

León, Guanajuato; a los 26 veintiséis días del mes de julio del año 2016 dos mil dieciséis.

Visto para resolver sobre la queja presentada por **XXXXX** relativa al expediente número **103/15-D** respecto de actos que considera violatorios de derechos humanos cometidos en agravio de su hermano quien en vida respondiera al nombre de **XXXXX**, los cuales atribuye al **personal médico adscrito al Hospital Dr. Felipe G. Dobarganes de San Miguel de Allende, Guanajuato.**

CASO CONCRETO

Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencia del Sector Salud

1. Planteamiento:

XXXXX señaló que su hermano **XXXXX** acudió el día 14 catorce de octubre del año 2015 dos mil quince al **Hospital General de San Miguel de Allende, Guanajuato, Dr. Felipe G. Dobarganes**, en adelante Hospital, ello por presentar un malestar severo, sin que fuera atendido médicamente, falleciendo en ese lugar en la misma fecha.

En este sentido el señor **XXXXX** indicó:

*“...El día de ayer 14 catorce de octubre de 2015 dos mil quince, aproximadamente a las 15:00 quince horas llegué al Hospital Felipe G. Dobarganes de San Miguel de Allende, a donde llevé a mi hermano que en vida respondía a nombre de **XXXXX**, y tenía 43 cuarenta y tres años, lo llevé porque lo vi muy mal, tenía su boca muy reseca, tiempo antes él tomaba mucho alcohol, pero el día de ayer no había tomado nada, estaba consciente, me acompañó al Hospital mi esposa **XXXXX**, entramos por urgencias y al ingreso estaban dos mujeres de seguridad a quienes les dije que mi hermano estaba muy mal, y lo llevaba para que lo revisara un doctor, no me anotaron en ninguna libreta, me dijeron tocara la puerta del consultorio donde estaba el doctor, solo había uno, según me dijeron, también me comentaron que ya no estaban dando fichas para recibir atención médica porque ya habían dado 50 cincuenta, y que mi hermano era el segundo en el turno de pacientes sin ficha, pero en la sala de espera aún había mucha gente esperando ser atendidas por el doctor.*

Toqué a la puerta y salió un doctor de estatura baja, sin pelo, yo calculo entre 50 cincuenta y 60 sesenta años, le hice saber de la presencia de mi hermano, diciéndole que iba enfermo, el doctor de quien desconozco su nombre me dijo -aquí todos están enfermos-, señalando a las personas en la sala de espera, me hizo a un lado y llamó a una paciente quien ingresó al consultorio y el doctor lo cerró.

*Mi hermano permanecía sentado en una silla, mi esposa y yo pendientes de él, pero pasaba el tiempo y el doctor no nos llamaba, ni siquiera nos anotó en ningún papel y como dije no nos dieron dicha; mi esposa salió a comprar algo para comer, yo me quedé acompañando a mi hermano timbró mi celular y salí de la sala de espera para contestar, era una de mis hermanas, preguntándome si ya habían atendido a **XXX**, para esto calculo que eran cerca de las 6 seis de la tarde, le informo que aún no, volví a ingresar a la sala de urgencias, para entonces ya vi a mi hermano con su cabeza hacia atrás y vomitaba, en ese momento fui al consultorio y toqué fuerte, salió el doctor antes señalado y molesto me preguntó por qué tocaba tan fuerte, le contesté que mi hermano ya se había muerto, pues yo le vi los ojos raros, casi enseguida salió un hombre, no sé si es paramédico y como 5 cinco doctores, diciendo que ellos no estaban enterados de la presencia de mi hermano, me pregunté ¿por qué salieron hasta ese momento? Pues según se me había dicho, solo había un doctor, siendo el motivo de mi queja la falta de atención médica a mi hermano por el doctor referido.*

Además de lo mencionado y ya después de que salieron los médicos metieron a mi hermano no sé para dónde y me atendió quien dijo ser el director, esto por petición de la trabajadora social, quien me atendió pero hasta después de que mi hermano murió, el doctor me dijo que se investigaría por parte del Hospital lo que había sucedido, le contesté -pues su doctor no atendió a mi hermano y se murió-, yo sé que tal vez mi hermano se iba a morir pero no es justo que si el Hospital General es un lugar donde se ofrecen servicios de atención médica, no se haya dado a mi hermano dicha atención, siendo todo lo manifestado...”

2. Hechos probados:

De acuerdo al informe rendido por el director del Hospital, **Jorge Vidargas Rojas**, se tiene como hecho probado el que efectivamente el día 14 catorce de octubre del 2015 dos mil quince, **XXXXX** acudió al citado nosocomio, lugar en el que falleció en la misma fecha sin recibir atención alguna, pues al respecto la autoridad informó:

*“...el día 14 de octubre de 2015 aproximadamente a las 18:00 horas fui notificado vía telefónica, por parte de la T.S. Aurora Calixto, y del encargado de turno Dr. Moisés Carmona, que había sucedido un deceso en la sala de espera de urgencias y que las personas presentes estaban molestos... Enseguida, me dirigí hacia el Hospital, llegando aproximadamente a las 17:45 horas, entrando por el área de urgencias y corroborando que el cuerpo del paciente **XXXXX** se encontraba ya colocado en la cama número dos de choque, informándome por parte del personal de salud, no recuerdo quien en específico, que los*

familiares se encontraban en la oficina de Trabajo Social de Consulta Externa, hacia dónde me dirijo incorporándome a la reunión que tenía el C. **XXXXXX**, el hermano del paciente fallecido, la Trabajadora Social Aurora Calixto y el Dr. Moisés Carmona, en donde se realizaron acciones de contención y se les propuso el llamar Ministerio Público para la corroboración de los hechos y poder realizar de manera adecuada la investigación de los mismos, a lo que los familiares quedaron de acuerdo, haciendo énfasis en que el médico de turno no los quiso atender a pesar de las repetidas solicitudes de ayuda.

Posteriormente se realizó la investigación, encontrando los siguientes datos: el paciente ingresa por su propios medios alrededor de las 15:50 horas, en donde efectivamente el personal de seguridad no anotó la hora de entrada del paciente porque el médico que estaba de turno en el servicio de Triage Dr. **Plácido Gerardo Mendiola** se los prohibió, además de haber dejado descuidado el servicio del mismo porque a él no le gusta trabajar de esa manera.

Se corrobora por parte de los interrogatorios y reportes que el hermano del paciente solicitó en dos ocasiones al médico la ayuda para su hermano y fue negada por el Dr. **Plácido**, sin encontrar datos del por qué atendió a otros pacientes antes del C. **XXXXXX**, ya que su hoja de actividades diaria no demuestra otro tipo de pacientes graves.

El servicio de enfermería de Triage se retiró a otro servicio por la carga de trabajo en las otras áreas y porque el Dr. **Plácido** impidió sus actividades.

Al momento que el paciente empeora y muere, el servicio de vigilancia avisa al médico encargado de turno quien envía a checar al mismo y al darse cuenta de la gravedad, regresan por él, presentándose en la sala de espera de urgencias, sin embargo los familiares ya no permiten que intervenga en más valoraciones...”.

En lo referente a la presencia del señor **XXXXXX** en el Hospital el día 14 catorce de octubre y omisión por parte de personal de salud en atenderlo fue corroborado también por la testigo **XXXXXX**, quien resumió:

“...El 14 catorce de octubre del 2015 dos mil quince, acompañé a mi esposo **XXXXXX** al Hospital General de San Miguel de Allende, porque mi cuñado **XXX** estaba enfermo, llegamos poco antes de las 15:00 quince horas a la sala de espera de urgencias, pedí una silla de ruedas al personal de seguridad porque mi cuñado ya no podía caminar de lo mal que se sentía, les dije a unas mujeres que estaban de vigilantes que si me podían atender a mi cuñado porque andaba muy malito, no me dieron ficha ni me pidieron ningún dato de mi cuñado, solo que le tocara la puerta del consultorio para que le preguntara al doctor que estaba dando la consulta, como la puerta estaba cerrada, **XXX** le tocó y se asomó un doctor chaparrito, gordito y pelón, a quien **XXX** le pidió que atendiera a su hermano, porque estaba muy enfermo el doctor le contestó que todos estaban enfermos y que esperara su turno, pero no le dijo cuándo sería su turno ni le pregunto ningún dato, solo lo hizo a un lado y llamó a un paciente.

Estuvimos esperando como 2 dos horas, y salí a comprar una botella de agua, no tardé mucho iba a entrar a la sala de espera y vi a mi esposo **XXX** que venía hacia afuera, le pregunte ¿qué pasó, ya lo atendieron?, me contestó que no, que ya se había muerto, como mi cuñado tenía la cabeza para atrás yo se la agarré y en ese momento salió un paramédico del interior del hospital y vio que ya se había muerto, después salió un doctor diferente al que estaba dando consulta y quería ingresar a mi cuñado pero como **XXX** había salido a atender una llamada telefónica, yo le dije que no porque no estaba ahí su hermano y además ya se había muerto mi cuñado, cuando regresó **XXX** a la sala, este doctor le dijo que él iba a dar parte al Ministerio Público y **XXX** le explicó lo que había pasado, el doctor muy amable explicó que él no sabía que estábamos ahí porque andaba dentro con otros pacientes, después me salí y no supe qué más paso...”.

Hasta lo aquí expuesto se tiene confirmado que efectivamente **XXXXXX** acudió al Hospital el día 14 catorce de octubre del 2015 dos mil quince, lugar donde falleció sin haber recibido atención médica alguna.

Asimismo se sabe que la causa de la muerte fue una sepsis secundaria a ruptura de absceso hepático, ello de conformidad con la necropsia integrada a la carpeta de investigación 43454/2015 (foja 41), la cual fuera elaborada por el perito médico legista **Ismael González Rodríguez**.

En este orden de ideas es necesario analizar el dicho de los funcionarios que laboraban en el Hospital el día de los hechos materia de estudio, en concreto del médico **Gerardo Plácido Gerardo Mendiola**, a quien se le imputa haber sido quien omitió brindar la atención solicitada, lo cual se desarrollará en el siguiente punto.

3. Declaraciones de funcionarios públicos:

Al respecto el médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero** expuso que sí tuvo contacto con familiares del señor **XXXXX**, a quienes invitó que pasaran al paciente, cuestión a la que presuntamente los particulares se negaron, pues en este orden de ideas dijo:

“...quiero decir que esta persona que dice ser hermano del que está enfermo y que nunca lo vi, solo tocó dos veces, la primera aproximadamente a las 15:35 horas y después supuestamente a la hora de defunción, les hice una invitación a que lo pasaran a la cual se negaron y también quiero comentar que yo nunca pongo una persona en riesgo, quiero hacer mención de que cuando yo estuve en el triage nunca tuve enfermera que tomase signos, y que supervisara a la gente en la sala de espera, no hubo quién realizara el triage hasta mucho después de los hechos...”

No obstante lo referido por el médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, el resto de los funcionarios entrevistados no indicaron tener conocimiento de que **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero** hubiese invitado a pasar al entonces paciente **XXXXX**, pues el resto de los entrevistados se limitaron a referir su intervención en los hechos o bien su opinión respecto del citado **XXXXX**, por lo que no existen datos que permitan corroborar la versión del servidor público señalado como responsable, por lo que ha de tenerse como indicio firme que este efectivamente incurrió en una omisión respecto de la atención hacia el señor **XXXXX**.

Otro punto a resaltar de las entrevistas recabadas a personal médico y de enfermería es que existía una saturación en los servicios, esto en la fecha recibida, así como una falta de protocolo en atención de urgencias.

En este orden de ideas el médico **Moisés Carmona Lara** apuntó:

*“...El día 14 catorce de octubre de 2015 dos mil quince, me encontraba laborando en el hospital general Dr. Felipe G. Dobarganes de ésta ciudad, en específico en el área de observación, atendiendo a los pacientes hospitalizados, aproximadamente entre 17:00 diecisiete y 17:30 diecisiete treinta horas, una de las guardias de seguridad de quien sólo recuerdo tiene por nombre **XXX** me comunicó que había un paciente en la sala de espera de urgencias y que quería ser atendido, yo solicité el apoyo de un enfermero de quien solo recuerdo su nombre es decir **XXX**, a quien le pedí acudiera a verificar al paciente al que había hecho alusión **XXX**, no demoró más de dos minutos y regresó al área donde me encontraba, me dijo que la persona ya no tenía signos vitales.*

*Debo aclarar que el área donde yo me encontraba estaba llena en todas sus camas por lo que de nueva cuenta le solicité el apoyo al enfermero para efecto de que ingresara al paciente mientras tanto yo verificaría qué cama podía desalojar porque todos los pacientes requerían atención y no había camas disponibles e incluso se encontraba esperando una cama para ser hospitalizada una mujer con enfermedad renal a quien el doctor **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, había referido pero aún no había cama y todos los pacientes se encontraban con la necesidad de estar hospitalizados (...) debo mencionar que además del de la voz, solamente se encontraban dos médicos más en urgencias, uno de ellos el doctor **Felipe Villegas Juárez**, asignado a la atención ginecológica y de choque, y el doctor **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, asignado a consulta y atención de personas que ingresaran por lesiones o curaciones de cualquier tipo.*

Debo mencionar que el de la voz tengo ocho años laborando en el hospital, por lo que me ha correspondido estar en el área de urgencias, específicamente asignado a la atención de consulta y lesiones o curaciones de cualquier tipo, para tal efecto no se cuenta con un programa o protocolo de valoración de urgencias y del grado de éstas, por lo que la forma en que se viene trabajando en esa área es conforme las personas vayan llegando y actualmente ya no se les da ficha, sino que las propias personas llevan el control de su turno, tengo conocimiento de una mecánica de atención denominada TRIAGE, pero las directrices de ésta no se pueden llevar a cabo, para la valoración de urgencias, esto por falta de personal, ya que no existe un médico, ni personal de enfermería que puedan dar atención primaria a las personas para efecto de determinar el estado de gravedad o no en el que arriban a urgencias, en algún tiempo pero hace ya varios años, si había personal pero no médico, sino paramédicos y ellos solamente tomaban signos vitales, de tal manera que tampoco representaba un apoyo para valorar una urgencia, pues lo que se requiere es un médico.

*Además es importante agregar que el día que ocurrieron los hechos que nos ocupan el turno matutino del área de urgencias, se quedó rezagado con 18 dieciocho pacientes en espera para ser atendidos, esto es que en el horario de hasta las 15:30 quince treinta horas, en que se hace el cambio al personal del turno vespertino, el personal médico dejó en espera para ser atendidos esos pacientes, sumados a los que ingresaron en el turno vespertino; considero que el hospital requiere de mayor apoyo porque incluso al día de hoy tenemos un médico menos en el área de urgencias, pues a la fecha el doctor **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, ya no labora en el mismo, toda vez que con motivo de los hechos materia de la presente investigación fue despedido...”*

Lo expuesto por **Moisés Carmona Lara** fue corroborado en lo esencial por el también médico **Felipe Villegas Juárez** al

referir:

“...Recuerdo que ese día en cuanto terminó el médico del turno matutino de entregar el servicio aproximadamente veinte minutos después, comencé a trabajar, y ese día cuando entré a mi turno ya había aproximadamente cuatro pacientes en espera para mi área, señalando que todas llegan al área de urgencias y de ahí las canalizan a mi área incluso hay unas sillas afuera del área de valoración y ahí las pasaron como fueron llegando, pero yo hago una valoración en cuanto llegan para verificar quien necesita atención de urgencia, refiero que el área de valoración donde estuve trabajando está enfrente de observación de urgencias, y por salida y entrada de ambulancias; pero como estuve ocupado toda la tarde porque hubo muchas paciente para mi área, únicamente salí a asearme las manos al área de preparación de medicamentos del urgencias, y me regresaba a mi área, por lo tanto no me percaté de los hechos por los cuales se inició la presente.

Fue aproximadamente a las 19:30 diecinueve treinta horas, salí a asearme y en dicho lugar me informaron que había acontecido un problema pero no me especificaron qué pasó y rato después ya me comentaron que había fallecido una persona la sala de espera de urgencias y que los familiares estaban molestos, que incluso ya no permitieron que ingresaran al paciente al área de urgencias y fue todo lo que me enteré al respecto.

Debo señalar que ese día solamente estábamos tres médicos asignados al área de urgencias porque el cuarto médico estaba de vacaciones, como en dicha área tenemos seis servicios nos repartimos entre los tres los seis servicios, me tocó el área de gineco-obstetricia e hidratación oral, que es para menores de cinco años, recuerdo que incluso tenía ahí un paciente.

(...)

Refiero además que en el área de TRIAGE, hay un procedimiento que es valorar a los pacientes por colores, el verde paciente que únicamente requiere consulta y puede esperar el tiempo necesario, amarillo paciente delicado que puede esperar, pero hay que estar atentos porque puede deteriorarse, el rojo es el que inmediatamente debe ingresar, y ese paciente puede ingresar por tres formas, que lo pase la persona que está valorando afuera en este caso enfermería o área paramédica que no existía en los días en que sucedió el deceso o el mismo guardia de seguridad asignado al lugar lo puede pasar.

Señalando que a partir del primero de octubre, el área de seguridad dejó de dar fichas y registrar a todas las personas que ingresaban al área de espera de urgencias sin saber exactamente el motivo por el cual dejaron de hacer esto, pero en el manual de procedimientos de urgencias, está establecido las maneras por las cuales puede ingresar un paciente grave y entre ellas está el área de seguridad, y la tercer forma por la cual podría ingresar este tipo de pacientes es por medio del consultorio una vez que es revisado por el médico.

Como referí ese día no había ni enfermería, y el área de seguridad no sé cómo estaba trabajando pero hasta donde me di cuenta, no estaban dando fichas como dije y tampoco había ningún personal de enfermería haciendo su función en TRIAGE.

(...)

Quiero referir que antes del primero octubre el personal de seguridad hacía un registro de todas las personas que requerían atención y les proporcionaban un número de ficha, pero esto no sé quién o como se determinó supongo que era una orden de la Dirección o del jefe inmediato del personal de seguridad, ya que es una empresa externa y como dije el día primero de octubre me enteré que ya no estaban haciendo debidamente el registro ni dando fichas y me enteré porque ese día me toco laborar en el área de TRIAGE y cuando salí del consultorio a preguntar qué número seguía el guardia me dijo que a partir de ese día ya no iban a dar fichas, pero no le cuestioné la razón...”.

En el mismo tenor se manifestó el enfermero **Luis Enrique Rubio Galicia** al explicar.

*“...ese día me asignaron al servicio de observación de urgencias, que no tiene nada que ver con el servicio de TRIAGE, refiero que ese día había muchos pacientes y aproximadamente a las 17:30 diecisiete treinta horas el Doctor **Moisés Carmona**, quien estaba a cargo del área de observación de urgencias, me pidió que saliera a la sala de espera o TRIAGE a revisar a un paciente que parecer iba un poco grave que lo llevaban en silla de ruedas, salí al área referida y observé que frente a la puerta del consultorio de TRIAGE estaba un hombre como de 45 cuarenta y cinco años de edad, sentado en una silla de ruedas, me acerqué y en eso apersonó un hombre como 50 cincuenta años de edad, me dirigí a él porque el hombre que estaba en la silla de ruedas tenía la cara tapada con un prenda de vestir al parecer una playera, le indiqué al hombre de aproximadamente 50 cincuenta años que iba a revisar los signos vitales a su familiar, me dijo “ya para que, si mi paciente ya está muerto” yo me acerqué al paciente y tome sus signos vitales, es decir tome su presión arterial y frecuencia cardíaca y no presentaba ningún signo, regresé con el doctor **Carmona** y le señalé que el paciente ya no tenía signos vitales, él me indicó que de cualquier manera lo ingresara al área de urgencias para conectarle un monitor y verificar que efectivamente no tuviera ningún signo de vida*

(...)

Quiero señalar que el área de urgencias tiene varios servicios y tanto los médicos como el área de enfermería se dividen los servicios, ese día en concreto yo estaba asignado a hidratación oral, observación de urgencias y el área

de choque; y ese día en concreto en el área de TRIAGE no estaba asignado al servicio nadie de enfermería, y el médico que estaba a cargo del servicio de TRIAGE también tenía a su cargo el área de curaciones y yeso, estaba él solo atendiendo los dos servicios; no sé en concreto cuál sea el procedimiento que realizan los médicos en el área de TRIAGE para valoración de las urgencias, porque no conozco el manual para los médicos, lo que sí sé es que en el área de ingreso que yo conozco como TRIAGE o sala de espera se supone que cuando llega a alguien a solicitar el servicios el personal de área de enfermería que este asignado ahí, valora a las personas que llegan a solicitar el servicio, es decir el enfermero o enfermera revisan a las personas en cuanto a sus conocimiento y determinan quién ingresa inmediatamente por el estado de salud que va, quién puede esperar y quién esta no tan grave pero que hay que estarlo vigilando, pero ese día en concreto como dije no había nadie de enfermería atendiendo el servicio, incluso me he dado cuenta que cuando el personal de seguridad que está asignado a esa área ve a alguna persona que ingresa a su consideración grave avisa al interior de urgencias y ya sale personal de enfermería o algún médico a valorarlo...

La ausencia de personal de enfermería en el área de Triage también fue referida por la enfermera **Ma. Amelia Cruz Capetillo**, quien resumió:

*“...El día 14 catorce de octubre de 2015 dos mil quince, me encontraba laborando como supervisora de enfermería en el hospital general Dr. Felipe G. Dobarganes de ésta ciudad, mi trabajo consiste en supervisar todas las áreas del hospital donde hay personal de enfermería pues es a quienes yo supervisó el servicio de urgencias comprende el área de Observación a donde ingresan los pacientes canalizados por alguna urgencia médica; Obstetricia donde se reciben a las mujeres embarazadas, Choque para los pacientes con gravedad extrema y Triage (consulta), en esta última área no había ninguna enfermera ni enfermero, considero que por la carga de trabajo y porque ahí estaba un médico, pero quien asigna al personal de enfermería a las diferentes áreas es la jefa de enfermeras y lo hace de manera semestral; recuerdo que ese día había sobrecupo, es decir todas las camas estaban ocupadas con pacientes, incluso en los pasillos había pacientes en camillas y había otros esperando cama; no recuerdo la hora pero fue por la tarde pasaban de las 17:30 diecisiete horas con treinta minutos, cuando el doctor **Moisés Carmona** quien estaba en observación, me pidió lo acompañara a la sala de espera de TRIAGE, para hablar con los familiares de un paciente, llegamos a esa área y estaba un señor sentado en una silla de ruedas, con él se encontraba una señora, quien se negaba a que su familiar fuera ingresado a alguna cama, el doctor le explicó era necesario para revisarlo, en ese momento ingresaba a la sala un señor de sombrero, acompañado con otras dos personas de sexo masculino, el señor también se oponía a que el paciente fuera ingresado, pues decía que ya para qué si ya se había muerto, el paciente se veía recargado en el respaldo de la silla de ruedas, no lo revisé y no se le veía la cara porque traía un gorro que se la cubría, el doctor **Carmona**, me pidió fuera a buscar una cama para el paciente y así lo hice, entré a observación y le pedí a un camillero acudiera a la sala de espera por un paciente, como dos minutos después regreso a decirme que los familiares no permitían el ingreso y se volvió a retirar, llegó como dos minutos más tarde ya con el paciente en silla de ruedas, mismo que llevé a la cama de choque 1 uno, pues dieron de alta al paciente que la ocupaba. En relación al procedimiento para consulta de urgencias, refiero que cuando no hay personal de enfermería y llegan los pacientes con quien se entrevistan es con los guardias de seguridad privada que se ubican en la sala de espera de urgencias, a quien indican que van a consulta y le dicen sus síntomas, después el guardia habla con el médico asignado a la consulta para informarle de lo anterior, a veces les dan fichas y es el médico quien le pide al guardia pase al paciente...”*

De igual forma la enfermera **Edith Villagómez Morales** narró la existencia de una sobrecarga de trabajo en la fecha referida, al detallar:

*“...el día 14 catorce de octubre de 2015 dos mil quince yo estaba asignada como suplente, lo que significa que al entrar a laborar me reporto con la supervisora de enfermeras y ella me asigna el servicio, es el caso que la supervisora **Amelia**, me indicó acudiera al servicio de urgencias donde están los pacientes hospitalizados, para apoyar a dos enfermeras asignadas ahí previamente, ese día había exceso de carga de trabajo, recuerdo que ya asignada al apoyo no paramos de atender pacientes, pasábamos pacientes a labor de parto, a medicina interna y pediatría, estuvimos tomando signos a todos los pacientes, suministrando medicamento y en general las indicaciones médicas, cerca de las 17:30 diecisiete horas con treinta minutos, el enfermero **Enrique Rubio**, me comentó que un paciente había fallecido en la sala de espera de Triage, que es donde llegan los pacientes para consulta de urgencias, al parecer no había personal de enfermería en Triage, en el rol generalmente no se asigna por falta de personal, por lo que son los guardias de seguridad quienes apoyan en recibir e ir pasando a los pacientes con el doctor que esté de guardia; aproximadamente a las 18:30 dieciocho horas con treinta minutos la supervisora **Amelia**, me indicó me presentará en el servicio de Triage para apoyar en la recepción y canalización de pacientes, así lo hice, pero para entonces ya no estaba en el lugar la persona que falleció, con quien en ningún momento tuve contacto, mi función en Triage, fue de verificar el estado de salud de los pacientes y darles prioridad a quienes llegaban con datos de alarma, como los niños que tenían temperatura, sin importar el orden de llegada, sino atendiendo a sus malestares...”*

Finalmente **Perla Yolanda Jordán Aguilar**:

“...me consta que el pasado 14 de octubre del 2015, laboré en el servicio de urgencias que es mi servicio y ese día estaba muy lleno el servicio es decir a más del 100% de ocupación (...) tanta era la ocupación que durante el turno necesité colocar un catéter periférico corto a una paciente embarazada que requería camilla y no teníamos ya disponibles y tuve que canalizarla

en la silla y ahí tenerla en observación aproximadamente una hora, lo anterior lo explico para informar que de verdad no teníamos manera de resolver el trabajo entre dos enfermeros y se le pidió apoyo a la supervisora Amelia Cruz Capetillo al inicio del turno y ella mando a la enfermera Edith Villagómez que desde que llego apoyo en urgencias observación, admisión de ginecología y lo que se iba requiriendo de los otros pacientes (...) por lo que coincidí después de la muerte del paciente con la disminución de carga de trabajo, que hizo posible que uno de nosotros saliera a apoyar en el Triage y la supervisora mandó a la Enf. Edith Villagómez. Quiero mencionar que durante el tiempo que estuvimos los tres enfermeros ninguno dejó de tener mucho trabajo, el cual era parte de las indicaciones médicas que mandaba el médico de observación y las indicaciones de ingreso del médico de valoración de ginecológica y que solo estos dos médicos nos daban ordenes médicas o nos pedían apoyo, en ningún momento el Dr. Mendiola a médico asignado al Triage me pidió o vi que le pidiera apoyo a mis compañeros para realizar actividades...” Foja 140.

Así, de las declaraciones expuestas y analizadas en los párrafos previos se confirma que no existen indicios que apunten a que el médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero** hubiese atendido al paciente **XXXXX** el día 14 catorce de octubre del 2015 dos mil quince; y en ese mismo orden de ideas existen elementos suficientes para conocer que existió una sobredemanda en la atención médica que el personal se encontraba posibilitado de brindar, pues incluso en el área de urgencias no existía personal de enfermería que valorara de acuerdo al Triage, las emergencias presentadas a efecto de ser referidas al personal médico, sino que la atención primaria era brindada por personal de seguridad privada.

4. Declaraciones de personal de seguridad privada

Lo probado en los puntos anteriores referente a al hecho consistente en que el médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero** no atendió a la solicitud de atención de los familiares de **XXXXX** y que fue el personal de seguridad privada quien dio la primera atención a los pacientes que acudían al servicio de urgencias, dicha circunstancia también fue confirmada por los propios vigilantes privados, quienes ante este organismo apuntaron:

Ma. Guadalupe Cervantes Cervantes:

*“...dos turnos anteriores el doctor **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, le dio indicaciones que cuando él estuviera dando consulta no diera fichas, porque atendería a los pacientes conforme fueran llegando, fue por eso que **Humberto** solo dio fichas en el turno matutino y en el vespertino que entró el doctor **Mendiola**, ya no dio.*

*Por ese motivo se encontraba con **Marisol**, también estaba **María López**, a quien yo relevé; varias veces el doctor **Mendiola** abrió la puerta para pasar pacientes y se acercaba el familiar de un señor que estaba sentado en una silla de ruedas, y le pedía si podía pasar a su paciente, pero no lo ingresaba el doctor; después, serían aproximadamente a las 17:00 diecisiete horas, el familiar de quien ahora sé tenía por nombre **XXXXX**, estuvo tocando con desesperación al consultorio donde estaba el doctor **Mendiola** atendiendo a un paciente, al ver esto y sin esperar que se abriera la puerta, ingresé a donde se encontraba el doctor **Moisés Carmona**, quien estaba atendiendo pacientes de urgencias pero hospitalizados, le informé que en la sala de urgencias había un señor esperando consulta, quien ya tenía mucho rato, el doctor **Carmona** le pidió a un enfermero fuera a tomar los signos vitales del paciente, inmediatamente salió, de hecho llegó primero que yo a dicha área, vi que el señor estaba desvanecido y con la cabeza colgando hacia atrás, me pareció que estaba muerto y regresé con el doctor **Carmona** para informarle, él avisó al director por teléfono y me pidió desalojara la sala de urgencias, así lo hice, y se suspendió la consulta, solo permanecieron en el área los familiares del paciente, es decir dos hombres y una mujer, con quienes el doctor **Carmona** habló, uno de los señores le preguntó ¿cuál era el servicio que se le estaba dando a los pacientes?, y le dijo que se supone que ahí es urgencias, pero ya tenían muchísimo rato y no habían pasado a consulta a su paciente, le explicó estuvo tocando al consultorio más de una vez y sí había salido el doctor, pero no había dejado le explicara cuál era la urgencia de su paciente y lo había ignorado, también le dijo que el doctor estaba pasando a consulta a las personas como llegaran, sin preguntarles su urgencia, y al estarle insistiendo pasara a su familiar, le respondió que lo llevará al centro de salud, además reclamaba qué clase de médico era quien no quiso atender a su familiar...”.*

Sanjuana Palma Caporal:

“...Por otro lado refiero que en otras fechas he sido asignada al área de urgencias donde sucedieron los hechos investigados y el procedimiento que me ha tocado consiste en que afuera de la puerta principal para entrar a urgencias, se ubica una persona de seguridad, da fichas a los pacientes, mismas que han sido elaboradas por el propio personal de seguridad, desconozco quién haya dado la indicación, pero al personal de seguridad quien nos

va dando indicaciones es nuestro jefe o jefa de seguridad, al llegar la persona la registramos en una bitácora que llevamos en seguridad, le entregamos la ficha, tomamos su nombre y nos dice qué malestar tiene, el cual anotamos en la bitácora y conforme nos vaya pidiendo el médico de turno asignado en la consulta, le pasamos la bitácora y el médico en función de lo anotado va pidiendo se pase el paciente, me imagino que según la gravedad que considere el médico...”.

Marisol Cervantes Cervantes:

“...fui asignada como guardia de seguridad al Hospital General de ésta ciudad de San Miguel de Allende, ubicado en calle Avenida Primero de Mayo en el Fraccionamiento Ignacio Ramírez, que mi función en dicho lugar consiste en dar seguridad, registrar y verificar a dónde van las personas que acuden al hospital y refiero que sí se me ha asignado en varias ocasiones al servicio de ...como a los 20 veinte minutos me percaté que el señor que me pidió la silla, tocó la puerta del consultorio del médico de urgencias, y no le abrió, esperó y unos minutos después volvió a tocar la puerta y fue cuando salió el doctor **Gerardo Mendiola**, preguntándole por qué tocaba que se le iba a atender solo que esperara a que le tocara su turno, a lo el señor que me pidió la silla le decía al doctor que su paciente iba grave, que por favor se lo atendiera, y el **Doctor Mendiola**, le volvió a reiterar que esperara su turno, que había más personas enfermas y preguntó a quién le tocaba el turno y una señora dijo que a ella y la paso al consultorio, y cerró la puerta, y vi que rato después el señor volvió a tocar la puerta pero ya no le abrieron, un poco más tarde sin poder precisar la hora, llegaron dos enfermeras a la sala de urgencias y digo que eran enfermeras porque traían uniforme pero no supe en qué lugar trabajan, porque para ese momento el compañero **Humberto** ya no estaba en la puerta de acceso a la sala de urgencias dando fichas, según comentó porque el **Doctor Mendiola** le dijo que ya no les diera fichas a los que ingresaban, que él los iba a atender como fueran llegando, por eso él ya no estaba haciendo ni siquiera el registro de quienes ingresaban a la sala a solicitar consulta, por tal razón las enfermeras se dirigieron a la puerta donde yo estaba y les expliqué que no se estaban dando fichas que preguntaran después de quién seguían, aceptaron y se esperaron, de rato vi que una de las enfermeras se acercó con el señor que me pidió la silla y hablaron algo entre ellos, luego vi que la enfermera le toco la muñeca y el cuello al hombre que estaba sentado en la silla de ruedas, y enseguida vi que le cerró los ojos al señor y ella movió la cabeza y volvió a hablar con el señor que me pidió la silla, quien se dirigió nuevamente a la puerta del consultorio a tocar muy fuerte; quiero señalar que antes de que sucediera esto yo le pregunté a **XXX**, si ya habían avisado que el señor de la silla de ruedas se miraba mal, y ella contestó que sí, pero no supe en qué momento lo hicieron, ni la hora, el caso es que después de que el señor toco bien fuerte, vi que por la puerta del consultorio de urgencias salió un enfermero y vi que intentó revisar al señor de la silla de ruedas pero el familiar le dijo que ya para qué si ya estaba muerto, preguntaba qué le revisaría, y el enfermero solo le dijo que le permitiera, que le iba a hablar al doctor, y entró por el consultorio y enseguida **XXXXX**, salió a la sala de urgencias y les pidió a las personas que estaban ahí, salieran de la sala y solo quedaron dentro los familiares y la persona de la silla de ruedas, luego salió **Doctor Carmona** con **XXXXX**, y habló con el familiar de la persona fallecida y le decía que lo iba a ingresar para revisarlo y para explicarle, pero el señor no accedía y le decía al doctor con palabras altisonantes que ya para que lo quería pasar, que hubiera salido antes de que falleciera que ya para qué, finalmente el señor accedió y lo ingresó un camillero en la misma silla de ruedas ya no supe que pasó, posteriormente me enteré que el Director habló con los familiares del occiso en el área de trabajo social, pero no supe que les dijo porque nosotros estábamos afuera haciendo nuestras labores

...
Quiero señalar que cuando ingresé a laborar ahí, se me informó que cuando me tocara el servicio de puerta principal de urgencias, diera fichas numeradas para la gente que solicitara el servicio de consulta, que hiciera un registro de estas personas empezando por la hora en que llegan, el nombre, la causa por la cual solicitan el servicio y el número de póliza de seguro popular, y que en cuanto llegara un usuario nuevo, inmediatamente avisara a la enfermera que estuviera valorando a las personas que ingresan a la sala de urgencias, lo cual regularme así ocurre, esto en razón de que nosotros no tenemos capacitación para determinar quién necesita atención inmediata o quien puede esperar, por tal razón, entramos al área de urgencias y se le avisa a la enfermera que se encuentre en el servicio que llegó un nuevo paciente y ella sale a revisar a las personas a la sala de espera de urgencias, y ella determina quién necesita atención inmediata. Quiero aclarar que el día en concreto que ocurrieron los hechos durante el tiempo que estuve en la puerta de urgencias no me percaté que saliera algún enfermero o enfermera a revisar a los pacientes, desconozco si había personal de enfermería asignado a esa área, pero no había nadie registrando a las personas que iban ingresando porque no se estaban dando fichas, por eso únicamente la gente ese día preguntaba después de quién seguía, siendo todo lo que tengo que manifestar...”.

5. Consideraciones:

a) Falta de seguimiento a estándares en atención de urgencias médicas

De conformidad con los datos expuestos en los puntos que anteceden se encuentra acreditado que efectivamente el señor **XXXXX** asistió al **Hospital General de San Miguel de Allende, Guanajuato, Dr. Felipe G. Dobarganes**, el día 14 catorce de octubre del 2015 dos mil quince, donde falleció a causa de una sepsis secundaria a ruptura de absceso hepático, todo ello sin recibir atención especializada.

Asimismo se tiene información suficiente para acreditar que el encargado del área de urgencias del Hospital el día de los hechos lo era el médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, funcionario de quien se tienen indicios que conoció la solicitud de atención de urgencia que presentaron familiares del entonces paciente **XXXXX**, ello sin que brindara la misma.

Lo anterior representó una falta de diligencia por parte del referido **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, 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.

No obstante lo previamente expuesto, también existen indicios que más allá de la omisión subjetiva por parte del funcionario **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, la falta de atención al señor **XXXXX** 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.

Esto se sostiene así, pues de los datos estudiados se infiere que en la fecha de la defunción del señor **XXXXX** no existió personal de enfermería o médico que diera atención primaria a las personas que solicitaban auxilio médico, es decir que no estaba presente personal calificado o procedimiento por el cual fuera posible establecer el grado de la urgencia presentada, por lo cual el médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero** atendía a los pacientes de acuerdo al orden de su llegada y no con base en una valoración objetiva de los signos que estos presentaban.

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, diagnóstica 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 | Saluda al paciente y realiza la toma de signos vitales (tensión arterial, temperatura corporal, |

| | |
|--|---|
| enfermería general | frecuencia respiratoria y cardíaca). |
| Médico en el área de clasificación del servicio de Urgencias | 1.- Clasifica al paciente de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica, asigna un nivel y color: Emergencia - rojo 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.

La falta del personal y proceso que permitiera conocer las condiciones que presentaba el señor **XXXXXX** el día de su fecha, evitaron que fuera canalizado con la urgencia exigida por el cuadro que presentaba y que derivó posteriormente en 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.

b) Consecuencia de la falta de atención:

La citada falta de atención del médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, así como la omisión sistémica del Hospital General de San Miguel de Allende, 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 14 catorce de octubre del 2015 dos mil quince, 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 profesiones 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 **XXXXX**, influyó indudablemente en la ausencia de elementos objetivos para tomar la mejor decisión en la atención de la quejosa, por lo que resulta aplicable la doctrina de la pérdida de oportunidad o pérdida de chance, 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 esta 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 previsible 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 de queja, la omisión subjetiva del médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, así como la objetiva imputable a la institución estatal **Hospital General de San Miguel de Allende, Guanajuato, Dr. Felipe G. Dobarganes**, 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 **XXXXX** 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** cometida en agravio de **XXXXX**; razón por la cual se realiza juicio reproche en contra del referido médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero** 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 **XXXXX**, 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.

Sirva así de fundamento:

1.- 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”.

2.- Los artículos 113 segundo párrafo 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 **XXXXX**, 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 y fundado, se emiten las siguientes conclusiones:

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite Acuerdo de Recomendación al **Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se instruya el inicio de procedimiento administrativo en contra del médico **Gerardo Plácido Mendiola Guerrero**, otrora adscrito al **Hospital General de San Miguel de Allende, Guanajuato, Dr. Felipe G. Dobarganes**, respecto de la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** en agravio de **XXXXX**.

SEGUNDA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite Recomendación al **Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se indemnice pecuniariamente como forma de **Reparación del Daño** a los familiares directos de **XXXXX**; 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** en agravio de **XXXXX**.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana** a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requieran los familiares directos de **XXXXX**, 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.

CUARTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, médico **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 Miguel de Allende, Guanajuato, Dr. Felipe G. Dobarganes** 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 firma el licenciado **Gustavo Rodríguez Junquera**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.