la línea que significaba que estaba reteniendo CO2 y disminuyendo la concentración de oxígeno, por dicha razón le realicé la maniobra de presión positiva que consiste en darle presión positiva con la bolsa del circuito de ventilación y la mascarilla, y con eso inmediatamente lo estabilicé (...)

*Después de iniciada no recuerdo cuánto tiempo el niño volvió a presentar datos de broncoespasmo pero en esta ocasión decidí intubar al menor porque aunque la maniobra anterior aunque funcionó, se había repetido el broncoespasmo por lo que consideré que para evitar que posteriormente se complicara era más seguro intubar al menor, por lo que le avisé al doctor **Rojas** y dejé de operar para que pudiera realizar la maniobra, una vez que intubé se estabilizó el menor y continuó la cirugía.*

(...)
*Posteriormente sin recordar el tiempo exacto otra vez el menor tuvo otro episodio de broncoespasmo pero además con datos de bradicardia que significa disminución de frecuencia cardiaca lo que a mí me indicaba que estaba cayendo en paro cardio respiratorio, motivo por el cual inmediatamente informé al doctor **Rojas** y pedí ayuda al doctor **Misael González** quien es el otro anestesiólogo adscrito al turno matutino, y entre los dos y con la ayuda de las enfermeras iniciamos las maniobras de reanimación que consistieron en masaje cardiaco, soporte de la vía aérea y además la administración de medicamentos que fueron atropina para aumentar la frecuencia cardiaca de la que no recuerdo la dosis y adrenalina para ayudar a la contracción cardiaca, de la que se aplicó 4 dosis de 5 microgramos que en total suman 20 microgramos, y con esos se logró recuperar frecuencia y saturación del menor, pero no recuerdo que hizo cada quién, solo recuerdo que yo me enfoqué a las vías aéreas, recuerdo que el doctor dejó de maniobrar ya estaba terminando pero tuvo que esperar porque todo el equipo se enfocó a las maniobras de reanimación, y una vez que se estabilizó nuevamente el menor lo acabó de suturar.*

(...)
desconozco por qué haya sucedido el paro al menor, sin embargo en mi opinión se debió a un efecto adverso del anestésico local que se usó en el bloqueo caudal ya que en la literatura médica se menciona que es uno de las incidencias que puede tener ese anestésico en el grupo de menores de edad, sin embargo no hay algún estudio para poder saber con anticipación si el paciente es propenso a sufrir de estas efectos del anestésico...”.

De la lectura de la comparecencia de la médica **Itzel Ortiz Báez** se desprenden dos circunstancias esenciales; la primera de ellas consistente en que no efectuó alguna consulta preoperatoria y la segunda el haber aplicado una serie de medicamentos al niño **N1**, de los cuales consideró que existía la posibilidad de que el anestésico hubiese tenido un efecto desfavorable en el paciente.

Luego, de las circunstancias analizadas se desprende que nos encontramos ante la presencia de un caso de complejidad técnica, pues el hecho del cual se duele la señora **XXXX** implica procesos y términos de la rama de la ciencia médica que no son accesibles fácilmente a personas que no cuentan con estudios profesionales en esa materia, por lo cual en un primer momento, a los Organismos como esta Procuraduría toca hacer un estudio a efecto de determinar si existieron proceder ilógicos o arbitrarios, tal y como se apuntó en la tesis de rubro **CONTROL JUDICIAL DE LOS ACTOS**

ADMINISTRATIVOS DE ELEVADA COMPLEJIDAD TÉCNICA. SUS CARACTERÍSTICAS que a la letra reza:

Ante la dificultad de probar o de conocer y evaluar adecuadamente los referentes o soluciones técnicas que gobiernan a los actos de elevada complejidad técnica, considerando que se trata de una realidad fáctica de difícil acceso para no expertos, resulta aconsejable que el control judicial se limite a corregir procederes ilógicos, abusivos o arbitrarios (escrutinio débil), al verificar que se hayan acatado los principios que deben regir la actividad administrativa, que se cumplan las reglas de la sana crítica y se apliquen máximas de experiencia que hagan razonable lo decidido, es decir, debe comprobarse únicamente si se respetaron las normas de procedimiento y motivación, la exactitud material de los hechos, la falta de error manifiesto de apreciación y que no exista desvío de poder.

En este orden de ideas encontramos que del propio dicho de la profesionista **Itzel Ortiz Báez** se desprende que la funcionaria no practicó una consulta preoperatoria al niño **N1**, ni elaboró una nota pre anestésica, lo que implica de suyo una práctica administrativa irregular, esto al no atender la obligación normativa impuesta por la **NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología**, que al respecto indica:

“4. Definiciones

Para los efectos de esta norma se entenderá por: (...) 4.5 Consulta pre-operatoria de anestesiología, al protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente, para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y de ser posible, respetar la preferencia del paciente...”.

“5.4 En los casos de cirugía programada, la valoración o consulta preanestésica, se deberá realizar con suficiente anticipación a la fecha del procedimiento quirúrgico; en todos los casos, se requerirá que el médico responsable de aplicar la anestesia, lleve a cabo una nueva valoración pre-anestésica antes de iniciar el procedimiento...”.

“8. De los prestadores de servicios de anestesiología

8.1 Determinar el estado físico del paciente y evaluar el riesgo, para establecer el plan de cuidados anestésicos particularizado, pudiendo para ello interconsultar a otros especialistas

(...)

8.3 Antes de iniciar la aplicación del procedimiento anestésico, el médico anestesiólogo deberá identificar y evaluar al paciente, desde el punto de vista médico de su especialidad, así como, confirmar el procedimiento médico o quirúrgico a realizar...”.

“9.2.2 Realizar las pruebas y consultas necesarias, de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, con la intención de disminuir los riesgos inherentes al procedimiento anestésico”.

“9.4 La nota pre-anestésica deberá tener como mínimo:

9.4.1 Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación con la anestesia;

9.4.2 Plan anestésico, de acuerdo con las condiciones del paciente y la intervención quirúrgica planeada;

9.4.3 Valoración del riesgo anestésico y en su caso, el pronóstico de la aplicación del procedimiento;

9.4.4 Indicaciones y recomendaciones del servicio de anestesiología”.

La omisión de la anestesióloga **Itzel Ortiz Báez**, al caso resulta ya suficiente para emitir juicio de reproche, pues bajo el principio de causalidad se entiende que de haber realizado una consulta en la que se hubiese evaluado al paciente, así como valorado los riesgos anestésicos y el pronóstico de la aplicación del procedimiento, entonces hubiese existido la posibilidad de no afectar desfavorablemente a la salud del niño **N1**.

El citado principio de causalidad se sigue en el entendido de que el acto médico se conforma de varias etapas, y que el éxito de cada una, depende de la satisfacción de la anterior, tal y como se explica en la tesis judicial de rubro **ACTO MÉDICO. DISTINTAS ETAPAS O FASES QUE LO CONFORMAN PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA**, que a la letra indica:

El acto médico se divide en distintas etapas o fases. La fase diagnóstica, la fase terapéutica y la fase recuperatoria. Sin embargo, cada una de estas fases constituye la totalidad del acto médico. Por tanto, para determinar la existencia de mala práctica médica, el acto médico no debe ser analizado de manera separada, sino que debe hacerse de manera conjunta, pues cada una de las fases que lo componen se encuentran estrechamente vinculadas. Así las cosas, segmentar el acto médico sin tomar en consideración todas las etapas que forman el acto médico, como un conjunto inseparable para la determinación en un caso concreto sobre la existencia de mala práctica médica, sería incongruente e ilógico, pues las fases siguen una secuencia en el tiempo.

En párrafos anteriores se hizo referencia a que en el caso de que la médica **Itzel Ortiz Báez** hubiese efectuado la consulta preoperatoria, existía la posibilidad de que el resultado consistente en la afectación al niño **N1** no se hubiese presentado.

Si bien se hace referencia a una posibilidad, eso no es óbice para emitir el respectivo juicio de reproche, pues se entiende que si bien la práctica médica cuenta con elementos aleatorios, las y los profesiones médicas deben realizar todas las acciones exigibles a efecto de disminuir al menor grado la posibilidad, siempre presente de un imprevisto que afecte la salud de sus pacientes; en este orden de ideas encontramos la tesis de rubro **ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA**, que reza:

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. El médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. Consecuentemente, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones, en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional o especialista normal. En consecuencia, el médico debe adoptar, de forma continuada, decisiones trascendentes para la vida humana. En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible. Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto médico, para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible.

Entonces, la citada falta de consulta preoperatoria sin duda influyó en que la médica **Itzel Ortiz Báez**, no contara con elementos objetivos para tomar la mejor decisión en su atención al niño **N1**, por lo que resulta aplicable la doctrina de la pérdida de oportunidad, criterio jurisprudencial aplicado por diversos tribunales a nivel mundial.

Esta doctrina de la pérdida de la oportunidad, sostenida por tribunales españoles, argentinos, italianos y estadounidenses, implica una reducción de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo de causalidad, pues el presupuesto básico de esta doctrina es inferir la culpa del profesional cuya actuación no puede asegurarse que haya sido causante del daño objeto de reclamación o al menos la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

Dentro del ámbito jurídico mexicano la tesis de rubro **LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA**, la cual indica que precisamente la medicina no es una ciencia exacta que representa una práctica de riesgo, cuyo resultados no van ligados únicamente a las actuaciones del personal médico sino de condiciones contingentes, sin embargo de tal tesis se infiere que a pesar de la complejidad y variabilidad de los resultados que pueden resultar de la práctica médica, los profesionales de ésta tienen la obligación de actuar de la manera más diligente a efecto de garantizar en las y los pacientes la mayor probabilidad, no seguridad, de éxito, pues la tesis reza:

La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, dada la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, finalmente, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto. Por tanto, puede decirse que la lex artis ad hoc es un concepto jurídico indeterminado que debe establecerse en cada caso, en el que el médico, a través de un proceso de deliberación, aplica las medidas con prudencia a la situación clínica concreta y en la medida de las condiciones reinantes. En la órbita del derecho comparado, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo español ha delineado paulatinamente el referido término hasta definirlo como "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)."

Este deber de máxima diligencia en los médicos para garantizar la mayor posibilidad razonable de una atención exitosa, encuentra desarrollo en la tesis de rubro **PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA** que expone:

El ejercicio de la medicina está fundamentado en que el profesional que la practica: a) posee conocimientos científicos; b) permanentemente se actualiza; c) ha desarrollado habilidades y destrezas que le permiten una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente; y, d) formule un diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes. Así, el objetivo de la evaluación respectiva es identificar si el acto médico se realizó o no de acuerdo con los procedimientos y la literatura médica universalmente aceptada, así como en la adopción de una tecnología sanitaria o procedimiento médico pertinente; todo este proceso debe ser realizado con la debida diligencia, pericia y prudencia. En este contexto, la indicación médica y la lex artis son dos conceptos que se hallan estrictamente vinculados, pero esencialmente distintos. La indicación médica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica, mientras que en la lex artis se trata, una vez emitido ese juicio, de aplicar adecuada y correctamente el tratamiento indicado. Consecuentemente, la indicación responde al "sí del tratamiento", a si debe aplicarse ésta u otra medida, mientras que la lex artis se refiere al "cómo del tratamiento", al procedimiento o método que se ha de seguir; distinción que es relevante, pues la práctica médica se ajustará a la técnica correcta y será conforme, por tanto, a la lex artis, cuando no sea contraria

a la técnica establecida por la indicación ni al cuidado debido, tomando en cuenta que el ejercicio profesional no termina en la sola competencia del médico para la toma de decisiones frente a una situación clínica determinada, ya que existen además actitudes de alto valor moral que deben acompañar a todo acto médico, pues el actuar profesional debe ser enriquecido con virtudes tales como el respeto a la autonomía del paciente, el cuidado, el conocer responsablemente los límites de su capacidad y, sobre todo, la prudencia.

Finalmente dentro del desarrollo jurisprudencial de este deber profesional del personal médico, encontramos la tesis **RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. SIGNIFICADO DEL CONCEPTO LEX ARTIS PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN**, que reza:

De los artículos 9o. del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 2o., fracciones XIV y XV, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se advierte que la lex artis médica o "estado del arte médico", es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. Esto es, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo. Lo contrario supondría que cualquier persona, por el simple hecho de someterse a un tratamiento, cualquiera que éste sea, tendría asegurado, por lo menos, una indemnización por responsabilidad profesional en el supuesto de que el resultado obtenido no fuera el pretendido, por lo que es necesario romper, en ocasiones, la presumida relación de causalidad entre la no consecución del resultado pretendido, es decir, el restablecimiento de la salud del paciente y la actuación negligente o irresponsable del médico, puesto que, además, no son pocos los casos en que las consecuencias dañosas producidas tienen su origen, no en la asistencia prestada por éste, contraria a la lex artis, sino en las patologías previas y a menudo gravísimas que presentan los pacientes.

La aplicación de esta doctrina a actos de médicos, es explicada por el tratadista Álvaro Luna Yerga, quien indica: "Es precisamente en responsabilidad médicosanitaria donde muestra mayor dificultad la prueba del nexo causal, motivada por la multiplicidad de causas y causantes a que puede obedecer el daño sufrido por el paciente que, además, se acrecienta cuando nos hallamos ante lo que podemos denominar daños pasivos, esto es, aquellos daños que suceden no por la acción directa del facultativo (daños iatrogénicos) sino debido a errores de diagnóstico o a omisiones en el tratamiento que privan al paciente de los cuidados médicos adecuados".

Ejemplos de la aplicación de esta doctrina los encontramos en una serie de sentencias de derecho comparado, a saber:

- Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de España, de fecha 20 de abril de 2006 en relación a un error de diagnóstico de un infarto agudo de miocardio que desemboca en una encefalopatía postanóxica, en el que se sentenció al personal médico a pagar una indemnización, pues se razonó: *"la asistencia prestada no fue conforme a la atención que se exige por los protocolos para supuestos semejantes al que nos ocupa, a pesar de no resultar acreditado que de haberse prestado una asistencia correcta se hubiera conseguido un resultado distinto y más favorable, pues no consta que la encefalopatía anóxica que ha llevado al paciente al estado vegetativo en el que se encuentra se hubiera producido de todos modos en el caso de que la asistencia hubiera sido distinta, ni que el resultado se hubiera podido evitar en el caso de que el paciente hubiera estado ingresado el día 27.*
- Juzgado local de Mérida, España, concretamente el 13 de diciembre de 2012, resolvió: *"una pérdida de oportunidad para el paciente como consecuencia de la demora en el diagnóstico del cáncer de pulmón que ya era objetivable desde que en febrero de 2009 se le realizó radiografía para el preoperatorio del cáncer de vejiga que también padecía".*
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 15 de noviembre de 2012 admitió que *"existió una pérdida de oportunidad de haber diagnosticado y tratado la patología urológica y con ello evitar la pérdida del riñón".*

En conclusión por lo que hace a este punto, la omisión de la médica **Itzel Ortiz Báez** en realizar una consulta preoperatoria al niño **N1** además de ser una conducta administrativa irregular, se traduce en la afectación a la posibilidad de que el niño **N1** no resultara afectado o con una afectación menor por el medicamento anestésico que le fuera aplicado por la servidora

pública en comento, por lo cual se confirma el reproche en contra de la misma.

Por la gravedad de los hechos dolidos, ameritan ampliar el estudio de los mismos, y no sólo el escrutinio débil efectuado al acto administrativo, por lo que es necesario estudiar de conformidad con experticias de profesionales de medicina si la atención recibida por el niño **N1** fue la adecuada.

Bajo este orden de ideas, este Organismo ha sostenido en seguimiento a jurisprudencia nacional e internacional, que en caso de alegadas violaciones a derechos humanos, la carga de la prueba en el caso de actividad irregular del Estado, corresponde a este probar que su actuación fue regular, ello de conformidad con el principio facilidad probatoria y la obligación legal expresa en el artículo 41 cuarenta y uno de la Ley para la protección de los derechos humanos en el estado de Guanajuato, tiene el deber de *hacer constar todos los antecedentes del asunto, los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones que se le imputan, la existencia de los mismos en su caso, así como los elementos de información que considere necesarios*, cuestión que no se actualizó en el caso en concreto.

En cuanto al citado principio de facilidad probatoria, encontramos que este ya se encuentra desarrollado en los precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ello en la tesis de rubro **PROCEDIMIENTO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL EN LA VÍA ADMINISTRATIVA. CORRESPONDE A LA AUTORIDAD ACREDITAR LA REGULARIDAD DE SU ACTUACIÓN.**

Si bien es cierto que la intención del Poder Revisor de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, fue que el sistema de la responsabilidad patrimonial del Estado se limite a la generación del daño por la "actividad administrativa irregular", también lo es que el particular no está obligado a demostrar dicha circunstancia, como sí debe suceder tratándose del daño y la relación causa-efecto entre la lesión patrimonial y la acción administrativa que la produjo. Ello es así, pues corresponde al propio ente estatal acreditar de manera fehaciente la regularidad de su actuación, es decir, que atendió a las condiciones normativas o a los parámetros creados por la propia administración; dicha conclusión se alcanza ya que el artículo 22 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado establece la carga probatoria de éste para demostrar que el daño irrogado al particular no fue consecuencia de la actividad irregular de la administración pública. Asimismo, acorde a los principios de disponibilidad y facilidad probatoria, la carga de la prueba de este extremo debe recaer en las propias dependencias u órganos estatales a quienes se vincula con la lesión reclamada, en atención a la dificultad que representa para el afectado probar el actuar irregular del Estado, sobre todo respecto de los diversos aspectos técnicos que lleva a cabo la administración pública en el ejercicio de sus funciones y que requieren de análisis especializados en la materia, los que, en un importante número de casos, rebasan los conocimientos y alcances de la población en general. Finalmente, debe señalarse que la argumentación del ente estatal en el sentido de que su actuar no fue desapegado del marco jurídico que lo rige, constituye una negación que conlleva un hecho afirmativo y, en esa lógica, le corresponde probar tal hecho con base en el principio general jurídico de que quien afirma está obligado a probar y el que niega sólo lo estará cuando su negativa implique una afirmación. Desde luego, lo anterior no significa que el particular no deba aportar las pruebas para acreditar la actividad administrativa irregular del Estado, siempre y cuando tal ofrecimiento probatorio se encuentre dentro de sus posibilidades legales y materiales.

A mayor abundamiento encontramos la tesis de rubro **CARGA DE LA PRUEBA. SU DISTRIBUCIÓN A PARTIR DE LOS PRINCIPIOS LÓGICO Y ONTOLÓGICO**, emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la que de manera más amplia desarrolla el principio de facilidad probatoria, pues explica:

El sistema probatorio dispuesto en el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal acoge los principios lógico y ontológico que la teoría establece en torno a la dinámica de la carga de la prueba, cuyos entendimiento y aplicación facilitan la tarea del juzgador, pues permite conocer de qué forma se desplazan dichas cargas, en función de las posiciones que van tomando las partes de acuerdo a las aseveraciones que formulan durante el juicio.

Ahora bien, el principio ontológico parte de la siguiente premisa: lo ordinario se presume, lo extraordinario se prueba, y se funda, en que el enunciado que trata sobre lo ordinario se presenta, desde luego, por sí mismo, con un elemento de prueba que se apoya en la experiencia común; en tanto que el aserto que versa sobre lo extraordinario se manifiesta, por el contrario, destituido de todo principio de prueba; así, tener ese sustento o carecer de él, es lo que provoca que la carga de la prueba se desplace hacia la parte que formula enunciados sobre hechos extraordinarios, cuando la oposición expresada por su contraria la constituye una aseveración sobre un acontecimiento ordinario.

Por su parte, en subordinación al principio ontológico, se encuentra el lógico, aplicable en los casos en que debe dilucidarse a quién corresponde la carga probatoria cuando existen dos asertos: uno positivo y otro negativo; y en atención a este principio, por la facilidad que existe en demostrar el aserto positivo, éste queda a cargo de quien lo formula y libera de ese peso al que expone una negación, por la dificultad para demostrarla.

Así, el principio lógico tiene su fundamento en que en los enunciados positivos hay más facilidad en su demostración, pues es admisible acreditarlos con pruebas directas e indirectas; en tanto que un aserto negativo sólo puede justificarse con pruebas indirectas; asimismo, el principio en cuestión toma en cuenta las verdaderas negaciones (las sustanciales) y no aquellas que sólo tienen de negativo la forma en que se expone el aserto (negaciones formales).

De ahí que, para establecer la distribución de la carga probatoria, debe considerarse también si el contenido de la negación es concreto (por ejemplo, "no soy la persona que intervino en el acto jurídico") o indefinido (verbigracia, "nunca he estado en cierto lugar") pues en el primer caso, la dificultad de la prueba deriva de una negación de imposible

demostración, que traslada la carga de la prueba a la parte que afirma la identidad; mientras que la segunda es una negación sustancial, cuya dificultad probatoria proviene, no de la forma negativa, sino de la indefinición de su contenido, en cuyo caso corresponde a quien sostiene lo contrario (que el sujeto sí estuvo en cierto lugar en determinada fecha) demostrar su aserto, ante la indefinición de la negación formulada. Finalmente, en el caso de las afirmaciones indeterminadas, si bien se presenta un inconveniente similar, existe una distinción, pues en éstas se advierte un elemento positivo, susceptible de probarse, que permite presumir otro de igual naturaleza.

En el ámbito médico encontramos que también el Poder Judicial de la Federación ha desarrollado que es precisamente el personal o la institución médica quienes deben acreditar que sí otorgaron una atención adecuada, tal y como se asentó en la tesis de rubro **RESPONSABILIDAD CIVIL SUBJETIVA MÉDICO-SANITARIA. SE ACTUALIZA POR DAÑOS ORIGINADOS A UN PACIENTE POR EL SUMINISTRO NEGLIGENTE DE MEDICAMENTOS**, en la que se lee:

*La responsabilidad civil subjetiva implica culpa o negligencia en la realización del daño, es decir, que el autor del hecho dañoso lo cometió con culpa (intencionalmente o por imprudencia). Así, para responsabilizar al personal médico-sanitario por los daños ocasionados a un paciente por el suministro negligente de medicamentos, se debe probar el elemento subjetivo de la conducta, esto es, que la administración de éstos se realizó con infracción a las técnicas médicas o científicas previstas en la *lex artis ad hoc*. Sin embargo, conforme a los principios de proximidad y facilidad probatoria, debe exigirse a los profesionales médicos y/o a las instituciones sanitarias la carga de probar que su conducta fue diligente, debido a la dificultad que representa para la víctima justificar la culpa del médico u hospital y porque existe la presunción de que los daños ocasionados por el suministro de medicamentos fueron originados por un actuar negligente.*

De los informes rendidos por la autoridad señalada como responsable no se advierte argumento alguno en el que se indique por qué la actuación de la cual se duele la señora **XXXX**, sí hubiese sido el indicado, sino que la señalada como responsable se limita a explicar de manera enunciativa los procesos y medicamentos aplicados, pero sin referir razones tanto empíricas como científicas que explicaran la justificación de las medidas tomadas en la atención del niño N1, lo de que suyo implica una insuficiencia probatoria por parte de la autoridad.

No obstante lo anterior y a efecto de mejor proveer, esta Procuraduría se allegó de la opinión médica institucional 02/15 respecto de la atención otorgada al niño **N1** en el Hospital General de Guanajuato, Guanajuato, en la cual la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico asentó una serie de conclusiones trascendentes para el caso que nos ocupa.

En primer término concluyó que el niño **N1** sí fue sujeto de una valoración preanestésica, sin embargo tal cuestión ya fue desmentida por la propia anesthesióloga **Itzel Ortiz Báez** quien ante este Organismo reconoció no haber efectuado consulta previa a la operación del niño de conformidad con la NOM-006-SSA3-2011, cuestión de la cual ya se ha hecho referencia y reproche.

Asimismo en la citada opinión médica se refirió que la técnica que empleó la anesthesióloga sí fue la más adecuada, sin embargo también indicó que aplicó una dosis baja del anestésico conocido como ropivacaína, sin que la opinión médica señale si tal cuestión tuviera algún nexo causal con el paro cardio respiratorio sufrido por el niño **N1**.

La Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico indicó que la sedación profunda puede llevar al paciente en apnea, hipoxia progresar a paro respiratorio, posteriormente cardiorespiratorio, todos los pacientes expuestos a este procedimiento (documento en la literatura médica) en especial los pacientes de este grupo de edad en los cuales su primer respuesta es bradicardia inmediata, ya que su gasto cardiaco total depende de su frecuencia cardiaca y ésta principalmente de una buena oxigenación, por eso es recomendable utilizar en estos pacientes únicamente sedación inhalatoria con halogenado tipo sevoflorance a una dosis según CAM (concentración alveolar mínima) de acuerdo a la edad, en este caso es de 2.5 permite mantener una ventilación espontánea en el momento de colocar el bloqueo caudal y que el paciente no se mueva...

Lo anterior fue expuesto también por la médica **Itzel Ortiz Báez** quien ante este Organismo indicó: *“...desconozco por qué haya sucedido el paro al menor, sin embargo en mi opinión se debió a un efecto adverso del anestésico local que se usó en el bloqueo caudal ya que en la literatura médica se menciona que es uno de las incidencias que puede tener ese anestésico en el grupo de menores de edad, sin embargo no hay algún estudio para poder saber con anticipación si el paciente es propenso a sufrir de estos efectos...”*

De esta forma existen indicios de que la anesthesióloga **Itzel Ortiz Báez** aplicó un anestésico no idóneo para el niño **N1**, pues la opinión médica indicó que lo recomendable era aplicar una *sedación inhalatoria con halogenado tipo sevoflorance*, sin indicar la opinión médica, nuevamente, un nexo causal entre la aplicación del anestésico no recomendado y las complicaciones presentados por **N1**.

La opinión médica en comento también concluyó que en el momento en que el niño **N1** presentó complicaciones en la cirugía, **Raúl Rojas Hernández** debió de haberse suspendido *porque evidentemente en ningún momento se pudo resolver la complicación, ya que esta al no ser identificada y resuelta, se llevó al paciente a la hipoxia evolucionando con paro respiratorio y posteriormente cardiorespiratorio.*

Sobre este punto el citado cirujano pediatra **Raúl Rojas Hernández** indicó que no consideró necesario suspender el procedimiento, pues narró: “...se inició la cirugía y yo me enfoqué a corregir el problema inguinal y quien se encargó de monitorear el estado y los signos vitales del menor fue la anesthesióloga, recuerdo que la operación se llevó con normalidad

y ya cuando estaba terminando la doctora Ortiz me dijo que el menor estaba entrando en paro cardio respiratorio y que ya estaba asistiéndolo, en esos momentos volteé a ver a la doctora y ya estaba dándole asistencia proporcionando maniobras de reanimación, y también me dijo que ya le había administrado medicamento para contrarrestar el paro, yo le dije que ya estaba cerrando también recuerdo que incluso llegó a auxiliar otro anesthesiólogo de nombre Misael González, así las cosas una vez que terminé mi procedimiento me esperé en el quirófano para saber qué sucedía con el menor ya que ellos hicieron todas las maniobras de resucitación, por si se necesitaba algo y no recuerdo cuanto tiempo pasó pero ya la anesthesióloga me informó que había recuperado la frecuencia cardíaca, y me salí del quirófano elaboré mi nota de cirugía llamé a piso de pediatría para informarles que había sucedido un evento adverso con el paciente...”

A pesar de todo lo anterior, dentro de la opinión médica en comento, al cuestionar a la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico sobre *si se advierte irregularidad en la atención médica que se otorgó al paciente N1 desde que se programó su cirugía hasta el evento anestésico*, la citada Comisión se limitó a responder: *En este procedimiento anestésico al paciente masculino en mención se advierte que existió valoración pre anestésica y consentimiento informado de los riesgos que representa per se el procedimiento a realizar, los mismos firmados por familia titular responsables del menor*. Es decir no dio respuesta y no indicó si existió alguna acción indebida o responsabilidad de algún médico.

No obstante lo anterior de las propias manifestaciones referidas en el sentido de que la anesthesióloga **Itzel Ortiz Báez** aplicó un medicamento no recomendado para la edad del niño **N1** y que el cirujano pediatra **Raúl Rojas Hernández** no suspendió la cirugía para atender de manera integral la complicación presentada por el paciente **N1**, son elementos de prueba suficientes para emitir juicio de reproche en contra de ambos funcionarios públicos, lo anterior de acuerdo a la citada doctrina de la pérdida de la oportunidad o pérdida de la chance, de la que se deduce que la mera práctica indebida por parte de los funcionarios públicos afectó directamente a la salud y vida del niño **N1**.

A lo anterior se suma la omisión de elaborar un expediente clínico completo, pues la propia opinión médica indicó que el citado expediente *menciona que presenta bradicardia y paro cardiorespiratorio recibiendo una dosis de atropina de 500 mg y adrenalina 200 mcg y 3 ciclos de reanimación, sin embargo no menciona el tiempo entre cada dosis y cuánto se dio en cada ciclo* asimismo expuso que *si se presenta una complicación cualquiera que sea y no es identificada, puede llevar al paciente a un paro cardiorespiratorio. En este caso no se especifica cuál o cuáles fueron las condicionantes (...) no se detalla clínicamente cuáles fueron los signos ventilatorios y los valores hemodinámicos que presentó el paciente*.

El hecho de no contar con un expediente clínico completo, sumado lo anterior a la existencia de indicios que apuntan a la omisión en suspender la cirugía o brindar los medicamentos adecuados, se tiene como una mala práctica médica, ello de conformidad con la tesis de rubro **MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA** que reza:

La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica, pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina.

Así como con la tesis ya citada de rubro **RESPONSABILIDAD CIVIL SUBJETIVA MÉDICO-SANITARIA. SE ACTUALIZA POR DAÑOS ORIGINADOS A UN PACIENTE POR EL SUMINISTRO NEGLIGENTE DE MEDICAMENTOS**, en la que se lee:

La responsabilidad civil subjetiva implica culpa o negligencia en la realización del daño, es decir, que el autor del hecho dañoso lo cometió con culpa (intencionalmente o por imprudencia). Así, para responsabilizar al personal médico-sanitario por los daños ocasionados a un paciente por el suministro negligente de medicamentos, se debe probar el elemento subjetivo de la conducta, esto es, que la administración de éstos se realizó con infracción a las técnicas médicas o científicas previstas en la lex artis ad hoc. Sin embargo, conforme a los principios de proximidad y facilidad probatoria, debe exigirse a los profesionales médicos y/o a las instituciones sanitarias la carga de probar que su conducta fue diligente, debido a la dificultad que representa para la víctima justificar la culpa del médico u hospital y porque existe la presunción de que los daños ocasionados por el suministro de medicamentos fueron originados por un actuar negligente.

Es decir en presente existen evidencias suficientes para establecer que no se llevó un expediente clínico adecuado por parte de los médicos **Itzel Ortiz Báez** y **Raúl Rojas Hernández**, así como el haber suministrado un medicamento no recomendado al niño **N1** por parte de **Itzel Ortiz Báez** y finalmente que **Raúl Rojas Hernández** no hubiese suspendido la intervención quirúrgica son conforman una cadena de hechos que deben ser analizados como un todo y no de manera aislada y que como ya se ha razonado, evidentemente afectaron directamente y en algún grado a la salud del niño **N1**, por lo que se confirman los respectivos de reproches en la dimensión subjetiva en contra de dichos funcionarios, a lo cual sirve de fundamento lo establecido por la tesis de rubro **RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN**, que indica:

Suele señalarse que la medicina no es una ciencia exacta, pues existen matices en el curso de una enfermedad o padecimiento que pueden inducir a diagnósticos y terapias equivocadas. Así, una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error excusable, pues lo que se le pide al "buen médico" es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente, haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia. Por otro lado, el término malpraxis (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la lex artis médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado; este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada. Por tanto, la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado.

En cuanto a la autoridad médica también es dable emitir señalamiento de reproche pues esta no acreditó que contara especialistas en anestesiología pediátrica en el nosocomio en el que fuera intervenido el niño **N1**, pues de conformidad con la NOM-006-SSA3-2011 apartado 13.3.1 y la propia opinión médica de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje médico, son esos profesionales quienes preferentemente deben atender a neonatos y lactantes son anestesiólogos pediatras, circunstancia que de haberse atendido hubiese provisto una mejor atención al niño **N1**.

El citado reproche objetivo se fundamenta también al probarse que sus funcionarios no se sujetaron a las técnicas médicas exigibles, tal y como lo señala la tesis de rubro **RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS**, que indica:

La responsabilidad objetiva del Estado no se origina por cualquier daño causado, sino que éste debe ser consecuencia de su actuar administrativo irregular, es decir, derivado del incumplimiento de los deberes legales de los servidores públicos, establecidos en leyes o reglamentos. Sin embargo, tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, dicha responsabilidad también se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores -lex artis ad hoc-, o al deber de actuar con la diligencia que exige la lex artis.

MENCIÓN ESPECIAL

REPARACIÓN DEL DAÑO

En otro orden de ideas, cabe dejar en claro que toda violación de Derechos Humanos da lugar a que la o las víctimas obtengan una reparación, lo que implica que el Estado tiene el deber de proporcionarla; en tal orden de ideas, la competencia de este Ombudsman para declarar que se han violado Derechos Humanos y señalar qué servidor público o autoridad los ha vulnerado (como sucede en la especie), va unida a su atribución para solicitar o recomendar la reparación del daño causado por esa violación y, en este contexto, cualquier Estado que suscribe tratados internacionales de Derechos Humanos está adquiriendo una serie de obligaciones y también se compromete con ciertas formas o mecanismos para resolver situaciones desde una perspectiva particular.

Bajo esa tesitura y, acorde al principio de la restitutio in integrum, el Estado que ha cometido el acto o la omisión ilícitos tiene la obligación de restablecer el status quo que antes del hecho tenía la persona.

Tal consideración se apoya en lo dispuesto por el artículo 113 ciento trece, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el numeral 123 ciento veintitrés de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato así como en Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado y los Municipios de Guanajuato, ordenamientos jurídicos que prevén la posibilidad de que al acreditarse una actividad administrativa irregular, como la que quedó plenamente demostrada en la presente resolución atribuible a servidores públicos, la recomendación que se formule a la dependencia pública podrá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución a los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño y perjuicio que se hubieren ocasionado.

Se entiende como actividad administrativa irregular, aquella que cause daño a los bienes y derechos de los particulares que no tengan la obligación jurídica de soportarla, en virtud de que no exista fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate.

De las consideraciones externadas, advertimos que en un Estado de Derecho el ámbito de acción de los Poderes Públicos está determinado por la ley, y los funcionarios públicos responden ante ésta por el uso de las facultades que expresamente se les confiere, de modo tal que el exceso u omisión en el ejercicio de las mismas lesiona el Estado de Derecho y actúa contra la democracia, sistema político que nos hemos dado los gobernados.

Por ello, sostenemos válida y fundadamente que la responsabilidad en materia de Derechos Humanos es objetiva y directa, además va dirigida al Estado como ente jurídico y en tal virtud es integral, y su alcance depende de cada caso concreto, para lo cual deben tomarse como parámetros para la reparación el daño material, moral y al proyecto de vida, el

deber de investigación, de prevención, de sancionar a las o los responsables, y otras medidas adecuadas y suficientes.

En mérito de lo anteriormente expuesto en razones y fundado en derecho, resulta procedente emitir las siguientes:

Acuerdos de Recomendación

PRIMERO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya el inicio de procedimiento administrativo en contra de los Médicos **Itzel Ortiz Báez** y **Raúl Rojas Hernández**, respecto de la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, cometida en agravio del niño **N1** y que fuera reclamada por su madre, la señora **XXXX**.

SEGUNDO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que provea las acciones necesarias a efecto de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la Salud, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, verificando que el **Hospital General de Guanajuato, Guanajuato**, se encuentre dotado permanentemente del personal suficiente y capacitado en el área de anestesiología, para que brinde una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes, en especial de personas en situación de vulnerabilidad como niñas y niños.

TERCERO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que gire instrucciones a quien corresponda y se indemnice pecuniariamente como forma de Reparación del Daño a **XXXX** por la violación a los derechos humanos de su hijo **N1**; lo anterior a causa de los actos atribuidos al personal médico del **Hospital General de Guanajuato, Guanajuato**.

CUARTO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se instruya a quien corresponda, a efecto de que se proporcione o continúe la atención psicológica que requiera **XXXX**, además de los familiares directos que lo necesiten respecto de las afectaciones físicas y emocionales que hayan sufrido a consecuencia de los hechos que nos ocuparon, siempre y cuando ellos así todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento, todo lo cual deberá incluir los exámenes, tratamientos y medicamentos que en cada caso se requieran hasta el momento en que sean dados de alta por personal médico especializado.

La autoridad se servirá informar a este Organismo si acepta las presentes Recomendaciones en el término de 5 cinco días hábiles siguientes a su notificación y en su caso, dentro de los 15 quince días naturales, aportará las pruebas de su debido y total cumplimiento.

Notifíquese a las partes.

Así lo resolvió y firma el licenciado **Gustavo Rodríguez Junquera**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.

L'GRJ*L'JSG*L'FAARP