

León, Guanajuato, a los 30 treinta días del mes de marzo de 2017 dos mil diecisiete.

V I S T O para resolver el expediente número **42/16-D**, relativo a la queja formulada por **XXXXXX**, respecto de actos cometidos en su agravio, mismos que considera violatorios de los Derechos Humanos de su Esposo, quien en vida respondía al nombre de **XXXXXX**, y que atribuye al **PERSONAL ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE SAN JOSÉ ITURBIDE, GUANAJUATO**.

SUMARIO

XXXXXX señaló que su Esposo quien en vida respondiera al nombre de **XXXXXX**, en fecha 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, acudió al Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, ello por presentar un malestar estomacal severo, sin que fuera atendido médicamente, falleciendo en ese lugar en la misma fecha.

CASO CONCRETO

- **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** en la modalidad de **Falta de Diligencia**.

XXXXXX señaló que su esposo **XXXXXX**, acudió el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis al Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, por presentar un malestar estomacal, sin que fuera atendido médicamente, falleciendo en el exterior de la sala de urgencias del citado nosocomio en misma fecha.

En este sentido **XXXXXX**, indicó:

“El día 25 veinticinco de abril de 2016 dos mil dieciséis, mi esposo quien en vida tuvo el nombre de XXXXXX ...el miércoles 27 veintisiete de abril del año 2016 dos mil dieciséis, mi esposo me dijo que le dolía la boca de su estómago y que estaba entripado, es decir que le dolía el abdomen y no había defecado solo había orinado muy poco, ya eran aproximadamente las 21:00 veintiún horas y no mejoraba, él me pidió lo llevara al hospital general de San José Iturbide ...al llegar al hospital hablé con un guardia de seguridad, le dije que llevaba a mi esposo a urgencias porque traía mucho dolor, él lo anotó en un libro grande y me dijo que esperara, nos quedamos en la sala de espera de urgencias, pero pasaba el tiempo y no lo atendían, mi esposo se veía ansioso, fue dos veces al baño, le pregunté si ya había podido hacer del baño, contestó que no, que su abdomen seguía creciendo y me preguntaba a qué hora lo iban a atender porque se sentía muy mal ...le pedí esperara; salió de la sala de espera y después de un rato mi hija XXXX ...me dijo que mi esposo ya estaba tirado afuera de urgencias por donde hay unas sillas y pedía agua, salí y lo vi tirado boca arriba, se sentó y se volvió a recostar en el piso, se retorció de un lado a otro y pedía agua, le di una botella de agua y se la tomó, me regrese a la sala de urgencias, ...ingresé a donde meten a los pacientes, vi a un paramédico sentado a quien le pedí que atendieran a mi esposo, contestó tenía que esperar porque acababan de entrar dos navajeados y que era una urgencia, le dije que lo de mi esposo también era una urgencia y que él había llegado primero que los navajeados, volvió a decir que esperara; ...volví a donde estaba mi esposo tirado en el piso, pero ya estaba muerto, tenía su cabeza torcida y no contestaba, empecé a gritar llorando pidiendo que alguien me ayudara, nadie me hacía caso ...después de mucho rato salió una doctora y le tocaba su pecho a mi esposo, yo le decía que lo metieran que cómo lo revisaba ahí en el suelo, de rato lo ingresaron y después de aproximadamente 1 una hora, la doctora me dijo que no habían podido hacer nada por mi esposo y que había fallecido, a lo que yo le dije que no era justo que me lo hubieran dejado morir afuera de urgencias y que nadie me hubiera hecho caso de atenderlo cuando más lo necesitaba, ella contestó que los médicos estaban dentro que yo me hubiera pasado, le contesté que estuve pidiendo al señor de seguridad y al paramédico avisaran que mi esposo estaba grave y solo me dijeron que tenía que esperar, siendo el motivo de mi queja la omisión del personal del hospital general de San José Iturbide de brindar atención médica a mi esposo...”

El fallecimiento del paciente, esposo de la quejosa, consta en el certificado de defunción 160234622, dentro del expediente clínico del Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato (foja 28) en el que se concluyó como causa de muerte *“cirrosis hepática, alcoholismo crónico...”*.

De acuerdo al informe rendido por el director del Hospital, Walter Antonio Félix Perea, se tiene como hecho probado el que efectivamente el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, **XXXXXX**, acudió al citado nosocomio a las 22:51 veintidós horas con cincuenta y uno minutos, lugar en el que

falleció en la misma fecha sin recibir atención alguna, pues al respecto la autoridad anunció los nombres de los pacientes en Triage que fueron atendidos la noche del día de los hechos al 28 veintiocho de abril, en el que no se advierte que haya recibido atención el paciente XXXXXX, además no informó que el día de los hechos haya sido valorado médicamente, pues se lee:

“...Es importante resaltar que No se negó atención al paciente XXXXXX, así mismo hacer patente que el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato y el Hospital General San José Iturbide, consideramos a todos los pacientes valiosos e importantes para nuestra noble institución, la cual es siempre garante de la salud de todos los guanajuatenses, sin importar su condición económica y social... la noche del miércoles 27 de abril su esposo le dijo que le dolía la boca del estómago y que estaba entripado, es decir le dolía el abdomen y no había defecado, solo había orinado muy poco, y a las 21:00 horas arribó al Hospital General, sin embargo del reporte de Vigilancia se desprende que llegó a las 22:51 horas al área de Urgencias a solicitar atención médica...Es importante resaltar que a la par del paciente XXXXXX ingresaron otros pacientes solicitando los servicios de urgencias de la unidad médica, como se enlistan a continuación: 22:50 horas acude paciente XXXXXX de 47 años de edad con diagnóstico de colecistitis crónica agudizada, síndrome icterico y hepatopatía mixta, a su llegada con dolor abdominal intenso, por lo cual es hospitalizada a observación urgencias y posteriormente valorada por el servicio de cirugía General. 22:51 horas XXXXXX. 23:00 horas se atiende XXXXXX, de 27 años de edad con diagnóstico de Infección Respiratoria Agudizada. 23:03 horas ingresa paciente XXXXXX de 77 años con dolor pélvico y probable fractura de cadera. 23:10 horas ingresa paciente XXXXXX con diagnóstico de herida penetrante por arma blanca en tórax y abdomen, presentando múltiples heridas, por lo cual fue pasado a quirófano para realización de celiotomía y toracotomía, en condición grave que pone en peligro la vida, en nota posquirúrgica con hallazgos de taponamiento cardiaco y lesión de aorta ascendente, lo cual provocó choque hipovolémico G IV no reversible, se aplican maniobras de reanimación por 30 minutos con masaje cardiaco y trasfusión sanguínea; pero no fue posible reanimar al paciente y se dio por terminado acto quirúrgico. También presento varias heridas en región abdominal. Se dio aviso a M.P. 23:10 horas ingresa paciente XXXXXX, de 28 años de edad, traído por policía municipal, presentando dos heridas cortantes en región frontal de 6 y 4 cm, es ingresado a observación urgencias con diagnóstico de Intoxicación Etílica y Traumatismo Craneoencefálico. Estos dos últimos pacientes con herida por armas blancas y catalogados con etiqueta roja (atención inmediata) requirieron del apoyo del personal de área de urgencias en su conjunto. 23:30 horas es atendida XXXXXX de 5 meses de edad con diagnóstico de gastroenteritis probable infecciosa. 23:45 horas es atendida XXXXXX de 8 años de edad con diagnóstico de Infección Respiratoria Agudizada. Además de otros pacientes con padecimientos menores que también solicitaron atención médica... En relación a la guardia de día miércoles 27 de abril se busca en el archivo clínica de esta unidad los expedientes de los pacientes que fueron atendidos la noche del miércoles 27 y mañana del jueves 28 de abril 2016 y, encontrando lo siguiente: La relación de pacientes en Triage es la siguiente...”

FECHA	HORA	NOMBRE
27 DE ABRIL DE 2016	21:00	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	21:13	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	21:25	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	21:40	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	21:52	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	22:21	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	22:30	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	22:45	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	22:55	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	23:03	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	23:10	XXXXXX
27 DE ABRIL DE 2016	23:15	XXXXXX
JUEVES 28 DE ABRIL 2016	01:45	XXXXXX
JUEVES 28 DE ABRIL 2016	01:55	XXXXXX
JUEVES 28 DE ABRIL 2016	03:37	XXXXXX

El jueves 28 de abril del presente año a las 00:13 horas, se informa a los médicos de urgencias Dr. Gaspar González Vázquez y Dra. Elsa Carolina Román Villanueva la situación del paciente XXXXXX, quien ingresó al área de choque de urgencias médicas, en donde a las 0:40 horas el paciente fallece por las complicaciones irreversibles de su padecimiento hepático, derivado del alcoholismo crónico, durante 27 minutos le realizaron las maniobras de reanimación de conformidad con la Guía de práctica clínica Manejo inicial del paro cardiorespiratorio en pacientes mayores de 18 años catalogo maestro IMSS-633-13. El personal de esta Unidad Médica, consideró pertinente solicitar la intervención del Agente del Ministerio Público, quien ordenó al médico legista, certificar la defunción, mediante folio del certificado 160234622 (anexo), como causas de defunción: cirrosis hepática y alcoholismo crónico...”

En lo referente a la presencia del señor XXXXXX, en el Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis y omisión por parte de personal de salud en atenderlo, fue corroborado también por la testigo XXXXXX, quien resumió:

“El día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, por la noche mi papá XXXXXX se sentía mal y no podía hacer del baño, mi hermano XXXX nos llevó en una camioneta a mi mamá a mí y a mi papá al Hospital General de San José Iturbide, llegamos como a las 21:30 veintiuna hora con treinta minutos, mi mamá se acercó con los guardias que estaban en la sala de espera de urgencias y les dio el nombre de mi papá, mientras tanto yo me quedé con él afuera de urgencias, cuando mi mamá se acercó nos dijo que de rato le iban a llamar a mi papá para atenderlo, pero pasaba el tiempo y no le llamaban, mi mamá entró como tres veces a preguntar a qué hora le tocaba atención a mi papá y no le decían, por lo que decidió esperar dentro de la sala de

urgencias y yo me quedé afuera con mi papá, él se metió a la sala de urgencias y no tardo en volver a salir, se tiró al piso y se agarraba su panza y me pedía agua porque tenía mucha sed, además me decía que se quería regresar a la casa, entré a la sala de urgencias y le dije a mi mamá lo que mi papá decía, y que estaba tirado en el piso, las dos salimos a verlo y todavía estaba tirado en el piso pero sí se movía, salimos a buscar a mi hermano para ir a buscar otro hospital, pero a simple vista no lo encontramos, mi mamá se fue para donde se encontraba mi papá, yo me quedé en la calle al pendiente de ver a mi hermano y alcanzaba a escuchar a mi mamá gritando que ayudaran a mi papá porque ya estaba muerto ...alcancé a ver que una doctora lo estaba apachurrando del pecho y después lo metieron en una camilla por el área de urgencias, yo calculo que ya sería cerca de la media noche cuando lo atendieron pero ya estaba muerto, XXXX se salió a la calle, yo me quedé con mi mamá y una doctora le habló para que se metiera, la esperé y de rato salió diciéndonos que le informaron ya no pudieron hacer nada y mi papá había muerto...”

Por otra parte, el guardia de seguridad privada Elías Hernández Nieves, aseguró haber tenido el primer contacto con el quejoso, ya que lo registró en una bitácora, cuestionó su padecimiento, mismo que anotó en un papel, por lo que posteriormente se dirigió al área de clasificación de urgencias (Triage), a fin de entregarle lo anotado al encargado Carlos Francisco Nieto Montoya; asimismo, aseguró que el servidor público de mérito en ningún momento nombró al entonces paciente XXXXXX para ser valorado, incluso aclaró que es común que se valore inmediatamente a los pacientes que van llegando, situación que no ocurrió con el entonces paciente, pues mencionó:

“...el día 27 veintisiete de abril de este año estaba laborando asignado al área de urgencias, mi labor consiste en estar pendiente de la vigilancia del lugar y hacer un registro que se lleva en una bitácora por día, de las personas que van llegando a recibir atención médica al área de urgencias, en ese lugar nos encontrábamos mi compañero Carlos Segura Bárcenas, siendo aproximadamente y de acuerdo al registro con el que contamos a las 22:51 veintidós horas con cincuenta y un minutos se registró al señor XXXXXX, que iba a recibir atención médica, pero quien nos dio los datos fue la señora que lo acompañaba que dijo ser su esposa, y ella nos dio el nombre del señor y le pregunté el motivo por el cual iba a recibir atención médica, ella me señaló que su esposo estaba entripado, yo le pregunté qué significaba eso y ella me señaló que su esposo no orinaba ni obraba, es decir no hacía del baño, pero no le pregunté cuánto tiempo tenía sin hacer del baño, porque eso ya no nos compete, por lo que anoté en un papelito el nombre del señor y le puse el motivo de la atención que señalé anotándole que estaba entripado; me dirigí al área de TRIAGE donde está el paramédico que ese día era Carlos Francisco Nieto Montoya, le entregue el papel en la mano y le comenté que el señor no hacía del baño, para esto en esos momentos me percaté que el señor XXXXXX iba ingresando al sanitario, le entregue el papelito al paramédico y me salí, momentos después vi que el señor XXX salió del sanitario y se quedó unos minutos parado dentro de la sala de espera y se agarraba el estómago, y como no había lugar donde sentarse dentro de la sala porque estaba muy lleno de gente, vi que se salió de la sala de espera y se dirigió a unas bancas que están afuera de la sala de espera en el patio del Hospital, y ya lo perdí de vista, lo que si me percaté fue que su esposa se quedó parada a un lado de la puerta de ingreso donde nosotros estábamos haciendo nuestro registro, y no escuché que el paramédico les hablara para revisarlo... respecto al señor XXXXXX, no supe la razón por la cual el paramédico no lo llamó para valorarlo ya que regularmente ellos los valoran inmediatamente que llegan y como van llegando...”

De igual forma, precisó que quince minutos después de haber pasado la nota al servidor público, la quejosa y el entonces paciente, le externaron que este último se sentía muy mal, por lo que aconsejé que fuera a hablar con el paramédico que se encontraba encargado del área de Triage, pues mencionó:

“...como a los quince minutos de que llegó el señor XXXXXX con su esposa, ella se acercó a nosotros y nos dijo que su esposo se sentía mal, por lo que yo le comenté que pasara a avisarle al paramédico que su esposo estaba mal, y vi que ella se dirigió al cubículo donde estaba el paramédico y vi que ella habló con el paramédico pero no escuché qué dialogaron, la señora se regresó a la puerta y siguió esperando que el paramédico los llamara, y sin poder precisar cuánto tiempo paso desde que la señora habló con el paramédico, escuché que alguien gritaba en el patio del Hospital en el área de las bancas que su esposo estaba muerto, voltee y vi que era la señora que iba con el señor XXXXXX, quien gritaba que su esposo estaba muerto...”

Por su parte, el guardia de seguridad privada Carlos Enrique Segura Bárcenas (foja 44), señaló en igual sentido que el paramédico Carlos Francisco Nieto Montoya, en ningún momento llamó al paciente XXXXXX para valorarlo médicamente, así mismo confirmó que la quejosa se acercó a hablar con el servidor público cuando le externó a él y a su compañero que su esposo se sentía muy mal de salud, pues indicó:

“...siendo las 22:51 veintidós horas con cincuenta y un minutos del día 27 veintisiete de abril, llegó a urgencias una señora y un señor siendo éste último el que iba para ser atendido porque se sentía mal, yo lo registré en la bitácora que llevamos en vigilancia, mi compañero Elías Hernández Nieves, elaboró un recibo que conozco como ficha, en el que se anota el nombre del paciente, la hora en que llega y lo que dice que tiene, en el caso del señor XXXXXX, la señora que lo acompañaba quien dijo ser su esposa, comentó que estaba entripado y así lo anoto mi compañero en el recibo, el cual se lo llevó al paramédico que estaba en TRIAGE y se lo entregó, mi compañero me comentó que el paramédico le dijo que esperara el paciente, la señora y su esposo permanecieron poco tiempo en dicha sala porque el señor paso al baño, después salieron porque la sala de espera porque estaba llena de personas y no había lugar para sentarse; paso un rato, pero no recuerdo cuánto tiempo, y yo escuchaba que el señor se quejaba de dolor con su esposa, la señora nos preguntó a mi compañero Elías y a mí, a qué hora iban a pasar a su esposo, mi compañero Elías le dijo que pasara a hablar con el paramédico de TRIAGE, sí ingreso pero no sé lo que hayan...”

hablado, enseguida salió la señora y paso otro rato sin poder precisar cuánto tiempo, la señora empezó a gritar que ayudaran a su esposo y vi al señor tirado en el piso...”

Hasta lo aquí expuesto se tiene confirmado que efectivamente XXXXXX acudió al Hospital el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, lugar en el que falleció sin haber recibido atención médica.

En este orden de ideas, es necesario analizar el dicho de los servidores públicos que laboraban en el Hospital el día de los hechos materia de estudio, en concreto del iatrotécnico – identificado por los guardias de seguridad privada como paramédico- Carlos Francisco Nieto Montoya, quien afirmó haber estado asignado a cubrir el servicio de clasificación de urgencias Triage, así como de recibir el nombre de los pacientes por parte de los guardias de seguridad privada para posteriormente verificar signos vitales, peso y talla clasificando por colores nivel de urgencias de acuerdo a su padecimiento, pues en este orden de ideas dijo:

“...tengo nombramiento de iatrotécnico, cuyas funciones son trasladar pacientes en ambulancia de un hospital a otro para atención médica o trasladar para la toma de algún tipo de estudio, pero he sido asignado a cubrir el servicio de clasificación de urgencias denominado TRIAGE...el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, estuve asignado a TRIAGE donde las funciones son recibir del vigilante el nombre de los pacientes que llegan a urgencias y atenderlos para verificar sus signos vitales, peso y talla, se hace un registro donde se asienta el probable motivo de consulta y en función de ello se clasifica el nivel de urgencia por colores, verde es leve, amarillo media y rojo grave, para esta clasificación cuento con capacitación de técnico en emergencias médicas por parte de una corporación y actualmente estudio la licenciatura en atención médica pre-hospitalaria...”

También, el citado servidor público, admitió no haber valorado médicamente al paciente, pretendiendo justificar su omisión al señalar que posterior a que el guardia de seguridad privada le entregara la ficha con el nombre del ahora occiso, atendió a pacientes que tenían padecimientos más graves, además aceptó que una señora le cuestionó respecto a la atención de su paciente, refiriéndole que tardaría porque había pacientes más graves, pues acotó:

“...es el caso que el día ya mencionado a las 22:51 veintidós horas con cincuenta y un minutos, el vigilante de nombre Elías cuyos apellidos ignoro, me pasó un papelito con el nombre XXXXXX y la leyenda "entripado" es decir un dolor abdominal, no vi al paciente, pero justo en ese momento y siendo las 22:55 horas iba llegando una niña fracturada, por lo que inmediatamente le tomé signos vitales y la ingresé a urgencias ya que por prioridad de acuerdo al TRIAGE se ingresa primero a la menor que había llegado después del paciente con dolor abdominal, a las 23:03 veintitrés horas tres minutos, llegó un paciente en ambulancia de cruz roja con probable fractura de cadera, le tome signos vitales y realice su ingreso a urgencias, para ese momento aún no tenía a la vista al paciente con dolor abdominal, así que no sabía quién era; al estar realizando el ingreso de la paciente con probable factura y siendo las 23:10 veintitres horas diez minutos, llegó una ambulancia de protección civil con dos pacientes, uno con heridas en cabeza por golpes y el otro con múltiples heridas al parecer producidas por arma blanca, les tomé signos vitales y realice su registro ... llegó una mujer preguntándome si iba pasar a su paciente, sin decirme quién era ni yo pregunté, a lo que contesté que iba a tardar para su atención ya que habían llegado pacientes muy graves en la ambulancia, aunque no recuerdo si la señora me comentó que su paciente había llegado primero y que estaba grave; enseguida me dirigí nuevamente al interior del área de urgencias y deje en enfermería las hojas de registro de los pacientes...”

Ante tales argumentos, cabe señalar que si bien los médicos adscritos al Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, Gaspar González Vázquez y Elsa Carolina Román Villanueva, afirmaron que por falta de personal solicitaron ayuda del iatrotécnico Carlos Francisco Nieto Montoya tras acudir pacientes con padecimientos de gravedad, también es cierto que ambos aseveraron desconocer que en el nosocomio estuviera esperando el paciente XXXXXX recibir atención médica pues no contaron con su clasificación de urgencia, percatándose de su presencia hasta que una persona les avisó que en el exterior del Hospital se encontraba una persona grave, pues cada uno manifestó:

El médico Gaspar González Vázquez, apuntó:

“... el 27 veintisiete de abril del año en curso, me encontraba laborando en el área de urgencias y también la doctora Elsa Carolina Román, solo teníamos de apoyo a dos enfermeras y un paramédico asignado al TRIAGE, por lo que su función es recibir a los pacientes que son canalizados por el área de seguridad, tomar signos vitales y clasificar la urgencia en colores verde, amarillo y rojo, de acuerdo a cómo lo encuentre, elabora un documento que nos canaliza a los médicos de guardia para saber a qué pacientes es urgente atender de acuerdo a la clasificación, quienes son prioridad son la clasificación roja, después la amarilla y al final verde; en el caso concreto del señor XXXX, no contábamos con la clasificación sino que nos dimos cuenta de su presencia porque al encontrarnos atendiendo pacientes en urgencias, una persona entró para avisarle a la doctora Elsa Carolina que había un paciente grave afuera, yo no vi a la persona porque me encontraba de espaldas, solo la escuché, la doctora salió y casi de inmediato regreso para decirme pasaría a un paciente a la sala de choque y el personal de seguridad la auxilió para ingresar al paciente, acudí a la sala de choque para brindar apoyo, hasta entonces vi al paciente, la doctora Elsa y

yo realizamos maniobras de reanimación por un lapso de aproximadamente 20 veinte minutos sin que reaccionara, desconozco el tiempo que tenía de haber caído en paro cardio respiratorio y el motivo; cuando un paciente llega primero se registra con el personal de seguridad, quienes avisan al personal que esté en funciones de Triage, y se continúa con el procedimiento que ya referí hasta tener la clasificación y canalización correspondiente con los médicos para su atención médica, en el caso del señor XXXX desconozco la hora en que llegó a urgencias, y como desconocíamos la causa de muerte, se le dio aviso al ministerio público y acudió un médico forense, para tomar conocimiento... el día 27 veintisiete de abril del año en curso, recibimos dos pacientes de urgencia que requerían atención médica inmediata, donde el paramédico tuvo que apoyarnos en quirófano, por lo que puedo referir que realmente se mantuvo ocupado brindándonos apoyo...”

La médica Elsa Carolina Román Villanueva, mencionó:

“...el procedimiento para atender a los pacientes en el área de urgencias es: llegan y son registrados por los guardias de seguridad, ellos los canalizan con el paramédico o personal en turno asignado a TRIAGE (Clasificación de Urgencia) quienes toman signos vitales y los pesan, así como realizan la clasificación de la gravedad del padecimiento, para lo cual se asignan colores según la gravedad; verde es leve, amarillo es medio o rojo es grave, posteriormente nos pasan las hojas donde consta la clasificación y en función de la gravedad los médicos vamos llamando a los pacientes para su atención; es el caso que el día 27 veintisiete de abril del 2016 dos mil dieciséis, ... llegaron dos personas de gravedad canalizadas por una ambulancia con lesiones al parecer causadas por armas blancas (navajas) una de ellas estaba realmente grave e incluso todo el personal asignado a urgencias tuvimos que enfocarnos en su atención, pues había que realizar diversas maniobras medicas como colocación de catéter, intubación orotraqueal, aplicación de medicamentos, lo cual nos llevó vario tiempo porque permitía atenderlo,) e incluso el paramédico de nombre Francisco que estaba asignado al TRIAGE tuvo que ausentarse de su lugar para ayudarnos ya que era prioritaria la atención de esos pacientes por estar en peligro inminente su vida...una señora de la cual ignoro el nombre para informarle sobre su paciente y fue cuando me comentó que afuera estaba un señor que ya no respondía, inmediatamente salí y vi tirado en el piso posición boca arriba lleno de vómito, procedí a realizar maniobras de RCP (reanimación cardio respiratoria) para lo cual presione en el pecho, a la par les pedí a los guardias de seguridad privada me auxiliaran...lo ingresamos a la sala de choque donde con el apoyo de/DuoóurGaopary/es dos enfermeras que estaban en funciones, continuamos las maniobras de reanimación por poco más de veinte minutos además de que lo intubamos, pero el señor no respondió, **desconozco que fue lo que ocurrió pues cuando yo tuve contacto con él ya no tenía signos vitales y asimismo ignoro cuánto tiempo permaneció en la sala de espera, pues yo tuve conocimiento de su presencia hasta que la familiar de la paciente que referí me aviso; al hablar con el paramédico Francisco para preguntarle por la clasificación de/paciente XXXXXX, me dijo que no lo alcanzo a clasificar porque no se dio cuenta de su llegada, pues estuvo auxiliándonos en el interior de la sala de espera con los pacientes graves...**” (Foja 36).

Sumado a lo anterior, se considera que la enfermera Blanca Nelly Ledesma Osornio, indicó que su compañero Carlos Francisco Nieto Montoya, apoyó en la atención de otros pacientes que se encontraban graves, sin embargo, afirmó que el ingreso de tales pacientes fue aproximadamente a las 23:00 veintitrés horas, es decir, nueve minutos después de que el entonces paciente XXXXXX llegara a solicitar atención médica, tal como lo mencionó el Director del nosocomio en su informe, pues mencionó:

“...El día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, me encontraba laborando como enfermera general adscrita a urgencias en el Hospital General de San José Iturbide... serían aproximadamente las 23:00 veintitrés horas cuando llegaron dos pacientes de gravedad uno con herida en la frente y otro con múltiples heridas en el cuerpo, al parecer causadas por arma blanca (navaja) por lo que como a éste paciente había que atenderlo de inmediato y teníamos que realizar varias acciones como quitarle la ropa, canalizarlo (ponerle suero), solicitar rayos x, estudios de laboratorios entre otras actividades para prepararlo a cirugía y como éramos poco personal además de que no era el único paciente, el paramédico que estaba asignado a TRIAGE donde se recibe y clasifica la gravedad de los pacientes, tuvo que ingresar para apoyarnos en la atención del paciente con múltiples heridas ... todos estuvimos concentrados todos en dicho paciente, es decir los dos médicos en funciones, mi compañera Ángeles Mejía, el paramédico y yo ... me comentó la doctora Carolina que la familiar de la señora que estaba por ser hospitalizada le comunicó que afuera estaba un señor tirado y ya no se movía, pidió apoyo a los guardias para ingresarlo porque no había camillero y lo canalizaron a la sala de choque donde la doctora Carolina y el doctor Gaspar, estuvieron realizando maniobras de reanimación con apoyo de mi compañera Ángeles y yo, sin que el señor reaccionara...”

Así, de las declaraciones expuestas y analizadas en los párrafos previos se confirma que no existen indicios que apunten que el iatrotécnico Carlos Francisco Nieto Montoya hubiese atendido al paciente XXXXXX el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis y, en esa tesitura, hay elementos suficientes para conocer que existió una sobredemanda en la atención médica que el personal se encontraba posibilitado de brindar, pues incluso el mismo servidor público indicó haber sido asignado al área de clasificación de urgencias Triage por falta de personal, además que el primer contacto que tienen los pacientes son con personal de seguridad privada.

De conformidad con los datos expuestos en los puntos que anteceden se encuentra acreditado que efectivamente el señor XXXXXX asistió al Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, donde falleció a causa de una cirrosis hepática, todo ello sin recibir atención especializada.

Asimismo, se tiene información suficiente para acreditar que el encargado del área clasificación de urgencias (triage) el día de los hechos lo era el iatrotécnico Carlos Francisco Nieto Montoya, funcionario de quien se tienen indicios que conoció la solicitud de atención de urgencia que presentaron familiares del entonces paciente XXXXXX, ello sin que brindara la misma.

Lo anterior representó una falta de diligencia por parte del referido Carlos Francisco Nieto Montoya, omisión contraria al deber de diligencia establecido por la Ley de Responsabilidades Administrativas de los servidores públicos del Estado de Guanajuato y sus Municipios, concretamente en la fracción I del artículo 11 once que reza:

Son obligaciones de los servidores públicos: I. Cumplir diligentemente y con probidad las funciones y trabajos propios del empleo, cargo o comisión, así como aquéllas que les sean encomendadas por sus superiores en ejercicio de sus facultades.

Esto se sostiene así, pues de los datos estudiados se infiere que en la fecha de la defunción de quien en vida llevara el nombre XXXXXX, en ningún momento se le brindó atención primaria por personal médico tras omitir clasificar al paciente de acuerdo a su padecimiento y así establecer el grado de la urgencia que presentaba, a pesar de haber transcurrido un tiempo considerable que le permitían realizar esa valoración al momento en que colaboró con la atención médica de otros pacientes que asistieron graves.

No obstante, lo previamente expuesto, también existen indicios que más allá de la omisión subjetiva por parte del servidor público Carlos Francisco Nieto Montoya, la falta de atención al señor XXXXXX derivó también de una sobredemanda concomitante del servicio brindado por el Hospital, además de la falta de personal y protocolo en el manejo de urgencias ya señalados.

En este sentido, es de explorado derecho que existen reglas y principios que regulan la atención primaria que debe darse en el primer contacto en los servicios de urgencias de hospitales, pues en primer término encontramos el proceso denominado Triage, el cual se encuentra referenciado en la Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel publicada por el Consejo de Salubridad General. Vale recordar algunos puntos esenciales de este documento que permiten comprender su finalidad y alcance, tal y como la definición y fin del citado Triage, a saber:

El Triage es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias. Contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos los pacientes más urgentes sean tratados primero.

En esta tesitura, el documento en cuestión señala que el proceso de asignación de la prioridad “no debe de consumir más de 5 cinco minutos” y debe contener los siguientes pasos:

Primero: Realizar evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación. Segundo: Motivo de la urgencia. Debe ser una anamnesis dirigida, específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto se asigna la prioridad del paciente. Tercero: Evaluar los signos vitales del paciente. Cuarto: Asignación del área de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente.

Continúa la referida guía de referencia con la sugerencia de establecer en los servicios de urgencias un Triage de 3 niveles, para optimizar la atención del paciente, bajo el siguiente esquema:

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Médico en el área de clasificación (Triage) del servicio de urgencias	1.- Recibe y saluda al paciente y/o familiar o persona legalmente responsable. 2.- Realiza el interrogatorio directo al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable y la inspección del habitus exterior del paciente para clasificar la urgencia y establecer el motivo de consulta.
Enfermera General o auxiliar de enfermería general	Saluda al paciente y realiza la toma de signos vitales (tensión arterial, temperatura corporal, frecuencia respiratoria y cardíaca).
Médico en el área de clasificación del servicio	1.- Clasifica al paciente de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica, asigna un nivel y color: Emergencia - rojo

Servicio de Urgencias	Urgencia calificada - amarillo Urgencia no calificada - verde Paciente clasificado en ROJO
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Activa la alerta roja e ingresa en forma directa al paciente al área de reanimación
	Avisa al personal de admisión y/o trabajo social e inicia el procedimiento para el control de valores y ropa así como registro de pacientes que son atendidos en los Servicios de Urgencias y Hospitalización
	Paciente clasificado en amarillo
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencia	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre su estado de salud y el tiempo de probable espera para recibir su consulta o lo pasa al área de observación.
	Indica al familiar o persona legalmente responsable para proporcionar datos en admisión de urgencias para su registro.
	Paciente clasificado en verde
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencia	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, de su estado de salud y el tiempo de probable de espera para recibir su consulta.
	Fin del procedimiento

Finalmente, la guía de referencia multicitada apunta que el binomio enfermera- médico o la enfermera es el personal indicado para realizar el Triage.

Luego, se ha visto que el proceso ideal para la atención del servicio de urgencias es en el que exista un binomio enfermería/medicina para que en el primer contacto se realice el interrogatorio directo al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable y se practique la inspección del *habitus* exterior del paciente para clasificar la urgencia y establecer el motivo de consulta, cuestión que no se actualizó en el caso en particular.

Por ello, la falta del personal y proceso que permitiera conocer las condiciones que presentaba el señor XXXXXX, evitaron que fuera canalizado con la urgencia exigida por el cuadro que presentaba y que derivó posteriormente su muerte; al caso, ni siquiera se le tomaron datos básicos de su estado físico, menos aún, se determinó qué tipo de padecimiento presentaba al hacerse presente en el Hospital, por lo que en este punto es dable emitir señalamiento de reproche respecto de la carencia sistémica de dicho personal y proceso.

Tal reproche se hace en referencia a la omisión institucional seguir la obligación de todos los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requieran, lo anterior establecido en el punto 5.1 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud, la que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

La citada falta de atención del iatrotécnico Carlos Francisco Nieto Montoya, así como la omisión sistémica del Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, consistente en no contar en ese momento con el personal y procedimientos centrados en la atención de emergencia, derivó en una falta atención pronta y eficiente de los signos de alarma que presentó XXXXXX el día 27 veintisiete de abril de 2016 dos mil dieciséis, resultan de suyo ya suficientes para emitir juicio de reproche, pues bajo el principio de causalidad se entiende que de haber valorado de manera debida y oportuna la dolencia del paciente, la probabilidad posterior de no afectar desfavorablemente la salud del particular era ostensiblemente mayor.

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 el caso de que el personal médico y de enfermería del Hospital hubiese valorado debidamente los signos de alarma en la salud del hoy quejoso desde su ingreso al área de emergencias de acuerdo a los estándares aplicables, existía la posibilidad de que el resultado consistente en la afectación a la parte quejosa no se hubiese presentado o hubiese sido más moderada.

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 profesionales médicos deben realizar todas las acciones que les son razonablemente exigibles, esto 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.

Luego, la citada falta la atención a los signos de alarma que presentó XXXXXX, influyó indudablemente en la ausencia de elementos objetivos para tomar la mejor decisión en la atención el quejoso.

De tal suerte, por lo que hace a este punto de queja, la omisión subjetiva del iatrotécnico Carlos Francisco Nieto Montoya, así como la objetiva imputable a la institución estatal Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, respecto de atender o brindar el personal médico y protocolo de atención idóneo en la urgencia presentada por el aquí agraviado, se tradujo a la postre en la disminución en la posibilidad de que la salud del señor XXXXXX sufriera una afectación menor a la presentada.

En conclusión, con los elementos de prueba previamente expuestos y analizados tanto en lo particular como en su conjunto y atendiendo a su enlace lógico-natural, los mismos resultaron suficientes para tener por acreditada la Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud en su modalidad de Falta de Diligencia cometida en agravio de XXXXXX; razón por la cual se realiza juicio reproche en contra del referido iatrotécnico Carlos Francisco Nieto Montoya en cuanto a su falta de atención, así como a la responsabilidad objetiva de la institución consistente en no brindar las herramientas personales y procedimentales suficientes para garantizar el mayor grado de salud del doliente.

REPARACIÓN DEL DAÑO

Al análisis de los hechos probados que con antelación y mismos que han sido materia de reproche por parte de quien resuelve y que confluyeron en la incorrecta Prestación del Servicio Público brindado por el Sector Salud al paciente XXXXXX, en relación al presente Capítulo de Reparación del Daño, es pertinente sobre el particular, considerar el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el **Caso Suárez Peralta Vs Ecuador** (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), ha establecido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación:

“(...) IX. Derecho a la Integridad personal (...) B. Consideraciones generales de la Corte (...) 130.- En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención de la salud humana (165) y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar a la vulneración del artículo 5.1 de la Convención (166). En este sentido la Corte ha sostenido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación (167), (...)”.“(...) 132. Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la Integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regula la prestación de servicios de salud, estableciéndose estándares de calidad, para las instalaciones públicas y privadas, que permitan prevenir cualquier amenaza de vulneración a la Integridad personal en dichas prestaciones. Así mismo el Estado debe prever de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado, cuya efectividad dependerá en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto (173)”.

Así mismo, se consideran los hechos probados bajo el criterio de la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, en el **Caso Suárez Peralta Vs Ecuador** (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), respecto al particular punto de la garantía de no repetición de casos como el atendido:

“(...) X. Reparaciones (...) C: (...) 3. Garantías de no repetición.- 195.- La Corte recuerda que el Estado debe prevenir la recurrencia de violaciones a los derechos humanos como las descritas en este caso, y por ello, adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole que sean necesarias para hacer efectivo el ejercicio de los derechos (235), de conformidad con las obligaciones de evitar hechos similares vuelvan a incurrir en el futuro, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana (...)”.

Cabe dejar en claro que toda violación a los derechos humanos da lugar a que las víctimas obtengan una reparación, lo que implica que el Estado tiene el deber de proporcionarla, de tal forma, la competencia de este *Ombudsman* para declarar que se han violado derechos fundamentales y señalar qué servidores públicos los ha vulnerado (como sucede en la especie), va aunada 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.

Cabe recordar que la responsabilidad que en materia de Derechos Humanos compete al Estado como ente jurídico-, es distinta a la civil, penal o administrativa del servidor público en lo individual. En tal sentido se ha pronunciado la **Corte Interamericana de los Derechos Humanos**, como lo fue dentro de la sentencia del 15 de septiembre del 2005, *Caso Masacre Maripán Vs Colombia*:

“(...) 110.- el origen de la responsabilidad internacional del Estado se encuentra en “actos u omisiones de cualquier poder u órgano de éste, independientemente de su jerarquía, que violen la convención Americana y se genera en forma inmediata con el ilícito internacional atribuido al Estado. Para establecer que se ha producido una violación de los derechos consagrados en la Convención, no se requiere determinar, como ocurre en el derecho penal interno, la culpabilidad de sus autores o su intencionalidad, y tampoco es preciso identificar individualmente a los agentes a los cuales se atribuyen los hechos violatorios. Es suficiente la demostración de que ha habido apoyo o tolerancia del poder público en la infracción de los derechos reconocidos en la Convención, u omisiones que hayan permitido la perpetración de esas violaciones (...)” 111.- (...) Los Estados partes en la convención tienen obligación erga omnes de respetar y hacer respetar las normas de protección y de asegurar la efectividad de los derechos allí consagrados en toda circunstancia y respecto de toda persona (...) La atribución de responsabilidad del Estado por actos de particulares (...)”.

Cuando el Estado a través de algunas de sus instituciones ha incurrido en responsabilidad debido a la

conducta de cualquiera de sus funcionarios, es su obligación reparar las consecuencias de tal violación; en el caso que nos ocupa, esta Procuraduría toma para los efectos de la presente resolución los criterios establecidos por la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, al aplicar el primer párrafo del artículo 63 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que establece lo siguiente:

“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 precitada Corte en el **Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras**, precisó que en los principios relativos a una eficaz prevención e investigación de las ejecuciones extralegales, arbitrarias o sumarias se establece que “las familias y las personas que estén a cargo de las víctimas de [esas] ejecuciones tendrán derecho a recibir, dentro de un plazo razonable, una compensación justa y suficiente”. De acuerdo con la Corte Interamericana, la reparación del daño incluye generalmente lo siguiente:

“La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (restitutio in integrum), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, como en el presente caso, [...] corresponde [...] ordenar que se adopten una serie de medidas para que, además de garantizarse el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones y se efectúe el pago de una indemnización como compensación por los daños ocasionados en el caso pertinente.”

Al respecto, cabe recordar que desde sus primeras sentencias (Caso Aloeboetoe y otros Vs. Surinam), la Corte Interamericana ha reconocido que en muchos casos tal restitución es imposible, como puede ser en casos de violaciones del derecho a la vida:

“[...] en lo que hace al derecho a la vida no resulta posible devolver su goce a las víctimas. En estos casos, la reparación ha de asumir otras formas sustitutivas, como la indemnización pecuniaria [...]. Esta indemnización se refiere primeramente a los perjuicios materiales sufridos. La jurisprudencia arbitral considera que, según un principio general de derecho, éstos comprenden tanto el daño emergente como el lucro cesante [...]. También, la indemnización debe incluir el daño moral sufrido por las víctimas. [...]”

Asimismo, la naturaleza, criterios y montos de las reparaciones deben tomar en consideración las circunstancias del caso concreto; no implicar empobrecimiento ni enriquecimiento para las víctimas o sus familiares. La Corte Interamericana en sus resoluciones ha establecido que se deberán considerar los ajustes por incremento a ese salario, la edad de la víctima directa y la expectativa de vida que esa persona pudo haber tenido, además de la indemnización que se origina, deberán tomarse en consideración otras medidas de satisfacción y garantías de no repetición de las violaciones a los derechos humanos.

Asimismo, la reparación del daño deberá incluir los gastos derivados de las terapias psicológicas o de otra índole que la víctima y los familiares más directos requieran con motivo del duelo por el fallecimiento de su familiar.

Por ello, como se expuso, derivado de los hechos motivo de la queja se han generado diversas afectaciones físicas, psicológicas y emocionales a los padres de la no nacida, algunas de las cuales sin duda han persistido a la fecha; por ello, las reparaciones también deben incluir la atención médica integral e individual, con inclusión de la psicológica y, de requerirse, psiquiátrica, 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.

Los Principios y Directrices Básicas sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparación, cuyo principio 20 establece:

“La indemnización ha de concederse, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las

normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario, tales como los siguientes: a) El daño físico o mental; b) La pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; c) Los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; d) Los perjuicios morales; e) Los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos y servicios psicológicos y sociales”.

Los artículos, 109 fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 123 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato y la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado y los Municipios de Guanajuato, esta última publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, número 4, segunda parte del día 7 de enero de 2005, constituyen ordenamientos jurídicos que prevén la posibilidad de que al acreditarse una actividad administrativa irregular (tal es el caso de la violación a derechos humanos acreditada en la presente resolución) atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado.

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

Advertimos que en un Estado de Derecho, el ámbito de acción de los Poderes Públicos está determinado por la ley, y los agentes estatales 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 erosiona el Estado de Derecho y actúa contra la democracia, sistema político que nos hemos dado las y los mexicanos.

Por ello, sostenemos válida y fundadamente que la responsabilidad en materia de Derechos Humanos es objetiva y directa, y va dirigida al Estado como ente jurídico-, y es distinta a la civil, penal o administrativa de la o el servidor público en lo individual o a la responsabilidad subsidiaria y solidaria del Estado 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.

Una vez que se ha acreditado una violación al derecho de acceso a la salud de **XXXXXX**, derecho sustantivo reconocido dentro del bloque de constitucionalidad mexicano, resulta necesario además recomendar la reparación del daño del mismo, esto de seguimiento con el propio artículo 1º primero de la Constitución Política tercer párrafo que señala como obligaciones del Estado: *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.*

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

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se instruya el inicio de procedimiento administrativo en contra del iatrotécnico **Carlos Francisco Nieto Montoya**, adscrito al **Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato**, respecto de la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** en la modalidad de **Falta de Diligencia** en agravio de **XXXXXX**.

SEGUNDA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se indemnice pecuniariamente como forma de **Reparación del Daño** a los familiares directos de **XXXXXX**; lo anterior respecto de la acreditada violación a sus derechos humanos, consistente en la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se adopten las medidas legales y administrativas necesarias, con el propósito de hacer efectivo el ejercicio del Derecho a la Salud, ello en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana; verificando al caso, que el **Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato** se encuentre dotado permanentemente del personal suficiente y capacitado, así como de la infraestructura, equipamiento y protocolos que permitan brindar una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes.

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 firmó el licenciado **José Raúl Montero de Alba**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.

