

RECOMENDACIONES

León, Guanajuato; a los 30 treinta días del mes de mayo del año 2018 dos mil dieciocho.

V I S T O para resolver el expediente número **184/17-B**, relativo a la queja presentada por **XXXXX** y **XXXXX**, respecto de actos cometidos en agravio de su hijo **XXXXX**, mismos que considera violatorios de sus Derechos Humanos y que atribuye a **PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE SALAMANCA, GUANAJUATO**.

SUMARIO

XXXXX y XXXXX, consideraron que su hijo de XX años de edad, perdió la vida el día 22 veintidós de junio del 2017 dos mil diecisiete, por la deficiente atención médica que le brindó el personal médico y de enfermería del Hospital General de Salamanca, Guanajuato.

CASO CONCRETO

- **Violación del derecho de los niños al acceso a la salud.**

XXXXX y XXXXX, se dolieron de la falta actuación de parte del personal médico del Hospital General de Salamanca que derivó en el fallecimiento de su hijo de XX años de edad, a quien no lograron diagnosticar, pues manifestaron:

“...Comparecemos para formular queja por escrito, en contra del doctor Jesús Rico Ramírez, doctora Laura Elena Alonso, enfermera Emmanuela Ramírez Torres, enfermera Liliana Hernández Mora, trabajadora social Martha Alejandra, médico residente Mauricio López Acevedo; enfermera América Viridiana Rico Gaytán, todos adscritos al Hospital General del Salamanca, Guanajuato; a quienes atribuimos violaciones a los derechos humanos de nuestro hijo de quien en vida respondiera al nombre de XXXXX quien contaba con XX años de edad, así como de violentar nuestro derechos humanos... nos causa agravio que el personal médico y de enfermería que hemos señalado como responsables de violentar nuestros derechos humanos y los de nuestro hijo XXXXX, hayan sido omisos en darnos la información oportuna del problema de salud que presentó nuestro citado hijo, para que con ello pudiésemos tomar las decisiones que fueran pertinentes para buscar otras opciones de atención médica especializada que permitiera a nuestro hijo XXXXX recibir la atención que le permitiera recuperar su estado de salud”.

En una segunda comparecencia los quejosos, insistieron en señalar la falta de diagnóstico sobre el padecimiento de su hijo, además del retraso en la atención médica, al referir:

“...desconocemos si los medicamentos que se aplicaron en su momento a XXXXX fueron o no los adecuados o las cantidades o los efectos, que es algo que nunca nos explicaron, pero en realidad nunca supieron lo que tenía nuestro hijo. Pero sobre todo, nunca nos explicaron por qué si no sabían qué tenía mi hijo o qué tenían que hacer, por qué tardaron tanto entre un estudio y otro; por qué no nos informaban, por qué si ya sabían que no tienen el equipo ni los especialistas necesarios, por qué no trasladaron a nuestro hijo a otra institución; Secretaría de Salud tiene varios hospitales; por qué tardaron tanto en buscar un neurólogo que viera a nuestro hijo, no es posible que porque es fin de semana no pudiera ser atendido mi hijo, no es posible que no cuenten con neurólogos de guardia; y por qué es más importante sus protocolos o una hoja para referir a mi hijo a otro hospital si ellos no podían; incluso por qué esperaron tanto para decirnos que la resonancia magnética podía hacerse en un lugar particular, que sí sabían de esta opción. Toda esta dilación y negligencia permitió que XXXXX tuviera primero una muerte cerebral y fue hasta entonces que se movieron para mandarlo a otra institución y a nosotros no se nos informó hasta el Hospital Pediátrico de León que nos informaron que nuestro hijo tenía muerte cerebral, pues aun cuando la doctora dice que ella anduvo buscando un neurólogo, prueba de que no hicieron las cosas bien es que cuando supuestamente había la posibilidad que lo valorara el neurólogo del Hospital Materno de Irapuato, después se dan cuenta que no pueden recibirlo porque mi hijo tenía XX años, no es posible que no hubieran dado la edad y finalmente, nunca supieron que fue lo que tuvo mi hijo y permitieron que acabara su vida. (Foja 156)

De frente a la imputación, la Encargada del Despacho de la Dirección del Hospital General de Salamanca, Ailema García Martínez, informó que el niño XXXXX recibió atención médica en todo momento, pues refirió que el día 14 catorce de junio del 2017 dos mil diecisiete, acudió al citado nosocomio donde fue valorado inmediatamente por el servicio de urgencias, quien tras realizar la valoración médica correspondiente y el interrogatorio indirecto a la madre de quien le manifestó haber presentado una primera crisis convulsiva motivo por el cual se determinó su ingreso, al encontrarse en observación, presentó una segunda crisis convulsiva, siendo valorado por pediatría, aplicándole tratamiento anticonvulsivo.

Así mismo, indicó que el jueves 15 quince del mismo mes y año, se trasladó al paciente al Hospital de Valle de Santiago, a efecto de realizar de realizarle una tomografía axial computarizada del cráneo, estudio que reportaba al paciente con un resultando normal, íntegro neurológicamente, con valoración de 15 en escala de Glasgow.

Informó que el día 16 dieciséis del mismo mes y año, se le practicó al paciente, una punción lumbar, con apoyo del área de anestesiología, previa sedación con midazolam 0.5 mg, fentanil 20 microgramos, recabándose muestras para laboratorio, aseveró que dicha práctica es posible realizarla en cama, en tanto se observe estricta observancia de procedimiento quirúrgico, como lo es, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles y utilizando material estéril; así mismo, indicó que el resultado del examen resultó normal, descartando neuro infección.

Refirió que el médico pediatra de guardia, revisó al niño en todo momento y solicitó a del sistema de referencia y contrareferencia, una resonancia magnética, y que al presentarse una tercera convulsión, realizó una intubación permaniendo monotorizado en todo momento, indicó que el día 18 dieciocho del mes y año en cita, se elaboró referencia al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, quien no aceptó al paciente, motivo por el cual la Jefa de Pediatría solicitó apoyo del Hospital de Especialidades Pediátrico de León, el día 20 veinte de junio de 2017 dos mil diecisiete a las 10:00 diez horas vía WhatsApp; mencionó que el día 19 diecinueve de mismo mes y año, se reportó que el paciente estaba desaturando, por lo que se le cambió el tubo, aclaró que en ningún momento se dejó al paciente sin apoyo ventilatorio.

Señaló también que le padre del paciente sufragó el gasto del estudio de resonancia magnética que se había logrado programar hasta el día 22 de junio en el Hospital General de Celaya, del cual arrojó un diagnóstico de sinusitis, por lo que se continuó con las gestiones para valoración de neurólogo en el Hospital Materno Infantil.

Así también, se pronunció respecto a los hechos atribuidos al personal de enfermería, al decir que Emmanuela Ramírez Torres enfermera del área de pediatría, aplicó 5 mg de dimazonal en lugar de 0.5 mg, toda vez que el citado personal es el responsable de la administración de los medicamentos en seguimiento a la indicación médica, siendo de extrema relevancia la comprobación de dosis, pues la ruptura de protocolos puede causar riesgo para la seguridad del paciente, por lo tanto una indicación verbal después de recibida y antes de ejecutarle debe ser comprobada, además se limitó al reporte asentado en la descripción de hechos referente a la indebida actuación de ésta al haberle suministrado al paciente una ampolleta que se había quebrado cuando se le cayó al piso.

En cuanto a los hechos atribuidos a la enfermera Liliana Mora Hernández relativos a haber aplicado al paciente rápidamente un medicamento, lo cual ocasionó que el niño gimiera y se moviera de un lado a otro, la autoridad de salud informó que el personal de enfermería cuenta con función asistencial, teniendo bajo su responsabilidad la aplicación de medicamentos.

Señaló que el día sábado 17 diecisiete del mismo mes y año, la enfermera Patricia Ramírez Quintanilla, identificó la presencia de edema en la mano del niño, en donde tenía instalada la venoclisis, por lo que procedió al cambio de sitio.

Por último, la encargada del despacho de Dirección del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, aludió que en fecha 20 veinte de junio de 2017 dos mil diecisiete, el niño XXXXX fue recibido en el Hospital de Especialidades pediátrico en León, en donde le diagnosticaron muerte cerebral y el día 22 veintidós de junio de 2017 dos mil diecisiete su deceso ocasionado por estado epiléptico, sin precisar que ese fuera el diagnóstico exacto.

De conformidad con la narración de los quejosos, así como con el informe rendido por la doctora Ailema García Martínez, Encargada del Despacho de la Dirección del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, se tienen como hechos probados y no controvertidos los siguientes:

Que efectivamente el paciente XXXXX, el día 14 catorce de junio de 2017 dos mil diecisiete, acudió al Hospital General de Salamanca, Guanajuato, por presentar fiebre y una convulsión, donde al encontrarse en observación volvió a convulsionarse, motivo por el cual le suministraron anticonvulsivos y lo ingresaron al área de pediatría; el día 15 quince de junio se le suministró tratamiento antimicrobiano y se ordenó una tomografía axial computarizada de cráneo, mismo que arrojó resultados normales.

Quedó confirmado que el día 16 dieciséis de junio de 2017 dos mil diecisiete, personal médico del turno matutino, realizó una exploración al paciente, del cual lo notó somnoliento con una valoración Glasgow de 13-14, por lo que determinó la realización de una punción lumbar a fin de descartar una neuroinfección, con la participación del personal de anestesiología, resultando normales.

Del mismo modo, se confirmó que el día 17 diecisiete de junio del año en cita, personal de pediatría revisó al niño y al percatarse que seguía somnoliento, determinó solicitar a través del sistema de referencia y contra referencia una resonancia magnética como parte del protocolo, lo cual se tramitó con personal de trabajo social, presentando a las 18:00 dieciocho horas una crisis convulsiva, que ese día durante el turno nocturno el niño presentó una nueva crisis convulsiva, a pesar del tratamiento aplicado, momento en el que se intubó.

A más, se corroboró que el día 18 dieciocho de junio se elaboró referencia al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, el cual no aceptó al paciente; finalmente, se tiene que en fecha 20 veinte de junio de

2017 dos mil diecisiete fue recibido por el servicio de Neurología del Hospital de Especialidades Pediátrico de León, Guanajuato, en donde le fue diagnosticado muerte encefálica y por último que su deceso ocurrió el día 22 veintidós de junio a las 02:55 dos hora con cincuenta y cinco minutos.

El fallecimiento del niño XXXXX, hijo de XXXXX y XXXXX, obra en las constancias que integran el expediente médico, en el que se aprecia el resumen de hospitalización expedido por la Encargada del Despacho de la Dirección del Hospital General de Salamanca, doctora Ailema García Martínez, así como en el certificado de defunción (foja 66) en el que se concluyó como causa de muerte *estado de mal epiléptico*.

Este organismo recabó al caso, una serie de declaraciones a diversos funcionarios médicos y de enfermería adscritos al Hospital General de Salamanca, Guanajuato, quienes admitieron haber atendido al niño XXXXX en el mes de junio de 2017 dos mil diecisiete, en lo esencial dijeron que su actuación fue apegada a los estándares aplicables.

Al respecto, la Jefa del Servicio de Pediatría, Laura Elena Alonso Eguía Liz, indicó que tiene conocimiento de la atención que se brindó al paciente por los médicos adscritos al área que ella preside, refiriendo que su participación directa ocurrió en fecha 17 diecisiete de junio de 2017 dos mil diecisiete, cuando se le hizo el señalamiento de que existía una fuga en el tubo, por lo que con ayuda del médico residente procedió a cambiarlo, negando que el niño quedara sin oxígeno, así también, señaló haber solicitado al servicio de Urgencias del Estado de Guanajuato del cual no se recibió respuesta por el Hospital de Celaya y por último al Hospital Pediátrico de León, donde fue finalmente recibido el paciente.

Además señaló que los médicos adscritos al área de pediatría Raúl Olguín Sánchez y Salvador Santoyo, tuvieron contacto directo con el paciente, el primero de los mencionados al determinar su ingreso al área de pediatría y el segundo determinó los estudios de tomografía encefálica, los cuales al resultar normales, determinó la realización de una punción lumbar a fin de descartar o confirmar meningitis y al arrojar resultados negativos, determinó el estudio de resonancia magnética pues indicó:

“...En cuanto a la atención del niño en el área de urgencias, preciso también que, no soy encargada de esa área, nosotros no recibimos al menor sino que fue personal médico de urgencias en las primeras horas del día 15 quince de junio del año en curso y fue de dicha área donde se nos requirió la valoración, por lo que el doctor Raúl Olguín Sánchez, médico pediatra determinó el ingreso del niño a hospitalización de pediatría ya que los signos que presentaba como eran crisis convulsivas de primera vez y fiebre, no son frecuentes en niños de XX años, por lo que se hacía necesario la realización de estudios. El doctor Salvador Santoyo ordenó la realización de una tomografía, la cual tuvo que realizarse en el Hospital de Valle de Santiago, Guanajuato, ya que no contamos con tal equipo; el resultado de dicho estudio no arrojó dato alguno que nos permitiera un diagnóstico cierto, por lo que indicó la realización de una punción lumbar a fin de descartar o confirmar la presencia de una meningitis; resultando normal el estudio, por lo que se descartó también esta enfermedad y se valoró la posibilidad de resonancia magnética, siendo para esta fecha el día 16 dieciséis de junio; sin que a este día hubiera presentado ya crisis convulsivas y se le mantenía con el tratamiento para evitar éstas, siendo la fenitoina o DFH que refieren los padres, que es el tratamiento para crisis convulsivas de primera vez...Respecto al señalamiento que realizan de que a la de la voz se me hizo el señalamiento de que había una fuga en el tubo y que yo había indicado que no era así, que veía que estaba saturando bien, quiero precisar que no es verdad el señalamiento que realizan así como que me disponía a retirarme y fue hasta que vi por el reflejo del cristal que el niño estaba desaturando que regresé, pues él se encontraba en la cama 8 ocho y no es posible que yo viera por los cristales que desaturaba, sino que lo que sucedió es que fui informada por la enfermera de turno que estaba a punto de salir, que al parecer el tubo tenía una fuga, efectivamente me di cuenta de que tenía una saturación correcta al 97% pero no obstante ello, procedí a revisar y me percaté al acercar mi oído el ruido una pequeña fuga, por lo que, con apoyo del médico residente se procedió al cambio del tubo, con la secuencia de intubación rápida, siempre bajo mi supervisión y con auxilio de enfermeras; es falso que el niño haya quedado cinco minutos sin oxígeno y que durante el cambio del tubo se le haya dejado sin ventilación ya que en todo momento se estuvo ventilando y el procedimiento de sustitución de tubo es muy rápido y no lleva más de un minuto y en caso de que no se pueda intubar, hay que ventilar y reiniciar procedimiento pero en este caso no se hizo necesario y fue en el primer intento...A través de la red, nos contactamos con el doctor Gessen Salmeron, quien es neurólogo y trabaja en otros nosocomios, a fin de solicitar su opinión y ver la posibilidad de que él lo valorara una vez que ingresara a laborar en el Hospital Materno Infantil en Irapuato al día siguiente; para ello, se le hicieron llegar imágenes vía WhatsApp de los estudios practicados, siendo su opinión de que sólo había datos de una sinusitis, sugiriendo confirmar disponibilidad de lugar en el Materno Infantil de Irapuato para su valoración el 20 veinte de junio a las 9:00 nueve horas; sin embargo el Hospital Materno Infantil no recibe niños mayores de 5 cinco años por lo que se buscó apoyo vía Servicio de Urgencias del Estado de Guanajuato (SUEG), a través del cual no se obtuvo respuesta del Hospital de Celaya y del Pediátrico de León no había respuesta por lo que me contacté de manera directa con el Subdirector matutino del Hospital Pediátrico de León, a quien conozco de manera personal y le pedí me apoyara para la valoración de XXXXX por un médico neurólogo, enviándole también por la vía ya indicada los estudios y el formato de referencia; y una vez que hablo con el intensivista su respuesta fue que enviáramos al niño inmediatamente y así se hizo; aproximadamente a las 13:00 trece horas llegó la ambulancia del SUEG y para esta hora el niño había pasado ya con datos de choque, por lo que una vez que fue tratado farmacológicamente y estabilizado, fue referido al Hospital Pediátrico, de donde a su vez, lo contrarefirieron al día siguiente, 21 veintiuno de junio, informándome el Subdirector que es el doctor José Carranco que el niño presentaba datos de muerte encefálica; arribó la unidad con nosotros a las 18:00 dieciocho horas y a las 2:55 dos horas con cincuenta y cinco minutos del 22 veintidós de junio del año en curso, falleció XXXXX ...”

Por su parte, el médico pediatra J. Jesús Rico Ramírez, señaló haber atendido al hijo de los quejosos, el día sábado 17 diecisiete de junio de 2017 dos mil diecisiete, mismo que tenía 48 cuarenta y ocho horas sin fiebre y sin convulsiones, tenía movimientos espontáneos y respondió a estimulación con Glasgow de 12, por lo que no requería intubación, y las notas aludían había recibido sedantes, pero alrededor de las seis de la tarde, el niño presentó una crisis convulsiva, por lo que le ministró medicamento sedante, determinando que fuera valorado por neurólogo pediatra, ya que no contaban con diagnóstico preciso.

Así también, señaló que al día siguiente, domingo al iniciar su turno se percató de que el niño estaba intubado al haber presentado deterioro en su salud, elaborando entonces una referencia que subió al Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato, a efecto de buscar un Hospital de Tercer Nivel, pues el Hospital General de Salamanca no cuenta con neurólogos pediatras.

Agregó haberle informado al padre del niño, la carencia de diagnóstico y la dificultad de encontrar un neurólogo pediatra, sabiendo del caso hasta el fallecimiento del niño, quien falleció de una enfermedad rara, pues sus estudios eran normales y su deterioro era progresivo.

A su vez, el residente de pediatría Mauricio López Acevedo, aseguró que no mantuvo al niño cinco minutos sin oxigenación, precisando que cuando no es posible colocar el tubo en el primer intento se dan maniobras de pre-oxigenación y se realiza nuevo intento, pero en el caso particular, señaló que en el primer intento colocó el tubo, al citar:

“...Niego plenamente alguna manipulación indebida para la intubación del niño así como los hechos que detallan los quejosos en el punto 5 cinco de su escrito de queja relacionados con tal procedimiento; es totalmente ilógico e imposible que se haya mantenido al paciente 5 cinco minutos sin oxigenación como sostienen ya que tenemos 30 treinta segundos para intubar y de no ser posible en el primer intento se realizan maniobras de pre-oxigenación hasta obtener una saturación adecuada y se realiza un nuevo intento, y en el caso particular, fue en el primer intento que coloqué el tubo....De la manipulación indebida que sostienen se realizó del paciente afirmando que se le tomó bruscamente del cuello y se me hizo el comentario que era un niño, que tuviera cuidado; esto es totalmente falso; una vez que la doctora Laura Elena Alonso me indicó que era necesario cambiar el tubo ya que había una fuga, como en ocasiones ésta se da por la postura en que se encuentra el paciente, procedí a reposicionarlo, sin embargo la fuga se seguía escuchando y además hubo la mención de una familiar que estaba ahí de que había estado hiperventilando, manipulando para ello el ventilador, lo cual es totalmente indebido, por lo que, con supervisión de la doctora Alonso y con apoyo de personal de enfermería, se preparó primero el material, una vez que ya se contaba con todo se posicionó al paciente con extensión de cuello, se pre-oxigenó, retiré el tubo que tenía y coloqué inmediatamente el otro que como ya indiqué se colocó correctamente desde el primer intento, sin que hubiera tampoco comentario alguno de sus familiares como afirman en su narración...”

A los hechos, la enfermera general América Viridiana Rico Gaytán, señaló que al llegar el niño, llevaba catéter periférico en mano derecha y catéter percutáneo en mano izquierda, ambos venían cerrados y ella los destapó, pues aludió:

“...al llegar el niño llevaba un catéter periférico en la mano derecha y un catéter percutáneo en la mano izquierdo, ambos venían cerrados, verifiqué si estaban abiertas las llaves y al momento de colocarlos en la bomba de infusión y dar inicio pitaros las bombas con alerta de oclusión, lo cual significa que no fluye la solución por lo que procedí primero a destapar la vía del lado izquierdo para realizar el procedimiento para liberar de la oclusión y comenzó a fluir en el medicamento; luego procedí en el lado derecho con la misma maniobra, pero como traía una llave de tres vías con extensión (mangueras) una de ellas no se estaba utilizando, procedí a desconectarla para retirarla y desecharla; al retirarla, el puerto de entrada de la llave cayó sobre la cama pero como tenía residuo de sangre y solución, fue ésta la que manchó la sábana, quedando una mancha aproximadamente 1cm un centímetro de diámetro; la cama estaba limpia, el paciente estaba intubado, acaba de quedar instalado; y como la mancha era muy pequeña, no le iba a causar molestia para cambiar la sábana así que pedí agua oxigenada al pasante de enfermería para degradar la mancha, incluso estaba presente la supervisora de enfermería y el papá de XXXXX; fue al terminar que entró su mamá, se dirigió al papá para preguntar por qué lo habían vuelto a recanalizar, el señor permaneció callado y yo le dije no señora, no lo recanalicé y le expliqué el procedimiento realizado y fue todo lo que sucedió...”

En tanto, la enfermera adscrita al área de pediatría Emmanuela Ramírez Torres, indicó que su actuación consistió el día que se realizó la punción lumbar el día 16 dieciséis de junio del dos mil diecisiete, en presencia de la tía del niño de nombre XXXXX, señaló que al realizar dicho procedimiento se le cayó al piso el ampulla que contenía el medicamento y que percatarse de que no se encontraba dañada la utilizó para realizar el estudio, además indicó haber colocado el catéter cuando el niño iba a ser trasladado al nosocomio de León, Guanajuato, pues aludió:

“... sólo estuve presente el día viernes 16 dieciséis de junio del año en curso en que se iba a llevar a cabo la punción lumbar al niño... se encontraba una tía del niño de nombre XXXXX quien es pariente de la mamá y la conozco pues también es enfermera...cuando llegué ya se estaba preparando, estaba en el lugar el doctor Santoyo y dos anestesiólogas, una de ellas me dio la indicación de que preparara midazolam, este medicamento se encontraba en el carro de paro rodante que teníamos, tomé el ampulla y cuando iba a tomar la jeringa que está en el cajón de abajo en ampulla se me cayó al piso, la tomé de inmediato, vi que ésta no se había dañado y procedí a extraer su contenido con la jeringa, para corroborar pregunté a la anestesióloga si me había dicho 5 miligramos y su respuesta fue que .5 miligramos; quiero dejar en claro que el ampulla no sufrió alteración ni daño alguno por lo que

extraje su contenido ya que de haberse dañado, ahí mismo se tenían otras 4 cuatro que podían haberse usado en ese mismo momento para sustituir la que se había caído pero como ya indiqué, ésta se cayó cuando yo iba a tomar la jeringa que estaba en uno de los cajones bajos del carro por lo que no se dañó...Mi participación fue exclusivamente en la preparación del medicamento ya que una vez que éste se encontraba en la jeringa y quien se encargó de administrarlo fue la anesthesióloga por lo que no es verdad que yo me haya encargado de su aplicación ya que dentro de dicho procedimiento de punción, mi participación es únicamente como auxiliar del médico y anesthesiólogos.

“... no tuve otra participación más que la indicada y la colocación de catéter cuando XXXXX iba a ser trasladado a la ciudad de León, momento en el que tuve contacto con su papá, por las condiciones de XXXXX ya era difícil del acceso de dicho catéter pues era por vía periférica, no obstante ello me di cuenta que sí era posible, su papá me preguntó si yo me encargaría de la colocación, le dije que sí, me dijo que me encargaba mucho a su niño y el catéter se pudo colocar sin problema...”

La enfermera general Norma Liliana Mora Hernández, señaló que su actuación consistió el día el viernes 16 dieciséis de junio del 2017 dos mil diecisiete, a las 22:00 veintidós horas, consistente en suministrarle al niño XXXXX 100 miligramos de fenil hidantoida sódica, intravenosa, como estaba prescrito, precisando que una hora más tarde, la mamá del paciente, le informó que el niño estaba vomitando, por lo que le aplicó ranitidina, por prescripción del doctor Diosdado, agregó que el día 18 dieciocho de junio del 2017 dos mil diecisiete, durante la noche, estuvo de guardia, sin ninguna complicación, siendo falso que haya habido fuga de oxígeno del niño, quien mantuvo saturación de 96 y 98, señalando que el día 19 diecinueve, al solicitar un pase de salida quedándose al pendiente del paciente la supervisora Dulce Zetina, pues manifestó:

“...en el caso particular de XXXXX en cuanto a los hechos que refieren en su escrito, tuvieron lugar el viernes 16 dieciséis de junio del año en curso, a las 22:00 veintidós horas se ministró Fenil Hidantoida Sódica como tenía prescrita que eran 100 miligramos intravenoso cada 8 ocho horas; se encontraba en ese momento presente la madre del niño quien después se quedó dormida; a las 23:00 veintitrés horas me informó la señora que XXXXX estaba vomitando y quiero suponer que es a los movimientos que dice presentaba el niño; hablé con el médico de turno que era el doctor Diosdado quien me indicó la aplicación de Ranitidina y después de ello la noche transcurrió sin incidentes.

... El domingo 18 dieciocho de junio por la noche... me informó que se quedaría con el niño una familiar de ellos a quien conozco ya que ella fue pasante de enfermería ahí en el hospital, de nombre Mayra; durante toda la noche yo estuve pendiente de XXXXX, su familiar estuvo dormida, ni siquiera tuvo conocimiento de las ocasiones en que acudí a revisar a XXXXX y administrar los medicamentos indicados por el médico; incluso quiero resaltar que en el transcurso de la noche a madrugada no hice aspiración alguna a XXXXX sino hasta las 5:00 cinco de la mañana; no hubo problema alguno, no es verdad que se le haya movido o sacado el tubo y respecto a la fuga de oxígeno que refieren, quiero resaltar que toda la noche el niño estuvo con saturaciones de 96 noventa y seis a 98 noventa y ocho, que se encuentra dentro de los parámetros normales, incluso sus signos vitales se encontraron bien.

A las 6:30 seis treinta horas del lunes 19 diecinueve de junio, me retiré ya que solicité un pase de salida, pero en ningún momento se quedó desatendida el área ya que hice entrega a la supervisora de enfermeras de nombre Dulce Zetina, sin que hubiera pendientes...”

Por último, la trabajadora social Martha Alejandra Vallejo Hernández, señaló que su intervención en los hechos ocurrió el día 18 dieciocho de junio del 2017 dos mil diecisiete, cuando el doctor Rico Ramírez, requirió una valoración neurológica del paciente XXXXX, motivo por el cual solicitó a los padres del paciente copias de la documentación personal del niño y realizó el estudio socioeconómico; por otra parte, la servidora pública indicó que no logró incluir a la plataforma del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío los datos y solicitud correspondiente, toda vez que el día de los hechos no funcionó el escáner, lo cual impidió realizar el trámite, pues refirió:

“No estoy de acuerdo con la queja que se me da lectura en este momento en relación con la intervención del área de Trabajo Social, ya que la de la voz el día 18 dieciocho de junio del año en curso, recibí referencia del paciente XXXXX ya que el doctor Rico que se encontraba de turno el fin de semana me indicó que el paciente requería de una valoración neurológica; inmediatamente contacté a al papá y a la mamá de XXXXX, hablé con ellos y les expliqué que su hijo requería ser trasladado para que lo viera un especialista ya que el doctor Rico que es el pediatra de guardia así lo había indicado, e inmediatamente inicié el trámite que me corresponde, que es solicitar copias de la documentación personal del paciente, el estudio socioeconómico y subir a plataforma del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; sin embargo no fue posible subirlo a la plataforma ya que no funcionaba el escáner, lo cual informé de inmediato a mi jefe de guardia el doctor Socorro Gutiérrez; pero no obstante ello, él como encargado de la guardia estuvo contactando en control Guanajuato para solicitar apoyo para localizar un hospital en el que lo recibiera un especialista que requería el menor; además en mi bitácora dejé nota urgente para que se diera seguimiento en el turno siguiente... en ningún momento les dije que por ser fin de semana no se podía conseguir; incluso yo estuve hablando muy bien con los padres durante la entrevista realizada, hubo empatía y amabilidad de ambas partes, teniendo ellos la confianza de hablarme incluso de cuestiones personales que por ética me reservo, por ello me resulta sorprendente la presente queja además que es totalmente falso que yo haya hecho la observación de que ya estaba de salida; así también nunca hice uso de la palabra “apúrenle” pues no forma parte de mi vocabulario; y les dediqué el tiempo que se requirió para su atención, no hubo de mi parte una prisa por retirarme ya que hablé con ellos por la tarde y yo me retiré hasta que concluyó mi turno, en ningún momento mostré prisa ni desinterés del paciente, mucho menos tratándose de un niño como era el caso, si no que al contrario les manifesté a los padres mi preocupación también por él y deseos de pronta recuperación; pero en

cuanto al seguimiento que me correspondía como Trabajadora Social, cumplí con éste y el encargado de turno también estuvo pendiente de esta situación al igual que el doctor Rico que era el pediatra que estaba pidiendo su referencia...”

Ahora bien, cabe resaltar que de las constancias que obran en la carpeta de investigación XXX/17, obra la nota informativa de fecha 22 veintidós de junio de 2017 dos mil diecisiete, suscrita por la Jefa del Área de Pediatría, Laura Elena Alonso E. y Salvador Santoyo Rincón, quienes informaron la intervención del personal de anestesiología conformado por las doctoras Irma Ramírez e Ivonne Banda, precisando que fueron quienes apoyaron para la realización de la punción lumbar del paciente XXXXX (Foja 197).

Hasta lo expuesto se conoce que la atención directa e indirecta, la determinación de estudios y canalización a diversos nosocomios fueron por parte de los médicos Laura Elena Alonso Eguía Liz, J. Jesús Rico Ramírez, Raúl Olguín Sánchez, Salvador Santoyo Rincón, Irma Ramírez e Ivonne Banda, personal de enfermería conformado por América Viridiana Rico Gaytán, Emmanuela Ramírez Torres, Norma Liliana Mora Hernández, Patricia Ramírez Quintanilla y Dulce Zetina, así como la trabajadora social Martha Alejandra Vallejo Hernández, todo ello previo al traslado del paciente al hospital pediátrico de León, Guanajuato.

En el mismo sentido se tiene que la actuación del médico interno de pregrado, Mauricio López Acevedo no es materia de reproche, ya que el mismo actuó no como funcionario público, sino como estudiante de la doctora Laura Elena Alonso Eguía Liz, quien fue la responsable del tratamiento del niño XXXXX.

Consideración la anterior que encuentra eco normativo en la tesis del Poder Judicial de la Federación de rubro: **MÉDICO RESIDENTE. CUANDO CURSA UN POSGRADO EN ALGUNA ESPECIALIDAD EN MEDICINA EN UN HOSPITAL PÚBLICO, SU RELACIÓN JURÍDICA CON ÉSTE ES DE ESTUDIANTE BECADO Y NO DE TRABAJADOR, AL NO EXISTIR EL ELEMENTO SUBORDINACIÓN (INAPLICABILIDAD DE LOS ARTÍCULOS 353.B Y 353.F A 353.H DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO)** que a la letra reza:

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que el elemento fundamental que determina la relación laboral es la subordinación, entendiéndose por ésta, un poder jurídico de mando por el patrón hacia el trabajador, correlativo a un deber de obediencia por parte de quien presta el servicio; así, aun cuando en los artículos 353.B, 353.F, 353.G y 353.H de la Ley Federal del Trabajo, se prevea que entre los Médicos residentes y la persona moral o física de quien dependa la unidad médica receptora de aquéllos existe una relación de trabajo, esto es, que los Médicos que presten su residencia tienen una relación laboral, lo cierto es que si se atiende al elemento principal y característico de un vínculo de trabajo (la subordinación), no emerge esa relación de patrón-trabajador, porque las actividades a desempeñar por el Médico residente son principalmente académicas y de práctica profesional, de tal manera que su situación jurídica es la de un estudiante que percibe una beca para sus estudios de posgrado o especialidad; de ahí que las citadas disposiciones deben inaplicarse, en su porción normativa, en ejercicio del control de la constitucionalidad y convencionalidad ex officio ya que, por una parte, el legislador en forma genérica estableció que en estos casos se trata de una relación de trabajo, sin que del contenido de dichas normas se justifiquen los elementos mínimos básicos de un vínculo laboral en estricto rigor y, por otra, porque resultan violatorias del derecho fundamental a la educación, entendido como una prerrogativa que tiene todo ser humano a recibir la formación, instrucción, dirección o enseñanza necesarias para el desarrollo armónico de todas sus capacidades cognitivas, intelectuales, físicas y humanas; es decir, se trata de un elemento principal en la formación de la personalidad de cada individuo como parte integrante y elemental de la sociedad. Por todo lo anterior se concluye que del vínculo jurídico entre el Médico residente y la unidad hospitalaria receptora de sus actividades, surge una relación sui géneris que, atento a sus características, debe considerarse como de educación o académica y no laboral, ante la falta del elemento fundamental de la subordinación.

Siguiendo con el análisis que nos ocupa, quien resuelve considera el testimonio de XXXXX, quien indicó haber laborado en el Hospital General de Salamanca, motivo por el cual conoce al personal que labora en el citado nosocomio, además refirió que se desempeña como enfermera técnica profesional teniendo experiencia con pacientes críticos, de ahí que acudió en apoyo de su tía, ahora quejosa, para revisar a su hijo, ahora fallecido, a quien vio en su domicilio el día 14 catorce de junio del 2017 dos mil diecisiete, apreciándole pupilas dilatadas, mirada perdida y dedos morados, por lo que lo llevó al hospital.

Agregó haberse percatado de las diversas actuaciones realizadas por el personal médico, al decir:

“...Acudo a rendir mi testimonio en relación con la queja que formularon mi tía XXXXX y XXXXX, en cuanto a la atención médica y trato que se brindó al niño XXXXX, en el Hospital General Salamanca, ya que me consta directamente tal situación; además preciso que la de la voz laboré en dicho hospital y por ello conozco y ubico al personal que referiré; así también, señalo que la de la voz soy enfermera técnica profesional en enfermería general que es lo mismo que enfermera general y tengo experiencia en pacientes críticos de XX años. Fue el día 14 catorce de junio del año en curso como a las diez de la noche, mi tía me dijo que si podía revisar a XXXXX, preciso que vivimos en la misma casa; me acerqué y vi que XXXXX estaba con pupilas dilatadas, mirada perdida y dedos morados, comenté a mi tía que no estaba bien que fuéramos al hospital...El día 15 quince de junio regresé a apoyar a mi tía para que saliera a comer y estuve platicando con XXXXX y desayuno, yo lo veía bien; antes de irme ya que regresó mi tía, me dijo que le iban a hacer una tomografía y me retiré y por la noche me comentó que ella lo veía muy adormilado. El viernes 16 dieciséis llegué como a las 9:00 nueve horas, para relevar a mi tía en el cuidado de XXXXX, intenté dar de comer a XXXXX, pero no comía, su mandíbula estaba rígida, incluso le di un pedacito de zanahoria cocida pero no lo comió y se la saqué; no respondía a estímulos, comenté esto con el Doctor Santoyo y me dijo que a lo mejor estaba adormilado pero que esperáramos un poco más; pero más tarde, como a las doce del día fue a revisarlo, le dije al mismo médico que no respondía a estímulos por lo que indicó que era necesario

hacerle la punción lumbar y como no estaba mi tía, yo les firmé e informé a mi tía para que se viniera de inmediato. No había enfermera que apoyara al doctor, por lo que me pidió que lo apoyara, yo abrí una que otra cosa y la pasé al anestesiólogo pero enseguida llegó la enfermera Emmanuela Ramírez Torres, ella no es encargada de esa área pero llegó a apoyar al doctor; como ya estaba todo listo, el doctor Santoyo agarró a XXXXX como no respondía a estímulos pero al momento que lo pican se movió, la anestesióloga pidió Midazolam a la enfermera quien al tomarlo, con la prisa se le cayó el ámpula y se quebró de la parte de arriba; ella la levantó de inmediato y titubeó un instante y preguntó a la doctora si 5 mg cinco miligramos y la anestesióloga le dijo que no, que 0.5m punto cinco miligramos; yo ya no vi cuanto fue lo que aplicaron; pero sí sé que si el ámpula se había roto, aun cuando su contenido estaba en el interior, sin embargo al estar en contacto ya con un área contaminada como es el piso, ya no lo debían aplicar, enseguida la enfermera me pidió que me retirara por que la ponía nerviosa; atendí a la indicación y me retiré hasta que llegó mi tía Virginia y se quedó con ellos. El sábado 17 diecisiete, vi a XXXXX totalmente perdido, me dijo el doctor Rico que le habían pasado de tres sedantes y probablemente por eso estaba muy adormilado todavía; luego mis tíos me dijeron que les habían dicho que necesitaban un neurólogo pediatra, creo que ya lo andaban buscando pero no había en fin de semana; me retiré y anduve preguntando por algún neurólogo pediatra, pero no encontré y por la tarde me llamó mi tía como a las seis cuarenta y me dijo que XXXXX estaba convulsionando nuevamente. Regresé como a las ocho de la noche al hospital ese mismo sábado, salieron mis tíos angustiados, me preguntaron si estaba bien que entubaran a XXXXX, que el doctor les decía que si no lo hacía se moría; entré a hablar con el doctor a quien yo conozco como Daniel, pero dicen mis tíos que se llama David, de él no se bien cuál es su nombre; me dijo que XXXXX tenía un Glasgow de 6, que estaba haciendo falta oxígeno a su cerebro; pasé lo valoré y efectivamente estaba en ese Glasgow, tenía puntas nasales a 15 litros por minuto y apenas levantaba un 92%; el doctor hizo el comentario de que no entendía por qué el doctor anterior no había hecho nada si era necesario entubarlo y me pidió que hablara con mis tíos para que autorizaran; hablé con ellos y firmaron su conformidad; mi tío se retiró y yo me quedé viendo y el doctor lo entubó bien y yo me retiré. El domingo 18 dieciocho... me di cuenta que el niño estaba orinado y tenía un globo vesical; le dije al Doctor Rico y dio la indicación para que se le colocara la sonda y después me retiré. El domingo por la noche desde las ocho, yo me quedé para cuidar a XXXXX y que mis tíos fueran a descansar, estuvo atendiéndolo la enfermera Liliana, pero yo con ella no tuve problema alguno, fue amable; casi toda la noche XXXXX estuvo sin respuesta y como a las 5:00 cinco de la mañana del lunes, pasó la enfermera Liliana a aspirarlo y se retiró y como media hora después XXXXX comenzó a desaturar y se escuchaba como un tipo ronquido que no es normal y es dato de fuga, salí a buscar a la enfermera Dulce que era la encargada de Pediatría, no la encontré, pedía al enfermero Toño que si la veía le dijera que la ocupaba y comencé a hiperoxigenar al XXXXX, pues desaturaba 88 u 87 y yo sé que ello puede dar lugar a falta de oxígeno al cerebro y muerte neuronal; después llegó Dulce, me dijo que no había fuga, que tenía secreciones y lo volvió a aspirar; mejoró un poco la respiración de XXXXX y volví a quedarme sola con él; minutos después comenzó a desaturar nuevamente, por lo que hiperventilé una vez más hasta las 8:00 ocho de la mañana con intervalos de cinco minutos pero XXXXX continuaba agitado. Aproximadamente a las 8:20 ocho veinte, llegó la Jefa de Pediatría, pero no sé su nombre, le pedí que checara a XXXXX porque yo escuchaba como fuga en el tubo; me dijo que ella no veía ninguna fuga que ella veía que estaba saturando muy bien, que no sabía qué le quería decir; le dije que lo acababa de hiperventilar por ello tenía buena saturación; se dirigió a su residente y le dijo "ahí lo checas si tiene que cambiar el tubo se lo cambias, yo me voy a la UCIN"; se dio la vuelta pero antes de retirarse vio que ya estaba desaturando XXXXX a 84 ochenta y cuatro, se regresó y dijo que había que cambiar el tubo por uno 5 cinco con globo; la enfermera se movió muy rápido, preparó todo muy bien, pero el residente se adelantó; sacó el tubo que tenía colocado XXXXX, pidió el tubo nuevo, puso laringoscopia y puso el tubo nuevo; luego lo checó con el ambú, dijo que no estaba bien puesto; lo sacó e hizo el segundo intento y volvió a checar con el ambú y dijo que ya estaba bien y lo colocó al ventilador; peo quiero resaltar que el residente no ventiló a XXXXX antes iniciar la reintubación para levantar su oxigenación; el tiempo que se llevó entre que sacó el tubo y lo metió nuevamente fue aproximadamente un minuto, pero el tiempo en todo el procedimiento fue como de tres a cinco minutos y el residente sí hizo uso del ambú para verificar si estaba bien puesto el tubo, pero no para ventilarlo; posterior a la reintubación yo ya no vi que XXXXX hiciera respiraciones por sí solo; y yo sé que se pueden hacer varios intentos para la reintubación pero siempre y cuando se le esté ventilando pero yo desde mi ubicación no alcanzaba a ver el monitor y no sé qué saturación tuvo XXXXX durante el procesos de reintubación. Aproximadamente diez minutos después llegó el doctor Santoyo, me preguntó que pasaba y me dijo que era urgente que hicieran la resonancia magnética para que recibieran a XXXXX en otro Hospital y me dio una hoja para llevar a trabajo social para que mi hiciera una hoja y no le cobraran a mi tía; pero después llegó mi tía, luego decían que lo recibían en otro lugar, pero hasta el jueves y apoyé a mi tía en los trámites para que el estudio se le hiciera en un particular y estuve con mi tía hasta que recibió los estudios de la resonancia, luego los llevamos al hospital y me retiré. Por la tarde regresé a ver a XXXXX vi que estaba con distermia, hipotenso y su pupila ya no tenía respuesta al estímulo luminoso, con bradicardia, pedí a los vigilantes que dejaran entrar a mi tío y mi tía y estos signos que refiero de XXXXX, ahora sé que son datos de muerte cerebral; se quedaron ahí mis tíos y yo me retiré..."

De las constancias analizadas se desprende que además de no contar con un diagnóstico preciso que ocasionara el deceso del niño XXXXX, también nos encontramos ante la presencia de un caso de complejidad técnica, pues el hecho del cual se duele la parte lesa implica procesos y términos de la rama de la ciencia médica que no son accesibles fácilmente a personas que no cuentan con estudios profesionales en esa materia.

Por lo anterior, existe la necesidad de profundizar en el estudio de las acciones médicas tomadas y su razonabilidad, motivo por la cual este organismo solicitó el auxilio de la **Comisión Estatal de Arbitraje Médico, quien a través del expediente propio XX/17, emitió una opinión especializada basada en la documental que obra dentro del expediente 184/17-B de este organismo, y en la que determinó que al caso, existió irregularidades por parte de los médicos tratantes, personal de enfermería y trabajo social, esto al no canalizar al paciente a un servicio de neurología de un segundo o tercer nivel de manera oportuna, no haber tomado medidas de seguridad previo de realizar la punción lumbar al paciente, así como al no realizar una vigilancia estrecha ante los estudios realizados y los signos vitales, toma de tensión**

arterial, además de no gestionar de manera adecuada y oportuno con los hospitales subrogados para la atención del niño, incluso informó que el expediente médico del paciente no se encontraba debidamente integrado, pues se indicó:

“...Existe por parte del servicio de pediatría, imprudencia, inobservancia y falta de apego a la obligación de medios y seguridad y la lex artis médica al no referir de manera oportuna al paciente a un servicio de neurología de un segundo o tercer nivel de atención desde el día viernes 16/06/17 y posterior a la realización de la punción lumbar al mantenerse somnoliento y presentar nuevamente crisis convulsivas, esto de acuerdo a criterios establecidos en la Guía de práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la primera crisis convulsiva, al presentar un deterioro en estado de conciencia, irritabilidad, indiferencia al medio, datos de focalización, y recurrencia de la crisis dentro de las primeras 12 horas de observación... Existe inobservancia y falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte de los servicios de Pediatría y Anestesiología al no complementar todos los estudios clínicos, laboratorio y gabinete antes de tomar la decisión de realizar una punción lumbar ya que presenta el paciente presentaba una Hiponatremia severa la cual fue omitida... QUINTA: Existe inobservancia y falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad ya que no existe evidencia documentada de una valoración completa y adecuada para valorar las contraindicaciones absolutas y relativas de la punción lumbar, por parte de los servicios de Pediatría y Anestesiología, para evitar las consecuentes complicaciones.... Existe inobservancia y falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del servicio de Anestesiología al no complementar la vigilancia estrecha requerida posterior a la pseudoanalgesia aplicada al paciente (Midazolam, propofol y Fentanyl) al no tener evidencia documentada de la vigilancia de la tensión... Existe inobservancia y falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte de los servicios de Pediatría al no contemplar oportunamente las posibles complicaciones a nivel del sistema nervioso central por los procedimientos efectuados, al no vigilar de manera adecuada las constantes vitales, hallazgos clínicos y estudios de laboratorio... Existe inobservancia y falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del servicio de enfermería al no tomar la tensión arterial aun cuando estaba indicado por los médicos tratantes hasta el día 17 de junio del 2017...” Existe inobservancia y falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del servicio de pediatría al no gestionar de manera oportuna la subrogación del servicio médico y auxiliares de diagnóstico con los encargados del área administrativa... Existe inobservancia y falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del servicio de pediatría al no gestionar de manera oportuna al activar el sistema de referencia y contrarreferencia con los hospitales indicados del sistema de salud estatal... Existen inobservancia e innumerables inconsistencias en los registros del Expediente Clínico establecidos en la XXX-2012 por parte de todo el personal que atendió al paciente en el Hospital General de Salamanca que representan áreas de oportunidad para establecer estrategias de calidad, control y supervisión de los mismos...”

Con lo referido en las conclusiones de la opinión médica XXX/17 de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, se tiene acreditado que efectivamente existió una deficiente atención médica hacia el niño XXXXX, por parte del personal del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, previo a ser canalizado al Hospital Pediátrico de León, Guanajuato.

Así mismo, vale hacer referencia al contenido de sus consideraciones, pues en estas se trata con mayor amplitud las circunstancias del caso en concreto, pues por lo que hace a la atención médica se indica de forma clara en qué consistió la inadecuada y/o deficiente atención, tal y como el incorrecto seguimiento en la evolución de los estudios realizados al niño XXXXX, pues se apuntó:

“...Referente e a la Punción Lumbar es el estudio de elección complementario a la exploración física completa y neurológica para realizar el diagnóstico de meningitis, sin embargo tienen que tomarse las previsiones antes de realizarla como son las siguientes: Esta puede realizarse en cualquier área hospitalaria destinada para la atención de los pacientes siempre y cuando se tomen las medidas de asepsia y antisepsia necesarias.

Las contraindicaciones absolutas para realizar una punción lumbar son la presencia de signos de incremento de la presión intracraneana (papiledema, posición de descerebración), infección local en el sitio de inserción de la aguja, evidencia de hidrocefalia obstructiva, edema cerebral o herniación cerebral evidenciada por tomografía de cráneo, o resonancia magnética. Las contraindicaciones relativas incluyen sepsis o hipotensión (presión sistólica menor a 100 mm/hg, presión diastólica menor a 60 mmHg): cuando se sospecha que el déficit neurológico focal, cuando se sospecha de lesión de la fosa posterior y presencia de escala de coma de Glasgow menor a 8 y crisis convulsivas.

... Más tarde a las 21:30 horas, es reportado con signos dentro de parámetros normales, sin embargo hasta el momento no ha sido reportado la tensión arterial, que es parte de los signos vitales y se encuentra requerida en todas las indicaciones otorgadas hasta el momento por los médicos tratantes por lo que existe una omisión por parte del servicio de enfermería en todos los turnos.

En otro orden de ideas es importante hacer notar esta observación ya que como se evidenció en el procedimiento de la Punción lumbar no se realizó de acuerdo a las recomendaciones en este tipo de pacientes al no utilizar una llave de tres vías con la valoración adecuada previa para verificar que no hubiera datos de edema cerebral, que el paciente tuviera cifras de tensión arterial adecuada (las cuales no habían sido reportadas hasta ese momento, además de que la cantidad extraída de 8 mililitros supera las recomendaciones en cuanto a la cantidad del LCR extraído con la consecuente posibilidad de haber ocasionado un síndrome de herniación cerebral, esto de acuerdo a la sintomatología y hallazgos clínicos reportados de manera inmediata y mediata, ya que como se comenta fue realizado un procedimiento no con anestesia general sino con pseudoanalgesia, en dicho procedimiento la recuperación del estado de conciencia casi es inmediata a la falta de administración el medicamento. En este momento el médico tratante recomienda la valoración urgente por neurología neurocirugía y actualización de estudios de imagen (RMN), la cual ya estaba previamente justificada en una temporalidad anterior; por lo que se evidencia la falta de apego a la lex artis médica al faltar a sus obligaciones de medios y seguridad.

Es importante señalar que los signos vitales (presión arterial) fue documentada hasta el día 17 de junio del 2017 siendo que estuvo indicada por los médicos tratantes por lo que el servicio de enfermería incumplió en sus obligaciones de medios al ser inobservantes de esta indicación, además de que los médicos tratantes no hacen las observaciones pertinentes.

Esto es de vital importancia ya que los valores de las tensiones arteriales medias a partir de esta fecha de registro se mantuvieron con cifras tensionales de hipoperfusión, recordemos que ya había sido mencionado la presencia de edema cerebral que aunado a esta baja de perfusión a nivel cerebral comprometían la oxigenación cerebral, fomentado un círculo vicioso que compromete aún más la perfusión cerebral, por lo que era de vital importancia mantener adecuada volemia de manera estricta, ya que esto podía incrementar el riesgo de morbi mortalidad sobre un infante el cuál se encontraba bajo ventilación mecánica y sedación.

...Es importante aclarar que de acuerdo a lo establecido por el médico tratante al ser solicitada la RNM el familiar solicita realizarla en el medio particular, por lo que ante el retraso del diagnóstico y de la utilización de medios alternativos como lo es el procedimiento general para la subrogación de servicios médicos y auxiliares de diagnóstico que tiene contemplado el ISAPEG el familiar opto por aportar el recurso para obtener el servicio por lo que existe un retraso en las obligaciones de medios y seguridad al no gestionar en caso de ser posible y de estar contemplado en la cartera de servicios para la obtención del recurso o del servicio para la realización del estudio correspondiente.

... además del retraso de la referencia a un segundo o tercer nivel de atención con la especialidad requerida, esta no se hizo en tiempo y forma al nosocomio indicado, ya que se tiene que seguir el canal correspondiente en la referencia, en su momento la referencia debió de realizarse al Hospital Pediátrico de León o al Hospital Regional de León..."

En seguimiento a las razones expuestas en los párrafos que anteceden, se está en la posibilidad de indicar que existió una falta de apego en la obligación de medios y seguridad en la atención médica hacia el niño XXXXX, así como en la adecuada integración del expediente clínico, lo que a la postre derivó en una violación al goce al grado máximo de salud de XXXXX.

Las omisiones por parte de la atención deben ser reprochadas a los profesionistas que tuvieron intervención de la misma, esto es los médicos Laura Elena Alonso Eguía Liz, J. Jesús Rico Ramírez, Raúl Olguín Sánchez, Salvador Santoyo Rincón, Irma Ramírez e Ivonne Banda, así como del personal de enfermería conformado por América Viridiana Rico Gaytán, Emmanuela Ramírez Torres, Norma Liliana Mora Hernández, Patricia Ramírez Quintanilla y Dulce Zetina; omisiones que resultan de suyo ya suficientes para emitir juicio de reproche, pues bajo el principio de causalidad se entiende que de haber valorado y atendido de manera adecuada y oportuna al paciente, la probabilidad posterior de no afectar desfavorablemente la salud de la 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 encuentra 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 del Hospital hubiese valorado debidamente los signos de alarma en la salud del niño XXXXX desde la apreciación de los estudios realizados y al considerar que su estado de salud declinaba a pesar del tratamiento determinado por el personal médico, esto de acuerdo a los estándares aplicables, existía la posibilidad de que el resultado consistente en la afectación del infante 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 deficiente atención a los signos de alarma que presentaba el niño XXXXX, influyó indudablemente el resultado reprochado, 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**, indica que precisamente la medicina no es una ciencia exacta y que representa una práctica de riesgo, cuyos 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 práctica: a) posee conocimientos científicos; b) permanentemente se actualiza; c) ha desarrollado habilidades y destrezas que le permiten una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente; y, d) formule un diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes. Así, el objetivo de la evaluación respectiva es identificar si el acto médico se realizó o no de acuerdo con los procedimientos y la literatura médica universalmente aceptada, así como en la adopción de una tecnología sanitaria o procedimiento Médico pertinente; todo este proceso debe ser realizado con la debida diligencia, pericia y prudencia. En este contexto, la indicación médica y la *lex artis* son dos conceptos que se hallan estrictamente vinculados, pero esencialmente distintos. La indicación médica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica, mientras que en la *lex artis* se trata, una vez emitido ese juicio, de aplicar adecuada y correctamente el tratamiento indicado. Consecuentemente, la indicación responde al "sí del tratamiento", a si debe aplicarse ésta u otra medida, mientras que la *lex artis* se refiere al "cómo del tratamiento", al procedimiento o método que se ha de seguir; distinción que es relevante, pues la práctica médica se ajustará a la técnica correcta y será conforme, por tanto, a la *lex artis*, cuando no sea contraria a la técnica establecida por la indicación ni al cuidado debido, tomando en cuenta que el ejercicio profesional no termina en la sola competencia del médico para la toma de decisiones frente a una situación clínica determinada, ya que existen además actitudes de alto valor moral que deben acompañar a todo acto médico, pues el actuar profesional debe ser enriquecido con virtudes tales como el respeto a la autonomía del paciente, el cuidado, el conocer responsablemente los límites de su capacidad y, sobre todo, la prudencia.*

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

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

Al no tener contemplado tales ordenamientos, resulta que las acciones u omisiones en que incurrieron los señalados como responsables resultó contrario a la previsión del Derecho a la Salud que le asiste a toda persona en prestación obligatoria al Estado, según los compromisos internacionales asumidos por el Estados Mexicano, como resulta al tenor de:

Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador":

"... Artículo 10.- Derecho a la Salud. I. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. II.- Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar ese derecho: a.- la atención primaria de la salud, entendido como tal, la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad. B. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado..."

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 de los niños al acceso a la salud cometida en agravio de XXXXX por lo que este Organismo realiza juicio reproche en contra del referido personal médico y de enfermería.

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 niño 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)".

Asimismo, 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.

De igual forma, 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.

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 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 en razones y fundado en derecho, resulta procedente emitir las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, para que instruya el inicio de procedimiento administrativo en el cual se deslinde la responsabilidad, y en su caso se determine la sanción correspondiente legalmente a los médicos **Laura Elena Alonso Eguía Liz, J. Jesús Rico Ramírez, Raúl Olguín Sánchez, Salvador Santoyo Rincón, Irma Ramírez e Ivonne Banda**, así como de las enfermeras, **América Viridiana Rico Gaytán, Emmanuela Ramírez Torres, Norma Liliana Mora Hernández, Patricia Ramírez Quintanilla y Dulce Zetina**, adscritos al Hospital General de Salamanca, Guanajuato; respecto de la **Violación del derecho de los niños al acceso a la salud**, que se dolieron **XXXXX y XXXXX**, en agravio de quien en vida respondía al nombre de **XXXXX**.

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**, a efecto de realizar las acciones conducentes para que el personal adscrito a la Unidad Médica y de enfermería adopte las medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que sean generados con motivo de la atención médica, se encuentren debidamente integrados y protegidos conforme a la normatividad aplicable.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, para que gire instrucciones a quien corresponda y se indemnice pecuniariamente como forma de Reparación del Daño a **XXXXX y XXXXX**, por la violación a los derechos humanos de su hijo, ahora fallecido, atribuidos al personal médico del **Hospital General de Salamanca, Guanajuato**.

CUARTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, para que se instruya a quien corresponda, a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requieran **XXXXX y XXXXX**, respecto de las afectaciones físicas y emocionales que haya sufrido a consecuencia de los hechos que nos ocuparon, siempre y cuando ellos así todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento, todo lo cual deberá incluir los exámenes, tratamientos y medicamentos que en cada caso se requieran, hasta el momento en que sean dados de alta por personal médico especializado.

QUINTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, para que adopte las medidas legales y administrativas necesarias, con el propósito de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la Salud, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, verificando que el **Hospital General de Salamanca, Guanajuato**, se encuentren dotados permanentemente del personal suficiente y capacitado, así como de la infraestructura y equipamiento que brinde una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes.

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