

RECOMENDACIONES

León, Guanajuato; a los 14 catorce días del mes de diciembre del año 2018 dos mil dieciocho.

VISTO para resolverse el expediente número **81/18-B**, relativo a la queja iniciada de manera oficiosa con motivo de la nota periodística publicada en el diario "am", que lleva por título "*Llegó a urgencias, le pidieron que esperara y fallece en auto*", misma que fuera ratificada por **XXXX**, respecto de actos cometidos en agravio de quien en vida llevara el nombre de **XXXX**, mismos que estima violatorios de sus Derechos Humanos y que atribuye a **PERSONAL ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE SALAMANCA, GUANAJUATO**.

SUMARIO

XXXX, señaló que trasladó a su padre XXXX, el 18 dieciocho de abril de 2017 dos mil diecisiete, al Hospital General de Salamanca, Guanajuato, ello tras presentar dificultades para respirar, sin que fuera atendido médicamente, falleciendo en el exterior de ese lugar en la misma fecha.

CASO CONCRETO

- **Violación del Derecho al Acceso a la Salud**

XXXX, señaló que el día 18 dieciocho de abril de 2018 dos mil dieciocho, trasladó a su padre XXXX al Hospital General de Salamanca, Guanajuato, por presentar dificultades para respirar, sin que fuera atendido médicamente, falleciendo en el exterior del citado nosocomio ese mismo día, luego de tener que esperar de las 14:00 catorce horas a las 17:00 diecisiete horas.

En abono a su dicho, se cuenta con el testimonio de XXXX y XXXX, quienes fueron acordes en señalar que el día 18 dieciocho de abril de 2018 dos mil dieciocho, acudieron al Hospital General de Salamanca, Guanajuato, ya que pretendían que el señor XXXX, recibiera atención médica, toda vez que presentaba dificultad para respirar, así también, que pese a solicitar en múltiples ocasiones a los guardias de seguridad privada se le brindara atención médica para el agraviado, éstos les indicaban que debían esperar, por lo que su familiar falleció luego de esperar desde las 14:00 catorce hasta las 17:00 diecisiete horas aproximadamente en el interior de su vehículo, además los vigilantes no le proporcionaron una camilla o silla de ruedas para bajar al paciente del vehículo cuando requirieron el auxilio para ingresarlo a urgencias.

Ahora bien, particularmente la testigo XXXX, narró que al tratar de ingresar a su suegro XXXX al área de Urgencias, fue interceptada por dos vigilantes, al primero de ellos le solicitó ayuda diciéndole que su familiar venía grave que requerían una silla de ruedas o camilla para bajarlo del vehículo, ante lo cual el guardia le comentó que no tenía sillas y que debía ingresar por la otra puerta; al segundo, la testigo le solicitó que anotara al señor XXXX en una lista para que pasara a consulta y que al momento de anotarlo le comentó que después de que se juntaran cinco pacientes podía pasar la lista a la enfermera para su atención, pues era una indicación que les daban por parte del personal del Hospital, por lo que no le permitieron el acceso.

De igual forma, comentó que el guardia de seguridad privada que anotó en la lista, fue el que preguntó los síntomas de su suegro, haciéndole hincapié que presentaba dificultad para poder respirar y agregó que permaneció hasta las 16:30 dieciséis horas con treinta minutos esperando a que lo llamaran para ingresar a consulta; por último, advirtió que su madre XXXX, le dijo que su suegro ya había fallecido, motivo por el que requirió el auxilio de un enfermero que se encontraba en el lugar, quien le manifestó que no podía retirarse del área, ante las insistencias lo revisó, advirtiéndole que había fallecido.

En tanto, XXXX agregó que ella y su hija XXXX, permanecieron en el área de urgencias y que al ver que no atendían al señor XXXX, decidió solicitar el auxilio de una trabajadora social, quien al informarle la situación que atravesaba su familiar, la servidora pública le indicó que debía respetar las reglas de urgencias y acatar las indicaciones de los guardias de seguridad privada.

De acuerdo al informe rendido por el Administrador y Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital General Salamanca, Alfonso González Saldaña (foja 11), se tiene como hecho probado el que efectivamente el día 18 dieciocho de abril de 2018 dos mil dieciocho, XXXX, acudió al citado nosocomio y que falleció en el exterior del mismo sin recibir atención médica.

Lo anterior es así, pues señaló que el guardia de seguridad privada de nombre XXXX registró la solicitud de atención médica del agraviado a las 15:00 quince horas, donde unas personas solicitaron una camilla o silla de ruedas para un familiar, a lo que fue a buscar pero al no encontrar los canalizó al área de espera de urgencia, en donde le recibió el vigilante XXXX, quien registró la solicitud de atención médica a las 15:15 horas, informándoles que ellos debían llevar al paciente.

De igual forma, advirtió que fue hasta las 16:30 horas que el servicio de TRIAGE registró la solicitud de atención médica, por una persona del sexo femenino quien al parecer ya se encontraba media hora antes en la sala de espera de urgencias y señaló que el enfermero asignado al TRIAGE del servicio de urgencias, salió al área donde

se estacionan las ambulancias percatándose que en el asiento trasero de un vehículo se encontraba el paciente y que al auscultarle latidos cardiacos, palparle su pulso, no encontró ninguna respuesta de parte del paciente.

Añadió que el día de los hechos, en el turno vespertino se encontraba el área de choque saturado de pacientes, a literalidad manifestó:

“...Es importante mencionar que el área del servicio de urgencias, el día 18 de abril de 2018, en el turno vespertino se encontraba saturado de pacientes en sala de choque, observación adultos y pacientes en camillas en el pasillo, la capacidad del área de urgencias adultos es de 3 pacientes en el área de choque y 4 pacientes en el área de observación, encontrándose con una sobresaturación de más del 200% (15 pacientes) y teniendo inclusive paciente en camilla de ambulancia en espera de espacio, unidad que permanecía en el espacio de arriba de ambulancias...”

Por último, indicó que la supervisora de dicha área de nombre América Viridiana Rico Gaytán, avisó al Urgenciólogo, Genaro Gómez y a la enfermera Dulce Zetina las condiciones del paciente, ante lo cual salieron a donde estaba el paciente con una camilla, pero al llegar al lugar los familiares no aceptaron que hiciera nada a su paciente pues previamente ya habían solicitado una silla o camilla la cual le fue negada.

Por otra parte, en el informe rendido por el Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital General Salamanca, Héctor Saúl Nájera Candelaria, ratificó el rendido por su antecesor, refiriéndose a la petición verbal de la parte lesa, en el sentido de que no se repitan hechos como los que nos ocupan, además de haberse girado instrucción al coordinador de la empresa XXXX para que el personal de vigilancia apegue su actuación a los procesos hospitalarios, instruyéndose al personal de vigilancia para que en situaciones de urgencia en área externas, notifique al persona de trabajo social y personal médico de urgencias, pues informó:

“...Así mismo, en fecha 15 de mayo del presente, se instruye por parte del Director del Hospital al Coordinador de la Empresa XXXX, que el personal de vigilancia que se asigne al hospital debe apegarse a procesos del hospitalarios, además con fecha de los corrientes, de igual forma la autoridad de Hospital, instruye al personal de vigilancia a que en situaciones de urgencia en áreas externas deben notificar de forma inmediata al personal asignado al área de Trabajo Social y personal Médico del Servicio de Urgencias...”

En el contexto de los hechos investigados, se pondera que el guardia de seguridad privado, XXXX, señaló recordar que en efecto el quejoso llegó manejando un vehículo que ingresó por urgencias, informando que traían a un enfermo, que requería silla de ruedas, pero como el vigilante no encontró ninguna le dijo que pasara al área de libreta, en donde estaba su compañero XXXX, enterándose posteriormente que el paciente falleció en el vehículo, pues declaró:

“...el día 18 dieciocho de abril del presente año, yo me encontraba en el área de urgencias donde llegan las ambulancias, llego un carro donde venía conduciendo una persona del sexo masculino, quien descendió del vehículo y me dijo que traía un enfermo y que necesitaba una silla de ruedas, por lo que le indiqué que me esperara para ver si había en el área de urgencias por la parte de adentro si había sillas, por lo que anduve buscando no encontrando ninguna, enseguida salí y le informe que no había silla de ruedas... le indiqué que pasara al área donde se encontraban los médicos para que lo pasaran a su enfermo, en este caso paso una persona del sexo femenino, al área donde se encuentra la libreta, es decir donde otros compañeros anotan los nombres de los enfermos o pacientes, en este caso donde se encontraba mi compañero XXXX...desconozco que ocurrió después con el paciente y familiares de él, ya posteriormente me entere sin recordar la hora que había fallecido un persona del sexo masculino quien falleció en el interior de su vehículo...”

En secuencia de los hechos, el guardia de seguridad privado, XXXX, declaró que él es quien recibe a los pacientes que solicitan el servicio de urgencias y que recibió a una mujer que pidió le registraran a un familiar, por lo que le cuestionó en dónde estaba el paciente, a lo que ella le informó que estaba en la camioneta, por lo que le requirió que presentara a su familiar o de otra forma no le podían dar la atención. Informó que ellos como vigilantes anotan a los pacientes que llegan y dependiendo de la gravedad, los pasan al área de TRIAGE, pues informó:

*“...yo me encontraba en el área que se le conoce como “libreta” que es el lugar donde llegan los pacientes, por lo que me tocó registrar a los pacientes que llegan a solicitar el servicio de urgencias...aproximadamente las 15:15 quince horas con quince minutos, llego una persona del sexo femenino, quien me solicitó que le registrara a su paciente o familiar, por lo que le pregunté que donde estaba el paciente ya que ella venía sola, contestándome que lo tenía afuera en una camioneta, por lo que le indiqué que lo trajera para que lo pasara con la enfermera, para que valorara al paciente, respondiéndome que si lo traería, comentándole el de la voz ya que si no lo traía no se le puede dar la atención toda vez que yo no observe nunca donde se encontraba el paciente, por lo que nuevamente la persona del sexo femenino de la cual desconozco su nombre y características, me dijo si ahorita lo traigo, yo me retire a comer a las 16:00 dieciséis horas, supliéndome el guardia XXXX...pero nunca llevo al familiar a la entrada al menos mientras yo estuve en el área de urgencias con la libreta, quiero agregar que para que una persona acceda al área de urgencias **nosotros los vigilantes anotamos sus datos generales, dependiendo de qué tan grave venga se los pasamos al área que le llaman el “TRIAGE”, para que los valore la enfermera o enfermero, cuando vienen personas que les duele la cabeza, o dolores menores los anotamos en la libreta sin excepción y a estos los pasamos después al enfermero o enfermera, ya que siempre se le da prioridad a los que llegan graves, esta instrucción cuando llegué a trabajar ahí así me lo indico mi encargado...”***

En cuanto a lo declarado por el guardia de seguridad privado, XXXX, éste informó que desde las diez y media de la mañana se dio cuenta de la solicitud de personas, avisando que traían un enfermo en un vehículo, a los que les informó que debían llevar al enfermero para ser atendido, pues declaró:

“...aproximadamente las 10:30 diez y media de la mañana, releve a uno de mis compañeros, por lo que observe a dos personas del sexo femenino que me avisaron que traían un enfermo en un vehículo, por lo que les dije que lo trajeran para que fuera atendido por el personal médico, pero yo ya no supe más de los hechos porque me hablaron enseguida por radio para que cubriera la vigilancia de la puerta principal del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, ya que solo yo había acudido a cubrir a otro compañero”.

Asimismo, se recabó declaración de las trabajadoras sociales que se encontraron laborando durante el lapso en que el quejoso y sus familiares solicitaron atención médica, quienes negaron haber respondido a la testigo XXXX que debía respetar las reglas de urgencias y las indicaciones de los guardias cuando solicitaron atención médica para su familiar, pues citaron:

Maribel Guadalupe Mendoza García:

“...ingresando a laborar ese día con un horario a partir de las 14:00 catorce horas a 21:30 veintiuno treinta horas, ya que recibí el turno de mi compañera trabajadora social Georgina Rivas Díaz, por lo que de los hechos que investiga este organismo, los desconozco en su totalidad, solo quiero agregar que por el área en que laboro, escuche a personal de vigilancia que dijo “ay un muertito afuera”, por lo que me acerqué al guardia de seguridad privada a preguntarle de que se trataba, pensando que había fallecido algún paciente, lo anterior para dar los trámites correspondientes...”

Georgina Rivas Díaz:

“...el día 18 dieciocho de abril del presente año, ingresé a laborar dentro de un horario de trabajo de siete de la mañana a las dos y media de la tarde, junto con la trabajadora social Josefina Navarro, en el mismo horario ya citado, pero sobre los hechos que investigan este organismo protector de los derechos humanos, no puedo pronunciarme sobre los mismos, toda vez que los desconozco en su totalidad...”

Josefina Navarro Medina:

“...toda vez que el día 18 dieciocho de abril del presente año, laboré ese día en el área de trabajo social del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, dentro de un horario de ocho de la mañana a las quince treinta horas, pero de los hechos que se investigan dentro de la presente queja no puedo pronunciarme sobre los mismos, toda vez que los desconozco en su totalidad...”

Hasta lo aquí expuesto se tiene confirmado que efectivamente el quejoso, su esposa y su suegra, acudieron al Hospital General de Salamanca, peticionando atención médica en favor del señor XXXX que, aún con vida, se encontraba al interior de un vehículo que fue estacionado en el área de urgencias del hospital, solicitando una silla de ruedas o camilla para bajarle de la unidad, lo que no le pudo ser proporcionado, hasta que fue determinado su fallecimiento sin haber recibido atención médica, atentos a lo informado por el Administrador y Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital General Salamanca, Alfonso González Saldaña y la parte quejosa.

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 primer lugar el pasante de enfermería Ángel Alejandro Vidal Cano, afirmó haber estado asignado a cubrir el servicio de clasificación de urgencias Triage, así como recibir el nombre de los pacientes por parte de los guardias de seguridad privada para posteriormente clasificar la urgencia de las personas que se presentan a recibir atención médica; agregó que el día de los hechos a las 16:30 una mujer le solicitó muy alterada que auxiliara a un familiar e indicó que inmediatamente salió del consultorio trasladándose al estacionamiento de ambulancias, donde se encontraba un vehículo particular con una persona en posición sedente, verificó su pulso, latidos cardiacos, ante lo cual se percató que no presentaba ningún signo vital. Posteriormente, informó la condición del paciente al encargado de urgencias, doctor Genaro Gómez Mendoza quien indicó que acudiera en compañía de las enfermeras Dulce Maribel Zetina Sánchez y América Viridiana Rico Gaytán, quienes al llegar al área de estacionamiento para ingresar al paciente, los familiares se negaron. Así también precisó que en ningún momento le fue informado que había una persona en el estacionamiento para valoración médica, pues a literalidad indicó:

“...dentro de mis funciones es clasificar la urgencia de los pacientes que van llegando a esa área, la lista de pacientes se anotan en una lista que lleva el vigilante, pero siendo aproximadamente las 16:30 dieciséis horas con treinta minutos, una persona del sexo femenino llorando y muy alterada me dijo “ayude a mi familiar el cual se encuentra muy mal” por lo que de inmediato me salí del consultorio asignado para revisar a los pacientes que llegan...salí donde se encontraba el área donde se estacionan las ambulancias donde le paciente se encontraba en la parte trasera del vehículo, en posición sedente, por lo que me acerqué y verifique su “CAB” que significa buscar su pulso, escuchar los latidos con estetoscopio y verificar las vías aéreas, es decir que estuviera respirando y que no le obstruya nada, escuchar los ápices pulmonares, además de revisar las pupilas para ver que se retraigan, en la revisión todo fue negativo, ya que no presentaba ningún signo vital...informe lo ocurrido al doctor Genaro Gómez, además se encontraba en el área la enfermera de nombre “Dulce Maribel”, donde les dije que el paciente se encontraba en el área del estacionamiento de las ambulancias, y que la persona no presentaba signos vitales, en esos instantes llegó la enfermera de nombre “América”, por lo que el doctor Genaro Gómez, nos dio la indicación que fuéramos por el paciente por lo que salimos en una camilla, pero los familiares se opusieron a que lo subiéramos a la camilla y pasarlo a la unidad médica...en ningún momento se me informó que había una persona en el área de estacionamiento para su revisión, lo anterior ni por parte de los guardias, de familiares, hasta el momento que ya narré líneas arriba...”

Por su parte, el doctor Genaro Gómez Mendoza, médico de urgencias, indicó que le fue informado por el enfermero asignado a urgencias Ángel Alejandro Vidal Cano, que al revisar a petición de unos familiares a un señor que se encontraba en un vehículo en el estacionamiento del hospital, se percató que no presentaba signos vitales, por lo que dio la instrucción de ingresarlo al hospital; asimismo, explicó el procedimiento de ingreso de los pacientes al área de urgencias, consistente en que los guardias de seguridad privada recaban datos a familiares o enfermo y éste último pasa al área de TRIAGE, para definir si se pasa a consulta, urgencia o choque lugar en donde siempre se encuentra un enfermera o enfermero, al decir:

“...siendo aproximadamente 17:00 diecisiete horas, el enfermero que se encuentra en el área de “TRIAGE” en este caso estaba el enfermero de nombre “Ángel” quien me indico, que familiares de una persona que se encontraba en un automóvil afuera del área de urgencias, le habían solicitado salir para revisar a un señor, y que al revisarlo se había percatado de que no tenía signos vitales, por lo que de inmediato me avisó, dándole la indicación de que ingresarán al señor...el método de ingreso a urgencias es que primero los guardias le toman datos a los familiares o al enfermo en su caso y estos últimos los pasan al área de “TRIAGE”, para que en esa área se defina si pasa a consulta, a urgencias o a choque, ya que siempre en la citada área se encuentra una enfermera o enfermero...”

En tanto, las enfermeras América Viridiana Rico Gaytán y Dulce Maribel Zetina Sánchez, fueron acordes en referir que su compañero Ángel Alejandro Vidal Cano, les informó que había un paciente en el estacionamiento de ambulancias del área de Hospital, motivo por el que el doctor Genaro Gómez Mendoza les dio la indicación de ingresar al paciente, e indicaron que los guardias de seguridad privada son quienes le informan al encargado del área de TRIAGE los pacientes que acuden al nosocomio, quien a su vez los clasifica dependiendo de los datos que le proporcionen los guardias, pues cada una de ellas mencionó:

América Viridiana Rico Gaytán:

“al área del “TRIAGE” que significa método de selección y clasificación de pacientes en la Medicina de emergencias y desastres, donde se encontraba el pasante de enfermería de nombre Ángel Vidal Cano, ya que el que se encuentra en el área de “TRIAGE” es el que tiene contacto con los vigilantes, quienes le informan de los pacientes que van llegando, para que este a su vez los clasifique dependiendo que datos les proporcione los guardias de seguridad privada, quienes son los que tienen el primer contacto con los familiares o en su caso con el enfermo, ya que los guardias son los que reciben a las personas de urgencias y estos los anotan en una libreta, posteriormente dando la información al área de “TRIAGE”, que es donde se encuentra la enfermera de turno, quien a su vez debe valorar al paciente tomándole sus signos vitales y este a su vez le informa a los médicos de urgencias, en qué condiciones viene el paciente, para su atención inmediata o en su caso si puede esperar un poco más la persona, dándole prioridad a las personas que son de urgencia con código rojo que es el más grave...doctor Genaro Gómez Mendoza, lo anterior en cuestión de minutos a quien le explique lo ocurrido, diciéndome el citado médico “pásenlo” ante lo anterior agarramos la camilla la enfermera del área de choque de nombre Dulce Zetina, Ángel Vidal y la de la voz, por lo que salimos y estaba el carro parado con mucha gente alrededor, por lo que yo pregunté que quienes eran los familiares, recuerdo que era una persona del sexo femenino y otra del sexo masculino, a quienes les dije vamos a pasar a su familiar y estos nos gritaron “no ya no, ya para que si ya falleció, ya viene una patrulla, además desde hace rato pedimos una camilla o silla al vigilante y no nos la dio”

Dulce Maribel Zetina Sánchez:

“...el pasante de enfermería de nombre “Ángel”, nos comenta que se encuentra un paciente afuera, el cual ya no tiene signos vitales...de inmediato me calzo los guantes, y tomo mi estetoscopio, enseguida me topo con la enfermera de nombre “América” quien ese día estaba de encargada de la guardia de enfermería...enfermera “América” y la de la voz al tratar de salir a ver a la persona, nos topamos con una persona del sexo masculino quien nos dijo “a donde van ya no quiero la atención mi familiar ya se murió, ya hable a la policía es un caso legal, ya que murió en la vía pública”...para dar atención en el área de urgencias primero se llega donde se encuentra el guardia, este los anota en una libreta de registro, este a su vez le pasa el dato a quien este en el área “TRIAGE”, que es el área donde se clasifica los códigos de la urgencia o no del paciente, ya que en esa área se toman signos vitales, y se clasifica dependiendo la gravedad...”

A su vez, el doctor Alejandro Aponte Raygoza, Coordinador Médico del turno Vespertino del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, precisó que al ser sabedor de los hechos ocurridos, se entrevistó con la enfermera América Viridiana Rico Gaytán, quien le manifestó que existió un problema con los guardias de seguridad privada por no proporcionar a los familiares del paciente fallecido una silla o camilla, además que al entrevistarse con uno de los vigilantes, le cuestionó el motivo por el que omitió avisar al personal médico de las condiciones del paciente, ante lo cual le mencionó que *lo mandó a la sala de espera*.

Así, de las declaraciones expuestas y analizadas en los párrafos previos se confirma que no existen indicios que apunten que el personal médico y de enfermería del Hospital General de Salamanca, Guanajuato hubiese atendido al paciente XXXX el día 18 dieciocho de abril de 2018 dos mil dieciocho; y en ese mismo contexto, existen elementos suficientes para conocer que existió una sobredemanda en la atención médica que el personal se encontraba posibilitado de brindar, pues incluso el Administrador y Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, indicó que ese día el área de servicio de urgencias se encontraba sobrepoblado, además que el primer contacto que tienen los pacientes son con personal de seguridad privada.

En efecto, resultó incontrovertible el punto de queja que nos ocupa, consistente en que fue solicitada atención médica en favor de quien en vida atendiera al nombre de XXXX, la que no logró ser proporcionada, sobreviniendo su fallecimiento.

Incluso, la lógica y concatenación de indicios, proporcionan un mayor grado de certeza respecto a circunstancias narradas por los familiares del ahora fallecido, como lo son, que solicitaron a los guardias de seguridad privada que actúan como filtros en el área de servicio de urgencias desde las 14:00 catorce horas, en reiteradas ocasiones el auxilio para que su familiar fuera atendido.

Aunado a lo anterior es dable ponderar, que lo declarado por la parte lesa, la autoridad estatal y los guardias de seguridad privada, son acordes en exponer que el primer contacto de los pacientes, es con los guardias, incluso queda advertido que se revelan dos filtros antes de que el paciente pueda acceder a la atención directa de un profesional de la salud, además se considera que el guardia XXXX precisó que ellos como vigilantes determinan la gravedad de los pacientes para luego entonces canalizarlos al TRIAGE, pues recordemos que aludió:

“...dependiendo de qué tan grave venga se los pasamos al área que le llaman TRIAGE, para que los valore la enfermera o enfermero...esta instrucción cuando llegué a trabajar ahí así me lo indicó mi encargado...”

De lo anterior, existen indicios que más allá de una omisión subjetiva, la falta de atención al señor XXXX derivó 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 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

	<i>Paciente clasificado en ROJO</i>
<i>Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias</i>	<i>Activa la alerta roja e ingresa en forma directa al paciente al área de reanimación</i>
	<i>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</i>
	<i>Paciente clasificado en amarillo</i>
<i>Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencia</i>	<i>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.</i>
	<i>Indica al familiar o persona legalmente responsable para proporcionar datos en admisión de urgencias para su registro.</i>
	<i>Paciente clasificado en verde</i>
<i>Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencia</i>	<i>Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, de su estado de salud y el tiempo de probable de espera para recibir su consulta.</i>
	<i>Fin del procedimiento</i>

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 XXXX, 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 la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica que, prioriza garantizar la prestación de atención médica que por la gravedad tal, precisa su atención inmediata, que permita limitar la progresión de la enfermedad o daño y que pone en riesgo la vida:

El Sistema Nacional de Salud, tiene como uno de sus objetivos principales, garantizar la prestación de servicios de atención médica a la población que lo demande, situación que adquiere mayor relevancia cuando el requerimiento de atención médica, se debe a una urgencia médica, ya que, en estas circunstancias, el demandante del servicio se encuentra en un estado de gravedad tal, que precisa de atención inmediata, para poder limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que pone en riesgo su vida, un órgano o función.

Para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, así como que dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan, atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica.

En esta norma, se describen las características y requerimientos de la infraestructura física, el equipamiento mínimo, los criterios de atención, organización y funcionamiento del servicio de urgencias en un establecimiento para la atención médica, así como del personal del área de la salud que interviene en la prestación de los servicios, lo que conjuntamente con el cumplimiento de otras disposiciones jurídicas aplicables, permiten brindar a los pacientes la atención médica inmediata, segura y con calidad que requiere para enfrentar el estado de urgencia que lo aqueja.

Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, establece que el servicio de urgencias debe contar con procedimientos médico-administrativos, internos, previendo y disponiendo lo necesario para que la atención médica se brinde las 24 horas los 365 días del año, debiendo ser, al menos un elemento médico y uno de enfermería quienes deberán atender de forma inmediata y directa al paciente que lo requiera, además que debe contarse con una estación de camillas y sillas de ruedas, ubicadas junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos, lo que tampoco ocurrió en el caso particular, al negarse camilla o silla de ruedas al entonces paciente,

quien en efecto se encontraba a bordo de un vehículo localizado por el área de urgencias de ambulancias, a saber:

5.1 El servicio de urgencias al que se refiere esta norma, deberá contar con un médico responsable del servicio.

5.2 En el establecimiento para la atención médica que cuente con un servicio de urgencias, el médico responsable de dicho servicio, deberá establecer los procedimientos médico-administrativos internos, así como prever y disponer lo necesario para que el mismo pueda proporcionar atención médica durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

5.3 En el servicio de urgencias, deben estar disponibles permanentemente, al menos un médico y un elemento de enfermería para atender de forma inmediata al paciente que lo requiera.

5.4 Para la recepción del paciente en el servicio de urgencias, se requiere que un médico valore y establezca las prioridades de atención del mismo...

6.1 El médico responsable del servicio de urgencias deberá:

6.1.1 Establecer y supervisar la aplicación de instrumentos de control administrativo, para el aprovechamiento integral de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles...

6.2 Para la atención del paciente en el servicio de urgencias, será necesario que el personal médico lleve a cabo las siguientes actividades:

6.2.1 Determinar las necesidades de atención de los pacientes, con base en protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas...7. De la infraestructura física y equipamiento del servicio de urgencias

7.1 El servicio se ubicará preferentemente en la planta baja del establecimiento y deberá contar con accesos directos para vehículos y peatones desde el exterior del inmueble, así como con los señalamientos suficientes que orienten a los pacientes.

7.2 Deberá contar como mínimo con las siguientes áreas:

7.2.1 Estación de camillas y sillas de ruedas, ubicada junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos, así como al módulo de recepción y control;

7.2.2 Módulo de recepción y control, ubicado de tal forma que pueda ser fácilmente identificado por los pacientes;...

7.5 El servicio de urgencias, debe contar con el apoyo de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del establecimiento, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Lo que en la especie no ocurrió pues ha quedado acreditado que fueron los filtros de vigilantes quienes atendieron a la parte lesa, sin lograr canalizarles a un módulo de recepción y control con atención de un profesional de la salud.

La citada omisión sistémica del Hospital General de Salamanca, 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 **XXXX** el día 18 dieciocho de abril de 2018 dos mil dieciocho, 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 primer contacto hubiera sido por parte del personal médico y de enfermería del Hospital quienes tras valorar debidamente los signos de alarma en la salud del hoy agraviado desde su arribo 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.

En esta tesitura, se coligió la nula atención médica por parte de los profesionales de la salud adscritos al Hospital General de Salamanca, de acuerdo a los requisitos mínimos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 y 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, establecido por el Gobierno federal, y que fuera solicitada en favor del señor XXXX, desde las 14:00 horas del día 18 dieciocho de abril del año en curso, registrada en el referido hospital hasta las 15:00 horas y que no logró ser brindada hasta que se determinó su fallecimiento a las 17:25 horas, cuando todavía se localizaba a bordo en el vehículo de motor del que no se logró bajar, al no haberles proporcionado camilla o silla de ruedas para tal fin y cuya emergencia resultaba tal, que derivó su defunción.

De igual forma, no es posible desdeñar el presente señalamiento, pues resulta inadmisibles que la autoridad en materia de salud, atentos al primer informe rendido dentro del sumario, así como de la declaración del personal de enfermería conformado por Dulce Maribel Zetina Sánchez y Ángel Alejandro Vidal Cano pretendan responsabilizar a los familiares del fallecido, por desconocer la estructura interna del Hospital General de Salamanca, el primero al referir que se acercaron al área de TRIAGE, hasta las 16:30 horas, cuando se cuenta con testimonios que avalan que desde las 14:00 horas, se solicitó la atención médica en la puerta del Hospital y del personal de enfermería al referir que generalmente cuando los familiares llevan grave a un paciente, se ponen agresivos, brincándose las indicaciones de los guardias; lo anterior es así ya que es un hecho notoriamente conocido que no es posible el ingreso libre al nosocomio, pues los guardias de seguridad privada no permiten el libre acceso a la instalación. Luego, por lo que hace a este punto de queja, la omisión objetiva imputable a la institución estatal Hospital General de Salamanca, 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 XXXX 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 Violación del Derecho al Acceso a la Salud cometida en agravio de XXXX; razón por la cual se realiza juicio reproche en contra de la autoridad estatal por 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 XXXX, 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 109 fracción III tercera 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 fundamentada 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 del acceso a la salud de **XXXX**, 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*.

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 en derecho fundado, 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 de Guanajuato, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, a efecto de que instruya el

inicio de procedimiento administrativo en contra del Director General del Hospital General de Salamanca, así como del médico responsable del área de atención de urgencias del mismo hospital, por no apegar el funcionamiento del área de urgencias a la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 y a 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, establecidos por el Gobierno Federal, que determinó la **Violación del derecho al Acceso a la Salud** en agravio de **XXXX**.

SEGUNDA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, para que se indemnice pecuniariamente como forma de **Reparación del Daño** a los familiares directos de **XXXX**; lo anterior respecto de la acreditada violación a sus derechos humanos, consistente en la **Violación del Derecho al Acceso a la Salud** en agravio de **XXXX**.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, 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 Salamanca, 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.

L. JRMA* L. LAEO* L. MMS*