

RECOMENDACIÓN No. R 10/2026

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE VD, ASÍ COMO, AL PROYECTO DE VIDA EN PERJUICIO DE VD, VI1 Y VI2, ADEMÁS DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN PERJUICIO DE VD Y VI1, POR HECHOS ACONTECIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL (AHORA IMSS BIENESTAR) EN SANTO DOMINGO TEHUANTEPEC, OAXACA.

Oaxaca de Juárez, Oaxaca, a 18 de mayo de 2026

1

**M.C. EFRÉN EMMANUEL JARQUÍN GONZÁLEZ
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**

Distinguido señor Secretario:

1. La Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado “B”, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 114, apartado “A”, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 1°, 2°, 3°, 5°, 13 fracciones I, II inciso a) y c), III, 25, fracción IV, 30, fracción IV, 67, 71 y 73 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca; 1°, 70, inciso a), 76, 154 a 158 y 161 de su Reglamento Interno, ha examinado los hechos y evidencias del expediente **DDHPO/2565/(21)/OAX/2019**, iniciado con motivo de la queja presentada por **PQ**, quien señaló violaciones a los derechos humanos de **VD**, atribuibles a personas servidoras públicas del Hospital

General de Tehuantepec,¹ ahora, Hospital General de Santo Domingo Tehuantepec - IMSS BIENESTAR.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6, apartado “A” de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8 de la Ley de esta Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, y 8, párrafo tercero de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a Información Pública; 1, 2, fracción V, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 1, 3, 7, fracción VI, 10, fracción III, 56 y 57 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno del Estado de Oaxaca; 1, 2, fracción III, 5, 9, 10 y 11 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca. Los datos se ponen en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección a los datos correspondientes.

2

3. Para mejor comprensión del presente documento, las denominaciones y claves utilizadas para señalar a las distintas personas involucradas en los hechos, serán las siguientes:

SIGNIFICADO	CLAVE
Persona Quejosa	PQ
Persona Víctima Directa	VD
Persona Víctima Indirecta	VI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

¹ Al respecto, se precisa que el presente pronunciamiento se dirige en contra de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Oaxaca toda vez que a la fecha en que acontecieron los hechos violatorios de derechos humanos materia de esta queja, el Hospital General de Tehuantepec se encontraba bajo su estructura, dirección y adscripción orgánica. Lo anterior, sin perjuicio de que a finales del año 2023 dicha unidad médica haya sido transferida al sistema de salud federalizado "IMSS-Bienestar" (toda vez que la responsabilidad institucional y la competencia de este Organismo Local se determinan en función del momento de la comisión de los actos reclamados).

4. Asimismo, al hacerse referencia a las diversas normas, dependencias o áreas de la misma, se utilizarán los siguientes acrónimos o abreviaturas:

INSTITUCIONES, DEPENDENCIAS Y ORDENAMIENTOS	ACRÓNIMO O ABREVIATURA
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca.	CEAMO
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH
Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.	Constitución de Oaxaca
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM/Constitución Federal
Convención sobre los Derechos del Niño.	CDN
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	Corte IDH
Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca.	Defensoría/Organismo Autónomo/DDHPO
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico de Apendicitis Aguda.	GPC-Apendicitis Aguda
Hospital General de Tehuantepec (ahora Hospital General de Santo Domingo Tehuantepec - IMSS BIENESTAR).	HGT/Hospital General
Hospital General de Zona No. 2 en Salina Cruz, Oaxaca del Instituto Mexicano del Seguro Social.	HGZ No. 2
Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	Ley General de NNA
Ley General de Responsabilidades Administrativas.	LGRA
Ley General de Salud.	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.	NOM-Anestesiología

INSTITUCIONES, DEPENDENCIAS Y ORDENAMIENTOS	ACRÓNIMO O ABREVIATURA
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.	NOM-Servicios de Salud
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de Servicios de Atención Médica
Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Oaxaca.	SSySO
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS

5. El 12 de mayo de 2015, se recibió en esta Defensoría la queja de **PQ** en contra de **AR1**, en virtud de que el 25 de abril de 2015, su familiar **VD** fue internada por molestias en el área abdominal, que al día siguiente, ingresó al área de quirófano para que se le practicara una cirugía del apéndice; que horas más tarde, **AR1** le informó que la paciente sufrió un paro cardiorrespiratorio antes de iniciar la intervención quirúrgica por el bloqueo generado con motivo de la aplicación de la anestesia.

6. Asimismo, **PQ** detalló que, posterior a la cirugía, **VD** tuvo convulsiones, quedando inconsciente por un lapso aproximado de tres días, por lo que se determinó que su familiar fuera intubada, tras lo cual, la agraviada permaneció en recuperación, que el HGT no contaba con especialista en pediatría preventiva, por lo que, familiares contrataron a un facultativo en esa materia para que valorara a **VD** quien, una vez examinada, solicitó se retirara la intubación con el objeto de que reaccionara por sí misma.

7. Una vez que **VD** despertó, **PQ** detalló que lo hizo de manera violenta, acotando que, posterior a ello, la agraviada no habló ni caminó.

8. Razón por la cual, el 15 de junio de 2015, esta DDHPO radicó el expediente de queja DDHPO/044/RI/(21)/OAX/2015, mismo que el 8 de febrero de 2019, se determinó remitir a la Mesa Especializada en Niños, Niñas y Adolescentes de esta Defensoría, derivado de lo cual, el 27 de diciembre de 2019 se registró el diverso DDHPO/2565/(21)/OAX/2019; por lo que, con el objeto de investigar las violaciones a derechos humanos, se solicitó información a la SSySO; así como, en colaboración a la CEAMO, misma que se envió en su oportunidad; de igual manera, se elaboró Opinión Médica por una especialista de este Organismo Autónomo, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Oficio HGT/000977/15, de 23 de julio de 2015, suscrito por el Director del Hospital General, mediante el cual remitió copia de las siguientes documentales:

9.1. Expediente médico 23106 de 25 de abril de 2015, formado con motivo de la atención brindada a **VD** en el HGT, del que se destacan las constancias siguientes:

5

9.1.1. Nota de ingreso al servicio de Urgencias del HGT de las 20:45 horas del 25 de abril de 2015, firmada por **PSP1**, en la que asentó que **VD** presentaba síndrome doloroso abdominal con indicación médica de descartar apendicitis aguda.

9.1.2. Nota de valoración por parte del servicio de Cirugía General del HGT de las 12:00 horas del 26 de abril de 2015, firmada por **AR2**, en la que se describió que se informó a **VI1** acerca de la necesidad de intervenir quirúrgicamente a **VD**, quien aceptó de conformidad.

9.1.3. Nota de valoración preanestésica de las 13:00 horas de 26 de abril de 2015, firmada por **AR1**, en la que detalló que se solicitó tiempo anestésico quirúrgico para realizar a **VD** apendicectomía abierta.

9.1.4. Nota posquirúrgica de las 15:00 horas de 26 de abril de 2015, firmada por **AR2**, en la que asentó los hallazgos obtenidos tras la cirugía practicada a **VD**,

refiriendo que se advirtió apéndice cecal de 10x2x2 cm engrosada en su tercio distal y perforada, plastrón de asas y epiplón que sellan absceso localizado, natas fibrinopurulentas.²

9.1.5. Hoja de solicitud de operación de las 15:00 horas de 26 de abril de 2015, suscrita por **AR2**, en la que detalló que se realizó a **VD** una apendicectomía y drenaje de cavidad, indicando que respecto de la cirugía no ocurrieron accidentes.

9.1.6. Nota posanestésica de las 16:00 horas de 26 de abril de 2015, firmada por **AR1**, quien expuso que previo a la intervención quirúrgica de **VD**, la paciente presentó paro cardiorrespiratorio súbito, iniciándose ventilación manual asistida y masaje cardiaco efectivo, dándole un ciclo de reanimación avanzada, que posterior a ello, se recuperó la circulación espontánea con ritmo sinusal.³

9.1.7. Nota de ingreso de **VD** al servicio de Pediatría del HGT de las 18:00 horas de 26 de abril de 2015, firmada por **PSP2**, en la que señaló que tras la cirugía que le fue practicada, la paciente se encontraba postrada en cama en fase III de ventilación, indicando que se informó a sus familiares, quienes solicitaron traslado al Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual se negó debido a la inestabilidad de la agraviada, la distancia a Oaxaca y la falta de ambulancia con personal especializado.

9.1.8. Nota de evolución nocturna del servicio de Pediatría de las 06:30 horas de 27 de abril de 2015, firmada por **PSP3**, en la que se describió que **VD** se encontraba con cánula oral, sondas permeables (nasogástrica con gasto biliar y Foley) y drenaje Penrose funcional.

9.1.9. Nota de evolución matutina del servicio de Pediatría de las 12:05 horas de 27 de abril de 2015, signada por **PSP4**, quien reportó que **VD** se encontraba

² Tipo de líquido que se acumula en un sitio de daño tisular o inflamación, que contiene una combinación de fibrina, células inflamatorias como neutrófilos y desechos celulares.

³ La circulación espontánea con ritmo sinusal significa que el corazón ha logrado recuperar sus latidos por sí solo, y que además lo hace de manera organizada y saludable, originándose el impulso eléctrico en el "marcapasos natural" del corazón (nodo sinusal).

grave en fase III de ventilación asistida, bajo sedación y analgesia profunda, monitorizándola ante posible daño por reperfusión⁴ en las próximas 72 horas.

9.1.10. Nota complementaria del servicio de Pediatría de las 13:25 horas de 27 de abril de 2015, elaborada por **PSP4**, en la que asentó que **VD** se hallaba afebril (controlada con medios físicos y antipirético IV), normotensa y con adecuada oxigenación bajo manejo ventilatorio, precisando que, a petición y estricta responsabilidad de sus familiares, éstos refirieron haber gestionado la aceptación en una unidad de Oaxaca de Juárez y el traslado en ambulancia aérea.

9.1.11. Nota de evolución del turno vespertino del servicio de Pediatría de las 17:02 horas de 27 de abril de 2015, suscrita por **PSP2**, mediante la cual puntualizó que respecto de **VD** quedó pendiente la autorización de los padres para colocar un catéter venoso central, quienes hasta ese momento cancelaron el traslado de la paciente a la ciudad de Oaxaca de Juárez.

9.1.12. Nota de evolución del servicio de Pediatría de las 00:30 horas de 28 de abril de 2015, firmada por **PSP5**, quien asentó que **VD** se encontraba bajo ventilación mecánica y esquema de neuroprotección, sedación y analgesia debido a un problema neurológico.

9.1.13. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de las 09:30 horas de 28 de abril de 2015, signada por **AR4**, quien reportó a **VD** como grave y con datos de respuesta inflamatoria sistémica, presentando tendencia a la taquicardia y antecedente de alzas térmicas, sugiriendo iniciar la nutrición por sonda una vez que fuera extubada.

9.1.14. Nota de evolución del servicio de Pediatría de las 09:43 horas de 28 de abril de 2015, firmada por **PSP4**, en la que describió que **VD** continuaba en fase III de ventilación, con edema palpebral y bajo sedación.

⁴ La reperfusión médica es el restablecimiento del flujo sanguíneo a un tejido u órgano que ha sufrido una interrupción (isquemia) debido a una obstrucción.

9.1.15. Nota de valoración de Terapia Intensiva Pediátrica de las 11:00 horas de 28 de abril de 2015, suscrita por **AR3** en la que señaló que **VD** se hallaba bajo sedoanalgesia de 36 horas de evolución; sugiriendo el retiro gradual de la sedación y analgesia para evaluar condiciones neurológicas.

9.1.16. Nota de Anestesiología de las 14:00 horas de 28 de abril de 2015, signada por **AR1** en la que detalló que **VD** fue valorada por el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, área que ajustó su manejo médico; señalando que su estado neurológico permaneció no valorable debido al efecto farmacológico.

9.1.17. Nota de evolución vespertina del servicio de Pediatría de las 15:49 horas de 28 de abril de 2015, firmada por **PSP2**, en la que reportó a **VD** como grave y con pronóstico reservado en Terapia Intensiva Pediátrica, iniciando con la disminución gradual de la sedación, la analgesia y los parámetros respiratorios, respondiendo al tacto y en espera de planear extubación.

9.1.18. Nota agregada vespertina del servicio de Pediatría de las 20:38 horas de 28 de abril de 2015, suscrita por **PSP2**, en la que señaló que **VD** presentó un cuadro de desaturación por obstrucción de la vía aérea, reportándola como grave con pronóstico reservado.

8

9.1.19. Nota de revaloración por Terapia Intensiva Pediátrica sin fecha ni hora, firmada por **AR3** en la que asentó que **VD** se hallaba hemodinámica y neurológicamente estable tras el retiro de sedación, mostrando automatismo respiratorio efectivo, estimándose un pronóstico bueno para la vida, pero incierto para la función.

9.1.20. Nota de anestesiología de las 09:00 horas de 29 de abril de 2025, firmada por **AR1** en la que describió que **VD** estaba inquieta, pero con buena respuesta neurológica tras 12 horas sin sedación, manifestando episodios de desaturación y bradicardia leve; planificándose su extubación durante el turno.

9.1.21. Nota de evolución del servicio de Pediatría de las 12:25 horas de 29 de abril de 2015, signada por **PSP4**, quien reportó a **VD** como delicada pero estable tras una extubación exitosa, presentando una evolución respiratoria favorable,

aunque persistía con atelectasia basal⁵ derecha tratada con nebulizaciones y fisioterapia.

9.1.22. Nota de evolución del servicio de Pediatría de las 15:26 horas de 29 de abril de 2015, firmada por **PSP2**, en la que asentó que **VD** se reportaba delicada pero estable a 3 horas de una extubación programada, bajo sueño fisiológico y con signos vitales estables, con tomografía y electroencefalograma pendientes.

9.1.23. Nota de evolución del servicio de Pediatría de las 00:30 horas de 30 de abril de 2015, signada por **PSP5**, en la que precisó que **VD** se reportaba delicada, pero con adecuada evolución clínica, afebril, sin convulsiones y con signos vitales estables, con tomografía de cráneo pendiente.

9.1.24. Hoja de indicaciones médicas de 30 de abril de 2015, firmada por **PSP4**, en la cual se asentó el diagnóstico de egreso de **VD**, especificando que fue intervenida quirúrgicamente de una apendicectomía secundaria a apendicitis perforada, presentando un cuadro de crisis convulsivas en manejo.

9.1.25. Nota de anestesiología de 30 de abril de 2015, firmada por **AR1**, en la que describió que **VD** se encontraba entubada, inquieta y aun con dificultades a la deambulación.

9.2. Resumen clínico de 22 de julio de 2015, firmado por **AR1** respecto de la atención médica brindada a **VD** del 25 al 30 de abril de 2015 en el Hospital General, en el que señaló que la paciente ingresó a ese nosocomio con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, precisando que previo a ser intervenida quirúrgicamente, fue manejada con anestesia general inhalada y bloqueo subaracnoideo.⁶

⁵ La atelectasia basal es el colapso parcial o total de los alvéolos situados en la parte inferior (base) de los pulmones, lo que provoca una pérdida de volumen en esa zona. Impide que el oxígeno circule correctamente y suele ser un signo de una afección subyacente.

⁶ El bloqueo subaracnoideo (o anestesia espinal) es una técnica de anestesia regional que consiste en inyectar anestésico local en el líquido cefalorraquídeo. Logra una interrupción temporal de la sensibilidad y el movimiento en la parte inferior del cuerpo, siendo ideal para cirugías ginecológicas, obstétricas (cesáreas), urológicas y traumatológicas

10. Escrito simple de 5 de diciembre de 2016, signado por **PQ** dirigido a esta DDHPO, mediante el cual desahogó su contestación a la vista del informe de autoridad, precisando que la atención médica del personal del HGT brindada a **VD** le causó afectación neurológica (afasia motora y sensitiva, consistente en atrofia cerebral cortical generalizada), agregando copia de las siguientes constancias:

10.1. Hoja de referencia y contrarreferencia de la especialidad de Neurología del HGZ No. 2 de 5 de mayo de 2015, firmada por personal de ese nosocomio, en la que se estableció como diagnóstico de ingreso secuelas de evento post reanimación provocada por paro cardiorrespiratorio y posoperatorio de apendicetomía.

10.2. Nota de egreso hospitalario del servicio de Pediatría del HGZ No. 2 de 13 de mayo de 2015, suscrita por personal de esa unidad médica en la que se señaló como diagnóstico de egreso secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica, crisis convulsivas secundarias (clasificadas como evento único) y el estado posoperatorio de una apendicectomía.

11. Oficio CEAMO/2S.1.1/2017/283, de 13 de octubre de 2017, mediante el cual se remitió a esta Defensoría Opinión Médica Técnica, de 6 de ese mes y año, ambas documentales signadas por el titular de la CEAMO, concluyendo que, en la atención de **VD** existió una mala práctica médica brindada por **AR1**.

10

12. Acta Circunstanciada de 4 de junio de 2025, suscrita por personal de este Organismo Autónomo, en la que se hizo constar la comparecencia de **VI1**, ocasión en la que expuso que las secuelas que tuvo **VD** impactaron en la dinámica familiar, generando gastos económicos, además de agregar que **VI2** le refirió que era muy difícil apoyar a su hermana en el aspecto académico.

13. Valoración psicológica de 27 de junio de 2025, practicada a **VD** por una especialista en la materia adscrita a esta Defensoría en la que, entre otras cosas, se concluyó que la agraviada presentaba trastorno del desarrollo intelectual grave impactando en sus capacidades cognitivas acorde a su edad cronológica y por consecuente en su atención, memoria, lenguaje, aunado al desarrollo de sus habilidades viso espaciales, con diagnóstico de discapacidad intelectual, trastorno depresivo y trastorno de alimentación.

14. Dictamen médico de 2 de septiembre de 2025, suscrito por una especialista de este Organismo Autónomo en torno al caso de **VD**, en la que se determinó que existió responsabilidad médica respecto del procedimiento anestésico que se realizó a **VD**.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. Con motivo de los hechos, el 15 de junio de 2015, este Organismo Autónomo radicó el expediente de queja DDHPO/044/RI/(21)/OAX/2015.

16. El 8 de febrero de 2019, esta DDHPO determinó remitir el expediente de queja DDHPO/044/RI/(21)/OAX/2015 a la Mesa Especializada en Niños, Niñas y Adolescentes de esta Defensoría, derivado de lo cual, el 27 de diciembre de 2019 se registró el diverso DDHPO/2565/(21)/OAX/2019.

17. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de algún procedimiento de responsabilidades administrativas ante la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública, así como tampoco, la presentación de alguna denuncia ante la autoridad ministerial competente.

11

IV. OBSERVACIONES Y VALORACIÓN DE PRUEBAS

18. Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos que fueron acreditadas, esta Defensoría subraya que, por una parte y en aras de garantizar el derecho a la protección de la salud, el Estado, a través de las personas servidoras públicas, deben adoptar las medidas necesarias, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, su plena efectividad; en tanto que, para materializar dicho derecho en términos de calidad, es indispensable asegurar que los establecimientos y servicios sean adecuados desde el punto de vista médico y científico.

19. Lo anterior requiere, por tanto, no solo de la prestación de servicios de salud óptimos y de contar con personal médico capacitado, equipo hospitalario en buenas condiciones, medicamentos seguros y aprobados, sino que además, hace patente la necesidad de asegurar una atención oportuna y eficaz, acorde a las necesidades de salud de la

población y en estricto apego a los preceptos legales, científicos y éticos que sustentan la práctica médica; una obligación que se intensifica cuando se trata de garantizar estos derechos a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, como lo son las niñas, niños y adolescentes, cuyo interés superior demanda una protección reforzada y prioritaria, salvaguardando en todo momento las garantías de disponibilidad, aceptabilidad, calidad, seguridad, accesibilidad y no discriminación que mandatan las Constituciones Federal y Estatal.

20. Expuesto lo anterior, de la valoración lógico-jurídica de las evidencias que integran el expediente de queja DDHPO/2565/(21)/OAX/2019, realizada en términos de lo establecido en los artículos 67 de la Ley de esta Defensoría y 76 de su Reglamento Interno, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo, como los de la CNDH; así como, de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN y de la Corte IDH, se cuentan con evidencias suficientes para acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud, a la integridad personal y al principio del interés superior de la niñez en agravio de **VD**, así como, al proyecto de vida en perjuicio de **VD**, **VI1** y **VI2**, además del acceso a la información en materia de salud en agravio de **VD y VI1**, atribuibles a personas servidoras públicas del Hospital General dependiente de la SSySSO al momento de los hechos.

12

A. Derecho humano a la protección de la salud

21. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

22. El artículo 4° de la CPEUM, en su párrafo cuarto, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁷

⁷ Ley General de Salud. “Artículo 1o. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

23. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “*Protocolo de San Salvador*” enuncia en su artículo 10 que “*Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”, añadiendo que, para lograr su efectividad, “*Los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo 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; [...] y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables*”.

24. Por otra parte, la SCJN ha precisado en jurisprudencia que, entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra el disfrute de los servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad, como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas.⁸

13

25. Bajo esa óptica, la CNDH en la Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, de 23 de abril de 2009, ha señalado que “*el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”.⁹

26. En el presente caso, esta Defensoría observa que personal del HGT incurrió en omisiones que violentaron el derecho humano a la protección de la salud en agravio de **VD**, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

⁸ SCJN. Jurisprudencia (Administrativa). “*DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD*”, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, abril de 2009. Registro: 167530.

⁹ CNDH. Quinta reimpresión de la primera edición: noviembre, 2018. Disponible para su consulta en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Recomendacion-General-15.pdf>.

A.1. Violación al derecho humano a la salud en agravio de VD

- Ingreso de VD al servicio de Urgencias del HGT:

27. El 25 de abril de 2015, **VD**, paciente femenina de 6 años de edad al momento de los hechos, inició con dolor abdominal, fiebre, náuseas y anorexia (pérdida de apetito), motivo por el cual, fue llevada al Centro de Salud Rural de Magdalena Tequisistlán para su valoración, siendo diagnosticada como apendicitis aguda (numeral II) y, debido a que ese padecimiento ameritaba resolución quirúrgica, fue referida al Hospital General para su tratamiento.

28. Siendo aproximadamente las 20:45 horas del mismo 25 de abril de 2015, **PSP1** reportó el ingreso de **VD** al servicio de Urgencias del HGT, por lo que, a la exploración física señaló que la paciente presentaba abdomen blando con dolor a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha, peristalsis disminuida,¹⁰ signo de rebote positivo¹¹ y extremidades inferiores integrales, elaborando diagnóstico de *“síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis aguda”* y planificando el inicio de protocolo de estudio y valoración por parte del servicio de Cirugía General.

14

29. No obstante, en la referida nota, **PSP1** también indicó que *“en el turno no contamos con el servicio de Cirugía General”*, por lo cual, se determinó dejar en espera la valoración de **VD** por el especialista hasta contar con el mismo.

30. Al mediodía del 26 de abril de 2015, **VD** fue valorada en el servicio de Cirugía General por **AR2** quien confirmó diagnóstico de apendicitis, comunicando dicha situación a **VI1**, así como, la necesidad de intervenir quirúrgicamente a la agraviada, aceptando de conformidad el procedimiento y sus riesgos.

¹⁰ La peristalsis disminuida o hipomotilidad intestinal es la desaceleración de las contracciones musculares ondulatorias que mueven los alimentos y los desechos a través del sistema digestivo. Cuando este proceso se ralentiza, el tránsito intestinal se vuelve ineficiente, lo que provoca que el contenido se estanque.

¹¹ El signo de rebote positivo, médicamente conocido como signo de Blumberg, es una maniobra exploratoria que indica inflamación del peritoneo (la capa que recubre el abdomen).

- **Ingreso de VD al servicio de Cirugía General del HGT:**

31. Más tarde, **VD** fue valorada por **AR1**, quien reportó a la paciente con faringe hiperémica (enrojecida), dándole una calificación de la vía aérea grado III/IV con base en la clasificación Mallampati, al advertir el paladar blando y base de la úvula, por lo que se encontraba ante una vía aérea con cierto grado de dificultad para la colocación de cánula endotraqueal al llevar a cabo la intubación.

32. Posteriormente, a las 15:00 horas del 26 de abril de 2015, **VD** fue intervenida quirúrgicamente por **AR2** quien, en la nota respectiva, detalló los hallazgos quirúrgicos encontrados: apéndice cecal de 10x2x2 centímetros, engrosada en su tercio distal y perforada, plastrón de asas y epiplón que sellaban un absceso localizado, así como natas fibrinopurulentas.

33. En ese tenor, de acuerdo a la valoración efectuada por la especialista de este Organismo Autónomo, **VD** se hallaba en el estadio 2 de la apendicitis aguda, es decir, el órgano estaba perforado, lo que constituyó una apendicitis complicada con absceso localizado.

15

34. Del análisis del expediente clínico se desprendió la nota posanestésica emitida por **AR1**, en la cual se hizo constar que administró 11 mg de bupivacaina por vía intratecal (espacio subaracnoideo) a la paciente **VD**; sin embargo, resulta relevante señalar que apenas siete minutos después de dicha intervención, la paciente presentó un paro cardiorrespiratorio.

35. Sobre el particular, la especialista de esta DDHPO precisó que, con base en la literatura médica, la dosis de bupivacaina indicada para el rango de edad y peso de **VD** era de 0.3 mg/kg, por lo que, al multiplicar dicha constante por los 25 kilogramos que pesaba la paciente, la dosis máxima requerida debió ser de 7.5 mg; no obstante, la cantidad aplicada por **AR1** representó un excedente de 3.5 mg.

36. Cabe resaltar que esta sobredosis desencadenó el paro cardiorrespiratorio y la hipoxia (déficit de oxígeno) a nivel cerebral de **VD**, tras lo cual, **AR1** inició las maniobras de reanimación cardiopulmonar de forma inmediata y una vez superado el evento y

estabilizada la paciente, se dio inicio a la intervención quirúrgica, la cual, de acuerdo con la nota posquirúrgica, transcurrió sin incidentes ni accidentes.

37. En ese sentido, la experta de esta Defensoría refirió que los anestésicos locales son fármacos que bloquean de manera reversible la generación y transmisión de impulsos nerviosos, en cualquier parte del sistema nervioso a la que se apliquen.

38. Por tanto, el uso de estos por parte del personal de anestesiología debe ser con pleno conocimiento y previsión sobre el manejo de la Intoxicación Sistémica por Anestésicos Locales (ISAL), catalogada como la complicación más grave derivada de su utilización. La ISAL constituye un riesgo potencial inherente a todos los anestésicos locales, independientemente de la vía de administración que se emplee.

39. En caso de manifestarse, esta condición afecta de manera prioritaria a los sistemas nervioso central y cardiovascular. El pronóstico clínico de la ISAL es variable y de evolución indeterminada, pudiendo oscilar desde la recuperación completa del paciente hasta el deceso.

16

40. En el supuesto de que la intoxicación por anestésicos locales afecte el sistema cardiovascular, la activación simpática inicial puede causar taquicardia e hipertensión; sin embargo, la bradicardia y la hipotensión a menudo se han descrito como los primeros cambios en los signos vitales. La toxicidad cardiovascular puede progresar a arritmias ventriculares y/o asistolia.¹²

41. De los hechos descritos y con base en la explicación efectuada por la especialista de esta DDHPO, se evidencia una omisión por parte **AR1**, quien al momento de planificar el procedimiento anestésico pasó por alto tomar en consideración las características antropométricas y físicas particulares de **VD**, específicamente su peso corporal de 25 kilogramos.

¹² La asistolia es la ausencia total de actividad eléctrica y mecánica en el miocardio, lo que provoca la detención completa de los latidos del corazón. En términos médicos, se manifiesta en el electrocardiograma como una «línea plana» y representa un paro cardiorrespiratorio que requiere atención inmediata.

42. Al soslayar este cálculo clínico indispensable, **AR1** ignoró los estándares y la literatura médica especializada que dictan una dosificación estricta de bupivacaina para el rango de edad en que se ubicaba **VD**, lo que no solo derivó en una administración arbitraria de la sustancia, sino que, tuvo como consecuencia directa e inmediata generando un estado de sobredosis en el organismo de la paciente y desencadenando el paro cardiorrespiratorio a tan solo siete minutos de la intervención.

43. Por lo tanto, es dable concluir que el colapso cardiopulmonar y la consecuente hipoxia cerebral que pusieron en riesgo inminente a **VD** no fueron una complicación impredecible o fortuita del acto médico, sino el resultado directo de una mala praxis por dosificación excesiva.

44. Si bien **AR1** reaccionó de forma inmediata con maniobras de reanimación posterior al evento, ello no la exime de la responsabilidad original de haber provocado el paro cardiorrespiratorio por la omisión en el cálculo del anestésico.

45. Tocante a ello, la SCJN ha establecido en diversos criterios que, en materia de salud, la actividad diagnóstica por parte del personal médico comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable; sin embargo, destaca que el hecho de llevar a cabo un diagnóstico o un tratamiento sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye a su vez, un riesgo innecesario para el derecho a la salud de los pacientes, tal como ocurrió en el caso que nos ocupa.¹³

46. Asimismo, el Máximo Tribunal Constitucional en México ha indicado que, del análisis del contenido del artículo 9° del Reglamento de Servicios de Atención Médica, 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,

¹³ SCJN. Tesis Aislada (Civil). “*MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA*”, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, enero de 2013. Registro digital: 2002570.

comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo.¹⁴

47. Bajo este panorama, la actuación de **AR1** distó de las obligaciones que poseía como profesional de la salud, pues al prescindir de las guías metodológicas elementales para aplicar dosis adecuada de bupivacaina en **VD**, el acto médico realizado implicó un escenario que provocó el paro cardiorrespiratorio que derivó posteriormente.

48. Por lo tanto, queda demostrado que el colapso de **VD** no se debió a un factor impredecible, sino a que la multicitada facultativa decidió operar al margen de los protocolos obligatorios de su especialidad; demostrando que no se utilizaron todos los medios disponibles para proteger la salud de la paciente, situación que encuadra en una mala praxis.

49. En ese sentido, esta Defensoría concluye que **AR1** contravino lo establecido en el artículo 48 del Reglamento de Servicios de Atención Médica, el cual prevé que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”*; así como lo previsto en la NOM-Anestesiología, la cual en su numeral 8.3 mandata que el prestador de servicio de anestesiología *“antes de iniciar la aplicación del procedimiento anestésico [...] deberá identificar y evaluar al paciente, desde el punto de vista médico de su especialidad, así como, confirmar el procedimiento médico o quirúrgico a realizar”*, vulnerando el derecho a la protección de la salud de **VD**.

18

B. Derecho humano a la integridad personal

50. El derecho a la integridad personal es aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero.¹⁵

¹⁴ SCJN. Tesis Aislada (Administrativa). *“RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. SIGNIFICADO DEL CONCEPTO LEX ARTIS PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN”*, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, octubre de 2013. Registro digital: 2004786.

¹⁵ CNDH. Recomendación 206/2023, de 31 de octubre de 2023; párr. 29.

51. El derecho a la integridad personal está interrelacionado con el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 4º, párrafo cuarto de la CPEUM, de ahí que las personas prestadoras de los servicios de salud están obligadas a contar con conocimientos necesarios que su praxis exige, para brindar atención adecuada y oportuna, que garantice a las personas usuarias el derecho a su integridad personal.

52. En relación con el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Corte IDH ha establecido que la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculada con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del citado precepto; agregando que, la protección del derecho a 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.

53. Toda persona tiene derecho a ser protegida en su integridad, por lo que, de acuerdo a las evidencias y consideraciones señaladas en el apartado que antecede, éstas sirven de base para comprobar la afectación a este derecho en agravio de **VD** de acuerdo a lo siguiente.

19

B.1. Violación a la integridad física derivada de la inadecuada atención médica otorgada a VD

54. A las 12:00 horas del 26 de abril de 2015, **VD** fue valorada por **AR2**, quien confirmó el diagnóstico de apendicitis, informando de ello a **VI1** y determinando su ingreso al área de cirugía para efectuar la intervención quirúrgica correspondiente.

55. Al respecto, la GPC-Apendicitis Aguda refiere que todo paciente que presente un cuadro clínico clásico de dicho padecimiento, es decir, que cuente con dolor abdominal agudo de tipo cólico, localizado inicialmente en la región periumbilical con un incremento rápido de intensidad en un periodo menor a 24 horas e irradiado a la fosa ilíaca derecha, acompañado de sintomatología como náuseas, vómito, fiebre de 38 °C o más, independientemente del sexo, edad o estado de gestación, debe ser referido de medicina familiar al servicio de urgencias para su valoración por cirugía general de forma inmediata, sin que sea estrictamente necesario solicitar exámenes previos de laboratorio ni de gabinete para proceder con dicha interconsulta.

56. No obstante, de acuerdo a la CEAMO en su Opinión Técnica Médica, para ese momento era imperativo que **VD** recibiera una atención inmediata, pues desde su ingreso al HGT y subsecuente valoración en el servicio de Urgencias, habían transcurrido alrededor de 16 horas de estancia hospitalaria, por lo que existía un riesgo inminente de perforación apendicular debido al tiempo de evolución de la patología, complicación grave que terminó por materializarse.

57. Por otro lado, dentro del expediente clínico del que se allegó este Organismo Autónomo, se cuenta con la nota post anestésica de las 16:00 horas del 26 de abril de 2015, emitida **AR1**, en la que asentó haber administrado 11 mg de bupivacaina a **VD** y, posteriormente, a los 7 minutos de administrada la dosis, la paciente presentó paro cardiorrespiratorio por sobredosis, generando hipoxia (déficit de oxígeno) a nivel cerebral, no obstante, dicha facultativa inició maniobras de reanimación de forma inmediata.

58. Posterior al evento, se dio inicio a la cirugía la cual, de acuerdo a la nota posquirúrgica, transcurrió sin incidentes ni accidentes quirúrgicos, no obstante, es necesario señalar que, de acuerdo a lo descrito por **AR1**, llevó a cabo emersión por aclaramiento pulmonar, la cual consiste en el despertar al paciente de la anestesia, para retornarlo a sus condiciones originales pre anestésicas, detallando que al despertar, **VD** mostró mioclonía de brazos, es decir, movimientos involuntarios, rápidos y repentinos, como sacudidas o espasmos, los cuales afectan los músculos de los brazos y se interpretan como crisis convulsivas.

59. Al respecto, la especialista de esta Defensoría explicó que en virtud de que dicho despertar fue inadecuado, se procedió a administrar medicación para tratar esta situación; sin embargo, posterior a la crisis convulsiva, **VD** presentó apnea (suspensión de la respiración), por lo que **AR1** efectuó intubación orotraqueal y ventilación mecánica para mantener la vía aérea funcional, solicitando estudios de laboratorio y de imagen, así como valoración por los servicios de Pediatría y Neurología.

60. A su ingreso al servicio de Pediatría, a las 18:00 horas del 26 de abril de 2015, **PSP2** señaló que después de la cirugía que le fue practicada a **VD**, la paciente se hallaba postrada, con ventilación mecánica asistida, indicándole triple esquema de antibiótico ya que cursó con apendicitis complicada y requirió estudios de laboratorio, lo que se informó

a sus familiares, quienes solicitaron su traslado al Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual se negó debido a la inestabilidad de la agraviada, la distancia a Oaxaca de Juárez y la falta de ambulancia con personal especializado.

61. Al día siguiente, el 27 de abril de 2015, **VD** fue valorada por **PSP4** quien emitió los diagnósticos de escolar eutrófico, postoperada de apendicectomía y post paro cardiorrespiratorio, por lo que la agraviada continuaba con ventilación mecánica asistida y a nivel metabólico sin repercusiones, considerando continuar 72 horas con el mismo manejo para posteriormente valorar alteraciones neurológicas y daño a otros órganos.

62. El 28 de abril de 2015, **VD** fue evaluada por **PSP5** quien refirió que la paciente no presentaba movimientos ni posturas anormales, es decir que no había vuelto a convulsionar. Posteriormente y con base en los resultados de laboratorio que le fueron practicados un día antes, **PSP5** relató que **VD** mostraba anemia sin repercusión hemodinámica, disminución de las plaquetas sin que causara un efecto adverso en el organismo, con fiebre desde un día anterior, por lo cual continuaba con mismo manejo de triple esquema de antimicrobianos.

63. De igual manera, **PSP5** hizo mención sobre la necesidad de manejo de la agraviada en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; no obstante, detalló que no se contaba con ambulancia para traslado a la ciudad de Oaxaca de Juárez, por lo que solicitarían valoración por pediatra intensivista para manejo en conjunto, así como por neurología previo estudio de tomografía de cráneo.

64. El mismo 28 de abril de 2015, **VD** fue examinada por **AR3** quien sugirió que debido a que ya había transcurrido un periodo de 36 horas en las que la agraviada permaneció sedada, se debía ir retirando la sedación y la analgesia con la finalidad de valorar sus condiciones neurológicas.

65. Más tarde, en esa misma fecha, **PSP2** asentó en su nota médica que comenzó a realizar el retiro de la sedación con midazolam, disminuyendo los parámetros de la ventilación mecánica, por lo que esperaba mejoría en el estado de alerta para planear la extubación (retiro del tubo endotraqueal para liberar al paciente del respirador mecánico). No obstante, horas después, **VD** inició con disociación ventilatoria (alteración de la ventilación que origina dificultad respiratoria) y desaturación (cuando la saturación

arterial de oxígeno desciende por debajo del 90%), presentando además tapones mucosos con restos hemáticos en vía aérea, lo que conllevó a hacerle nuevamente cambios en los parámetros ventilatorios del respirador artificial, además de tomarle una placa de rayos X del tórax, en la que se observó la presencia de atelectasia en hemitórax derecho.

66. En ese sentido, de acuerdo a lo descrito por la especialista de esta DDHPO, la atelectasia es el colapso del pulmón o de una parte del pulmón llamado lóbulo, situación que surge cuando los pequeños sacos de aire dentro de dicho órgano, es decir, los alvéolos, pierden aire, ante lo cual es recomendable iniciar fisioterapia pulmonar, drenaje postural y micronebulizaciones.

67. Tras al retiro de la sedación, **VD** fue valorada nuevamente por **AR3** quien, posterior a la revisión de la paciente, sugirió el retiro de fentanyl para despertarla por completo, es decir, sugirió el retiro de sedo analgesia para que la agraviada pudiera ser valorada neurológicamente en estado de vigilia y en su caso, retirar la cánula endotraqueal previo aspirado de la misma.

22

68. Es necesario resaltar que, en la nota de 29 de abril de 2015, **PSP4** describió que para ese momento, **VD** continuaba con picos febriles controlados con medicamento, sin presentar datos de respuesta inflamatoria; además de que se llevó a cabo aspirado de cánula endotraqueal obteniendo tapón mucosanguinolento, practicándole una nebulización para proceder a la disminución de los parámetros ventilatorios lo que la paciente toleró hasta que finalmente fue extubada, es decir, se le retiró la cánula endotraqueal de forma exitosa. No obstante, de acuerdo a la manifestación de la referida facultativa, la paciente continuó con manejo respiratorio a base de nebulizaciones y fisioterapia pulmonar por la presencia de atelectasia.

69. Al siguiente día, 30 de abril de 2015, **VD** fue valorada por **PSP5** quien la encontró con adecuada evolución clínica, con estudio de tele de tórax aún con imagen de atelectasia en hemitórax derecho, pero sin distrés respiratorio (insuficiencia respiratoria), indicando inicio de la vía enteral, es decir, se determinó retirar el ayuno y se solicitó tomografía de cráneo para que posteriormente fuera valorada por el servicio de Neurología.

70. En este punto, si bien en el expediente clínico no se encontraron notas médicas adicionales, en virtud de la información aportada a esta DDHPO por **VI1**, se tuvo conocimiento que el 5 de mayo de 2015, **VD** ingresó al HGZ No. 2 con diagnóstico de secuelas de evento post reanimación provocada por paro cardiorrespiratorio y posoperatorio de apendicetomía.

71. En diversa nota de 13 de mayo de 2015, se reportó como diagnóstico de egreso hospitalario de **VD** con secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica, crisis convulsivas secundarias (clasificadas como evento único) y el estado posoperatorio de una apendicetomía, además de mencionarse que el estudio de tomografía de cráneo que le fue practicado mostró una atrofia cerebral cortical generalizada y que en el electroencefalograma se observaban paroxismos aislados de ondas agudas frontal y temporal, actividad bioeléctrica de fondo.

72. De esta manera, la pérdida gradual de neuronas y conexiones neuronales en la corteza cerebral, la capa externa del cerebro, conlleva a una disminución del volumen cerebral y a diversos problemas cognitivos y funcionales.

73. En ese sentido, la atrofia cerebral puede estar más o menos restringida a una zona concreta del cerebro, o puede ser generalizada, cuando es focal, afecta a un área limitada y los síntomas están relacionados, principalmente, con funciones o capacidades que dependen de esa zona cerebral, en tanto que, cuando es generalizada, la atrofia afecta de manera global al cerebro, pudiendo ocasionar déficits que afecten a múltiples funciones cerebrales.

74. Por lo antes descrito, es menester comentar que, de acuerdo con la literatura médica, la atrofia cerebral cortical, es la pérdida de neuronas y conexiones neuronales en la corteza cerebral, la capa externa del cerebro. Esta degeneración puede afectar diversas funciones, como la visión, el razonamiento espacial y la memoria, dependiendo de la zona afectada.

75. En relación a los hallazgos del electroencefalograma, la especialista en medicina legal de esta Defensoría enfatizó que la presencia de paroxismos aislados de ondas agudas frontales y temporales bilaterales, junto con actividad bioeléctrica de fondo, puede indicar una predisposición a generar crisis epilépticas, aunque no necesariamente

significa que el paciente tenga epilepsia. La actividad paroxística se refiere a la aparición repentina de ondas anormales, que pueden ser indicativas de actividad eléctrica irregular en el cerebro.

76. En ese sentido, la existencia de paroxismos aislados de ondas agudas frontales y temporales bilaterales significa que estas ondas agudas se observan en ambos lados del cerebro, en los lóbulos frontal y temporal.

77. De esta manera, en el caso de **VD**, la experta de esta Defensoría indicó que sus áreas frontal y temporal que estaban involucradas en funciones como el movimiento, el habla y la memoria, resultaron con alteraciones posterior al evento de paro cardiorrespiratorio por sobredosis de anestésico local durante el procedimiento anestésico del que fue objeto la paciente, previo a la intervención quirúrgica de apendicectomía.

78. La citada especialista de este Organismo Autónomo señaló que la lesión cerebral post paro cardíaco es una causa mayor de mortalidad debido a la baja tolerancia del cerebro a la falta de oxígeno, el exceso de flujo sanguíneo y el edema. Durante las primeras fases del paro, el tejido cerebral sufre de privación de energía por una perfusión deficiente; sin embargo, al lograr el retorno a la circulación espontánea, la entrada repentina de oxígeno desata un estrés oxidativo que, sumado a la acumulación de calcio y la excitotoxicidad, provoca la muerte celular (por necrosis y apoptosis) que puede prolongarse durante días o semanas.

79. Sobre el particular, durante la entrevista realizada por la especialista en medicina legal de esta DDHPO el 28 de mayo de 2025 a **VI1**, ésta refirió que posterior a que **VD** fuera extubada, no hablaba, tomándole aproximadamente un año para tener nuevamente un discurso aceptable.

80. También **VI1** acotó que derivado de lo ocurrido **VD** no caminaba, requiriendo de alrededor de dos años de terapia física para que su marcha se reestableciera completamente.

81. Derivado de lo antes mencionado, es posible sostener que los prolongados periodos de invalidez temporal que sufrió **VD** provocaron que las omisiones cometidas por el

personal de salud del HGT no solo vulneraron las funciones cognitivas y motrices de la paciente, además, generaron un menoscabo directo en su integridad física y en su derecho a una vida digna.

82. Ante este escenario, resulta imperativo resaltar la responsabilidad del Estado por el incumplimiento de sus deberes de supervisión y regulación en el ámbito sanitario, en sintonía con los estándares fijados por la jurisprudencia internacional, pues tal como lo establece la Corte IDH, los Estados *“tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”*.¹⁶

83. Así las cosas, la especialista de este Organismo Autónomo concluyó que el evento post paro cardiorrespiratorio suscitado después de la sobredosis de anestésico suministrado por **AR1**, dejó en **VD** secuelas a corto plazo consistentes en atrofia cerebral cortical generando pérdida de neuronas y de conexiones neuronales los cual derivó en alteración de las funciones del movimiento, habla y memoria, provocando un impacto severo e irreversible en la integridad física de la víctima; con lo que se trastocó lo establecido en el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos el cual prevé que *“Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física [...]”*, así como lo señalado en el numeral 103, fracción VII de la Ley General de NNA mismo que dispone que *“Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad, tutela o guarda y custodia, así como de las demás personas que por razón de sus funciones o actividades tengan bajo su cuidado niñas, niños o adolescentes, en proporción a su responsabilidad y, cuando sean instituciones públicas, conforme a su ámbito de competencia, las siguientes: [...] “III. Abstenerse de cualquier atentado contra su integridad física [...] o actos que menoscaben su desarrollo integral”*; además de lo descrito en el numeral 48 del Reglamento de Servicios de Atención Médica, vulnerando el derecho a la integridad física en agravio de **VD**.

25

B.2. Violación a la integridad psicológica de VD

¹⁶ Corte IDH. “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”. Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

84. En México, la Ley General de NNA establece en su artículo 46 que niñas, niños y adolescentes tienen derecho que se resguarde su integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones de bienestar y el libre desarrollo de su personalidad.

85. La Organización Mundial de la Salud define la salud mental infantil como un estado de bienestar emocional y social que permite a niños y adolescentes afrontar el estrés, desarrollar sus capacidades, aprender adecuadamente y relacionarse con éxito.

86. Sobre el particular, respecto de las acciones y omisiones acreditadas en torno al acervo probatorio al que se ha hecho referencia con antelación, se desprende que las condiciones y características que presentaba **VD** al momento de ser ingresada al área de Cirugía General, fueron desestimadas por **AR1**, por lo cual, dicha falta de atención adecuada tuvo como consecuencia la administración errónea de un anestésico y por ende, el consecuente paro cardiorrespiratorio, lo que trajo consigo un deterioro en su integridad personal.

87. Al respecto, el 28 de mayo de 2025, personal especialista en psicología de este Organismo Autónomo, practicó una entrevista a **VD** y a **VI1**, derivado de lo cual se emitió una valoración en esa materia, en la que dicha experta observó que **VD**, quien para ese momento contaba con una edad cronológica de 16 años, presentaba alteraciones visibles en torno a su lenguaje, la escritura y vocabulario ya que los mismos no correspondían a su edad, nivel escolar y contexto cultural.

88. Del examen de su estado mental, se evidenció también que, en cuanto a la memoria, las alteraciones que mostraba **VD** se manifestaban a través de la dificultad para retener y recuperar la información lo cual impactaba en su vocabulario, en el uso de conceptos abstractos, en recordar detalles o seguir instrucciones; lo cual había llevado a que la paciente tuviera dificultades en su aprendizaje en conjunto con dificultades para mantener la atención y la concentración.

89. Durante la citada entrevista a **VI1**, manifestó que previo al 26 de abril de 2015, es decir, al evento hospitalario en el que se situó **VD**, la paciente gozaba de una salud estable y de un desarrollo físico, emocional y social adecuado para su edad, habiendo aprendido ya a leer y escribir; sin embargo, tras el incidente médico, las principales secuelas que presentó fueron la pérdida de la capacidad para caminar durante

aproximadamente un año y la limitación de su lenguaje; por lo que, ante esta situación, su madre buscó atención médica privada e inició su tratamiento en un centro de rehabilitación particular en Oaxaca.

90. Respecto a su salud, a raíz del paro cardiorrespiratorio sufrido mientras fue atendida en el HGT, la vida de **VD** cambió de forma radical, afectando gravemente su desarrollo físico, psicomotor y emocional.

91. Como secuelas directas de la falta de oxigenación, **VD** comenzó a presentar crisis convulsivas y una pérdida de autonomía que la obligó a usar pañal y le impidió caminar durante aproximadamente un año; además, de acuerdo a lo observado por la especialista de esta DDHPO, sus diagnósticos médicos formales incluían discapacidad mental, trastorno depresivo y trastorno de la alimentación, este último manifestado en serias complicaciones para ingerir comida debido a que aceptaba muy pocos alimentos.

92. En el aspecto social y emocional, **VD** enfrentaba graves dificultades para relacionarse con personas de su misma edad; su madre refirió que en la escuela solía ser aislada por sus compañeros, lo que le generaba una profunda tristeza al no sentirse incluida. Para manejar estas secuelas, **VD** se encontraba bajo tratamiento especializado en neuropediatría, donde se le administraba diariamente un medicamento.

93. En cuanto a la historia escolar de la agraviada, de acuerdo a lo descrito por **VI1**, se advirtió que los docentes apoyaron a **VD** en su proceso y adecuaron las tareas escolares a sus necesidades; no obstante, la agraviada enfrentó severas dificultades para realizarlas, tanto en el aula como en su hogar; en ese sentido, su progenitora señaló en su momento que el origen de estas complicaciones eran ocasionados por la dificultad para retener información, seguir indicaciones y limitaciones en su lectoescritura; debido a esto, fue su hermano menor, el encargado de ayudarle en los deberes escolares.

94. La experta de esta DDHPO advirtió que existían en **VD**, indicadores neuropsicológicos relacionados con un trastorno del desarrollo intelectual grave, impactando en sus capacidades cognitivas acordes a su edad cronológica, atención, memoria, lenguaje, desarrollo, pronunciación y expresión.

95. Asimismo, el impacto no solo ocurrió en **VD**, sino que también afectó a su núcleo familiar, el cual experimentó un cambio de roles, adaptación a nuevas rutinas y roles de cuidado, así como dificultades emocionales y económicas; en tanto que, a nivel escolar y social existían complicaciones en su dinámica familiar referente a la forma de interactuar con las y los integrantes de su núcleo; en lo que respecta al aspecto escolar, existía aislamiento por parte de sus compañeros y compañeras, aunado a un bajo rendimiento académico, lo cual impactó en su autoestima y en su auto concepto.

96. Finalmente, la especialista de este Organismo Autónomo determinó que **VD** contaba con diagnósticos médicos de discapacidad intelectual, Trastorno depresivo y Trastorno de alimentación mismos que se habían derivado del suceso ocurrido en torno a su salud física.

97. En ese sentido, resulta evidente que el paro cardiorrespiratorio y el prolongado tiempo que permaneció inconsciente, lapso en el que se suscitó la atrofia cerebral, impactaron en su integridad psicológica, derivado de lo cual no solo se alteraron sus funciones biológicas, sino que la condujo a una situación de dependencia de terceras personas en su vida cotidiana, pues tal como lo refirió la experta en psicología de este Organismo Autónomo, el evento victimizante anuló su autonomía, movilidad y autosuficiencia, restringiendo su capacidad para desarrollarse, interactuar de forma plena con su familia y entorno escolar.

98. En consecuencia, se advierte que los actos y omisiones atribuibles a **AR1** trastocaron lo establecido en el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; vulnerando el derecho a la integridad psicológica de **VD**.

B 3. Daño al proyecto de vida de VD, VI1 y VI2

99. De acuerdo a lo señalado por la CNDH *“cuando las posibilidades y opciones de desarrollo personal se ven frustradas o menoscabadas a consecuencia de hechos violatorios a derechos humanos que modifican drásticamente el curso de la vida de quien lo padece, se afirma que nos encontramos frente a un daño al proyecto de vida que implica [...] circunstancias nuevas y adversas [...] modifica los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito.*

Dicho de otra manera, [...] el daño al proyecto de vida, entendido como una expectativa razonable y accesible, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable”.¹⁷

100. Tocante a ello, la Corte IDH ha enfatizado que el Proyecto de Vida “*atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas*”, además de indicar que éste “*se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone*”.¹⁸

101. Respecto al caso de **VD**, tras el hecho victimizante, la agraviada pasó a depender de los cuidados de terceras personas para sus necesidades básicas, reduciendo sus posibilidades de construcción de un plan de vida independiente.

102. En el ámbito escolar, sus metas y aspiraciones académicas sufrieron un daño irreversible, pues como lo mencionó la especialista en psicología de esta DDHPO, **VD** presentó problemas para retener información, con dificultad para seguir indicaciones y con limitaciones en la lectura y escritura, impidiendo que pudiera aprender al mismo ritmo que los demás.

103. Además, como se mencionó, también se modificó la dinámica familiar de **VD**, dependiendo de **VI2** para realizar sus tareas escolares, lo cual hace evidente que sus oportunidades de superación a través de la educación formal quedaron rezagadas debido a su falta de autonomía.

104. Finalmente, el daño causado a su salud e integridad, le produjo a **VD** una discapacidad intelectual, así como, trastorno depresivo, hechos que llevaron a su familiar a contribuir en la supervivencia y el cuidado médico constante de **VD**, en lugar de invertirse en proyectos de crecimiento personal.

¹⁷ CNDH. Recomendación 23/2023, párr. 115.

¹⁸ Corte IDH. “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Reparaciones y Costas; párr. 147 y 148.

105. Considerando lo anterior, esta DDHPO estima conveniente considerar las afectaciones al proyecto de vida de **VD**, así como, de **VI1** y **VI2** en las medidas de reparación integral del daño.

C. Vulneración al principio del interés superior de la niñez en agravio de VD

106. Este principio se encuentra reconocido en el artículo 4º, párrafo noveno de la Constitución Federal, que prevé que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

107. Para este Organismo Autónomo, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial de cualquier autoridad, entre las cuales, aquellas relacionadas con la protección de la salud.

108. La Corte IDH ha señalado que el cuidado de la salud de niñas, niños y adolescentes suponen diversas medidas de protección y constituyen los pilares fundamentales para garantizar el disfrute de una vida digna por parte de los niños, que en virtud de su inmadurez y vulnerabilidad se hallan a menudo desprovistos de los medios adecuados para la defensa eficaz de sus derechos.¹⁹

30

109. Además, la Corte IDH retomó el criterio de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales para precisar que la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad son elementos de garantía del derecho a la salud, destacando que el cumplimiento de la obligación de los Estados de respetar y garantizar este derecho implica dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados para llevarse a cabo de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de acuerdo con la legislación nacional aplicable.²⁰

110. La CDN, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales, en ese sentido, en el artículo 3.1 establece que todas

¹⁹ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-17/2002 de 28 de agosto de 2002, solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos respecto de la “*Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño*”. Disponible para su consulta en: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_17_esp.pdf

²⁰ Corte IDH. “*Caso Hernández Vs. Argentina*”. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas; párr. 78.

las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

111. El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y personas servidoras públicas que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

112. En el caso de **VD**, tratándose de un diagnóstico de apendicitis aguda, el cuadro clínico en una persona menor de edad evoluciona rápidamente y requiere atención médica de emergencia. Al ser una enfermedad de progresión veloz, el cuerpo experimenta una serie de cambios físicos, lo que conlleva a riesgos médicos y a adoptar una ruta de tratamiento obligatoria.

113. La complicación más grave es la ruptura del apéndice, que puede ocurrir pocas horas después de los primeros síntomas, por lo que esta emergencia puede ser mortal. Cuando el apéndice se rompe, las bacterias se diseminan por toda la cavidad abdominal, causando peritonitis, una infección bacteriana grave que puede progresar rápidamente y ser difícil de tratar si se retrasa el diagnóstico.²¹

31

114. De acuerdo a la CEAMO en su Opinión Técnica Médica, una vez que **VD** fue valorada por el servicio de Cirugía General en el que se estableció el diagnóstico definitivo de apendicitis, era imperativo que recibiera una atención inmediata; sin embargo, para ese momento habían transcurrido alrededor de 16 horas de estancia hospitalaria.

115. Al respecto, la GPC-Apendicitis Aguda refiere que todo paciente que presente un cuadro clínico clásico de dicho padecimiento, es decir, que cuente con dolor abdominal agudo de tipo cólico, localizado inicialmente en la región periumbilical con un incremento rápido de intensidad en un periodo menor a 24 horas e irradiado a la fosa ilíaca derecha,

²¹ <https://www.carehospitals.com/es/diseases-conditions/appendicitis-in-children>

acompañado de sintomatología como náuseas, vómito, fiebre de 38 °C o más, independientemente del sexo, edad o estado de gestación, debe ser referido de medicina familiar al servicio de urgencias para su valoración por cirugía general de forma inmediata, sin que sea estrictamente necesario solicitar exámenes previos de laboratorio ni de gabinete para proceder con dicha interconsulta.

116. Por tanto, como lo mencionó la CEAMO en su Opinión Técnica Médica, al considerarse la apendicitis aguda como una emergencia, el tiempo de evolución era un factor crítico que conllevaba directamente al agravamiento del cuadro y elevaba sustancialmente la posibilidad de presentar complicaciones graves (como perforación o peritonitis), por lo cual, en el caso de **VD**, requería de una atención médica prioritaria y oportuna.

117. De esta manera, resulta innegable que desde el ingreso de **VD** a dicho nosocomio y considerando su corta edad (6 años), el referido establecimiento y el personal médico involucrado en su atención asumió una posición de garante sobre la paciente, lo cual implicaba desplegar el máximo cuidado y diligencia para evitar cualquier riesgo, negligencia o complicación prevenible durante su estancia, tratamiento y recuperación atendiendo en todo momento a su interés superior.

32

118. En este escenario, ante la urgencia diagnóstica el 26 de abril de 2015, el personal del HGT debía intervenir de inmediato con procedimientos quirúrgicos exactos, monitoreo ininterrumpido y cuidados postoperatorios rigurosos, entendiendo que cualquier omisión, retraso o deficiencia en el servicio constituía una violación directa a su derecho humano a la salud.

119. No obstante, resulta evidente que **VD** permaneció un lapso injustificable de 16 horas sin recibir la atención quirúrgica que su estado demandaba. Al contar con un diagnóstico previo de apendicitis, era imperativo que la paciente fuera valorada e intervenida quirúrgicamente de manera inmediata, con el fin de mitigar los riesgos inherentes a la evolución natural de dicha patología, por lo cual, al no actuar con la urgencia que el caso requería, el personal médico la colocó deliberadamente en un escenario de riesgo grave e innecesario, omitiendo las medidas preventivas más elementales para su seguridad.

120. Esta prolongada e injustificada espera desencadenó la complicación que precisamente se debía evitar. Al momento en que finalmente se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico, se confirmó que VD presentaba el apéndice perforado, una condición crítica que no es sino la consecuencia directa del tiempo perdido durante su estancia hospitalaria. Así, la falta de una intervención oportuna transformó un cuadro que requería atención inmediata en una emergencia mayor, materializando el riesgo al que la paciente fue expuesta de forma negligente.

121. Sobre el particular, la SCJN ha señalado que el principio de interés superior implica que los intereses de los niños deben protegerse con mayor intensidad, por lo que no es necesario que se genere un daño a los bienes o derechos de los niños para que se vean afectados, sino que basta con que éstos se coloquen en una situación de riesgo.²²

122. Por tanto, aplicando dicha interpretación al caso en concreto y reiterando que el derecho a la salud obliga al personal médico a actuar atendiendo a lo que resulte más beneficioso y oportuno para la seguridad del paciente, la situación de riesgo se actualizó de manera flagrante desde el momento en que personal del HGT omitió adoptar la medida médica inmediata consistente en la cirugía de apendicitis de **VD**, colocando a la agraviada en un escenario de riesgo innecesario no solo porque finalmente sufrió una afectación perjudicial, sino desde el instante mismo en que no se implementó de forma inmediata la conducta médica que representaba el mayor beneficio para preservar su integridad física.

123. Consecuentemente, al ejecutar de manera incorrecta el procedimiento de anestesia previo a la cirugía de la que sería objeto **VD**, pasando por alto evaluar correctamente las características de la agraviada (en específico su peso de 25 kilogramos) al momento de calcular la dosis de bupivacaina y suministrar una cantidad mayor a la médicamente permitida, **AR1** faltó a su deber de priorizar el interés superior de la paciente.

124. De esta manera, la exigencia de exactitud y precisión médica con la que debió actuar **AR1** debió extremarse precisamente para evitar cualquier margen de error u omisión en una sustancia con un potencial de toxicidad tan elevado; por tanto, al haber

²² SCJN. Tesis Aislada (Constitucional, Civil). “DERECHOS DE LOS NIÑOS. BASTA CON QUE SE COLOQUEN EN UNA SITUACIÓN DE RIESGO PARA QUE SE VEAN AFECTADOS”. Publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación en marzo de 2014. Registro digital: 2005919.

actuado con negligencia al en el cálculo clínico indispensable, la facultativa vulneró el interés superior de **VD**, trasgrediendo lo establecido en los artículos 3.1 y 24.1 de la CDN, los cuales en términos generales exigen que toda decisión pública o administrativa ponga como prioridad el interés superior de la niñez, lo cual a la vez se vincula de forma directa con el derecho humano a recibir una atención médica del más alto nivel posible; además de lo señalado en el numeral 50 de la Ley General de NNA, mismo que dispone que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud

125. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Federal establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*.

34

126. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29, la CNDH consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”.²³

127. Por su parte, la Corte IDH ha señalado que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.²⁴

²³ CNDH. Recomendación General No. 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

²⁴ Corte IDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

128. Asimismo, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “[...] es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos [...] mediante los cuales se hace constar [...] las [...] intervenciones del personal [...] el estado de salud del paciente [...] datos acerca del bienestar físico, mental y social”.

129. En el caso particular, la especialista médica de este Organismo advirtió una inadecuada integración del expediente clínico de **VD**, pues en la nota de valoración del servicio de Cirugía General y en la hoja de solicitud de operación, ambas del 26 de abril de 2015, únicamente se apreciaba el apellido de **AR2**; más no así el nombre completo de dicha facultativa.

130. Por otro lado, en la nota de valoración de Terapia Intensiva Pediátrica de 28 de abril de 2015 y en la nota de revaloración de ese mismo servicio, ésta última no contaba con fecha ni hora, siendo suscritas por **AR3**; además, en nota de evolución del servicio de Cirugía General del 30 de abril de 2015, la cual fue elaborada por **AR4** igualmente se presentó dicha omisión, pues solamente se colocaron los apellidos sin identificar plenamente el nombre de los médicos intervinientes.

131. Hechos que trasgredieron lo dispuesto en el numeral 5.10 de la NOM-Del Expediente clínico, el cual precisa que “Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicable”, vulnerando el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de **VD** y **VI1**.

E. RESPONSABILIDAD.

a. Responsabilidad Institucional.

132. Esta Defensoría considera que aun cuando los titulares de una dependencia de gobierno no hayan participado en los hechos, tienen el deber institucional de atender y

responder a las víctimas; lo anterior con independencia de la responsabilidad individual que pueda derivarse en el caso en particular.

133. Asimismo, toda persona servidora pública tiene el deber de proceder con respeto a los principios de legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia en la administración pública; de cumplir con diligencia el servicio público que le sea encomendado y de abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión total, parcial o la deficiencia de dicho servicio, en caso contrario, incurrirían en responsabilidad administrativa, de conformidad con los artículos 109, fracción III, párrafos primero y sexto de la Constitución Federal; 7 de la LGRA y 115, párrafo primero, de la Constitución de Oaxaca.

134. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la CPEUM *“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”*.

36

135. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que se le encomendó, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquélla que corresponda, de manera específica, a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

136. En ese sentido, la SSySO son responsables institucionalmente toda vez que, de acuerdo a lo manifestado por **PSP1** en la nota de ingreso de **VD** al servicio de Urgencias del HGT, de las 20:45 horas del 25 de abril de 2015, al advertir que la paciente presentaba sintomatología de síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis aguda, señaló como plan su internamiento para iniciar el protocolo de estudio y la subsecuente valoración por el área de Cirugía General; no obstante, detalló que *“en el turno no contamos con [dicho] servicio”*, acotando que había sido informado de ello el titular del nosocomio.

137. Situación que se evidencia pues, a pesar de la urgencia médica que en ese momento padecía **VD**, no fue sino hasta las 12:00 horas del 26 de abril de 2015, cuando tuvo lugar su valoración por el servicio de Cirugía General, ocasión en la que finalmente se determinó llevar a cabo la intervención quirúrgica de la paciente; sin embargo, para ese momento ya habían transcurrido aproximadamente 16 horas y su apéndice ya se había perforado, colocándola en una situación de riesgo innecesaria.

138. Al respecto, es fundamental señalar que la Organización Mundial de la Salud establece que el derecho a la salud se rige por normas rigurosas que incluyen el principio de “*Accesibilidad*”, el cual exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén disponibles y al alcance de todos los que los necesiten.

139. Esta obligación se complementa con la NOM-Servicios de Salud, la cual afirma 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.

37

140. En el caso de **VD**, dicha accesibilidad se vio quebrantada desde el momento en que ingresó al área de Urgencias del HGT, pues el propio personal señaló que, ante la necesidad de llevar a cabo su valoración por el servicio de Cirugía General, no se contaba con el mismo, lo que generó un retraso en su atención médica, sin que se advirtiera que con motivo de ello, se llevaran a cabo las acciones necesarias para referir a la paciente de forma inmediata a otra unidad que si tuviera el servicio y personal requeridos, tal como lo indica el Reglamento de Servicios de Atención Médica de Atención Médica en su artículo 74, el cual prevé que “*Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo*”.

141. Por tanto, se determina que existió responsabilidad institucional atribuible al HGT, violentando lo señalado en el artículo 21 del Reglamento de Servicios de Atención Médica, el cual refiere que “*en los establecimientos donde se proporcionen servicios de*

atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas correspondientes, con personal suficiente e idóneo”, vulnerando el derecho a la protección de la salud en agravio de VD.

b. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas.

142. En el análisis de los hechos y de las evidencias recabadas, pudo constatarse existió responsabilidad por parte de **AR1** al omitir tomar en cuenta las características antropométricas y físicas particulares de **VD** para planificar la dosis adecuada de anestesia que debía suministrarle previo a su ingreso a Cirugía General, ignorando los estándares médicos e incurriendo en una mala praxis por dosificación excesiva de bupivacaína, lo que le provocó una sobredosis que desencadenó directamente el paro cardiorrespiratorio a los siete minutos de la intervención quirúrgica; violentando el artículo 48 del Reglamento de Servicios de Atención Médica, que garantiza el derecho a recibir atención profesional, oportuna y éticamente responsable, así como el numeral 8.3 de la NOM-Anestesiología, que obliga al especialista a evaluar e identificar correctamente al paciente antes de aplicar cualquier procedimiento; vulnerando el derecho a la protección de la salud de **VD**.

38

143. También existió responsabilidad atribuible a **AR1** pues con motivo de la inadecuada atención médica brindada a **VD** y derivado de las secuelas producidas desde el hecho victimizante, se violentó el principio al interés superior de la niñez de **VD** y a su proyecto de vida, así como, de **VI1** y **VI2**, al impactar en la dinámica familiar de la agraviada.

144. Finalmente, **AR2**, **AR3** y **AR4** son responsables por la inadecuada integración del expediente clínico de **VD**, al haber omitido asentar sus nombres completos en diversas notas de valoración, solicitud de operación y evolución médica entre el 26 y el 30 de abril de 2015, con lo que transgredieron el numeral 5.10 de la NOM-Del Expediente Clínico, que obliga a registrar con precisión estos datos y la firma en cada intervención, vulnerando con ello el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de **VD** y **VI1**.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

145. El artículo 1° de la Constitución Federal establece en su párrafo tercero que 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; y que, en consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar **y reparar las violaciones a los derechos humanos**, en los términos que establezca la Ley.

146. En ese orden de ideas, la Corte IDH ha establecido que, con base en lo dispuesto en el artículo 63.1 de la Convención Americana, toda violación de una obligación internacional que haya producido daño trae consigo el deber de repararlo adecuadamente.²⁵

147. Por su parte, el artículo 4° de la Constitución de Oaxaca, señala la obligación de las autoridades del Estado, de garantizar las condiciones necesarias para que los individuos gocen de los derechos que establece nuestro ordenamiento estatal; mediante el juicio de protección de derechos humanos. La violación de los mismos implicará la sanción correspondiente y, en su caso, la reparación del daño, en términos de la ley.

148. Esta Defensoría sostiene que la reparación del daño a las víctimas de una violación de derechos humanos es un elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad y para enfrentar la impunidad. También es un medio de reparar simbólicamente una injusticia, y un acto de reconocimiento del derecho de las víctimas.

149. Las reparaciones consisten en medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas; su naturaleza y monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial, esta reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas en las que el Estado puede hacer frente a la responsabilidad en que, por sí o a través de sus agentes, ha incurrido, ya sea a través de la restitución, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras, con miras a lograr una reparación integral del daño efectuado.

²⁵ Corte IDH. “Caso Velázquez Rodríguez Vs. Honduras”. Sentencia de 21 de julio de 1989. Reparaciones y Costas; párr. 25.

150. En ese sentido, es una facultad de esta Defensoría reclamar una justa reparación del daño conforme a lo que dispone el artículo 71 de la Ley que la regula, el cual establece que en el proyecto de Recomendación se podrán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado, lo cual también se prevé en el artículo 167 de su Reglamento Interno, al disponer que los textos de las Recomendaciones contendrán el señalamiento respecto a la procedencia de la reparación del daño que corresponda.

151. Para tal efecto, en términos de los artículos 1°, párrafos tercero y cuarto, 2°, fracción I, 7, fracciones I, II, VI, XXIII y XXVI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 63, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, fracción VIII, 75, fracción IV, 88, fracciones II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; concatenado con los numerales 1°, párrafos tercero y cuarto, 2°, fracción I, 7, fracciones I, II y VI, 25, 26, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, fracción III, 73, fracción V, 74, fracción VIII, 75, fracción IV, 95, fracciones II y XXIII, 101, 102, fracciones I y III, 115, fracción IV, 116, fracción I, 128, fracción VII, 132 y 133 de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad personal y al principio del interés superior de la niñez en agravio de **VD**, así como, al proyecto de vida de **VD**, **VI1** y **VI2**, además del derecho al acceso a la información en materia de salud en perjuicio de **VD** y **VI1**, se les deberá inscribir en el Registro Estatal de Víctimas, como **víctimas de violaciones a derechos humanos**, a fin de que se brinde, a quien tenga el derecho, la Reparación Integral que conforme a derecho corresponda; además de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas y Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca; para ello, esta Defensoría remitirá copia de la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca.

152. Por tanto, en el caso que nos ocupa, resultan aplicables las siguientes:

a) Medidas de Rehabilitación

153. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, con relación a los numerales 26, fracción II y 62 de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca.

154. La rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*, además del derecho a *“Recibir tratamiento especializado que le permita su rehabilitación física y psicológica con la finalidad de lograr su reincorporación a la sociedad”*.

155. En ese tenor, en un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, la SSySO en coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, deberán brindar a **VD** la atención, tratamiento y seguimiento médico que requiera como consecuencia del hecho victimizante, facilitándole la ayuda técnica y de rehabilitación que requiera.

156. De igual forma, un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, la SSySO en coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca deberá proporcionar a **VD**, la atención psicológica y psiquiátrica, así como, la atención psicológica y tanatológica a **VI1, VI2** y demás familiares que así lo requieran por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades y características particulares como son la edad y género, otorgándose gratuitamente, de forma inmediata y de manera accesible para las víctimas, con su previo consentimiento, por el tiempo que resulte necesario e incluir la provisión de medicamentos idóneos y gratuitos que se requieran; lo anterior, a fin de reducir los padecimientos psicológicos derivados de las violaciones a derechos humanos establecidas. Igualmente, se precisa que en caso de que **VD, VI1, VI2** y demás familiares que así lo requieran, manifiesten su deseo de que no se les otorgue la atención antes mencionada, deberán dejarse a salvo sus derechos para hacerlos valer en el momento oportuno.

157. Igualmente, se precisa que en caso de que **VD** y **VI1** y demás familiares que así lo requieran, manifiesten su deseo de que no se les otorgue la atención antes mencionada, deberán dejarse a salvo sus derechos para hacerlos valer en el momento oportuno.

b) Medidas de Compensación

158. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64 de la Ley General de Víctimas, así como 26, fracción III y 64 de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la Corte IDH, comprende: “[...] *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados por la violación como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y cualquier alteración, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de las víctimas*”.²⁶

159. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

160. Para tal efecto, en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación del presente instrumento recomendatorio, la SSySO deberán colaborar con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, para la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de **VD**, **VI1** y **VI2**, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que se les causó, que incluya la compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, para lo cual esta Defensoría remitirá copia

²⁶ Corte IDH. “Caso mujeres víctimas de tortura sexual en Atenco vs. México”. Sentencia de 28 de noviembre de 2018. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas; párr. 375.

de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva, a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones.

c) Medidas de Satisfacción

161. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracciones IV y VIII de la Ley General de Víctimas y 73, fracciones IV, V y VI de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, las cuales se pueden realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, así como, la aplicación de las sanciones correspondientes.

162. En ese sentido, en un plazo de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las personas servidoras públicas de la SSySO deberán llevar a cabo la publicación de esta determinación en su página de internet, de manera que sea visible y de fácil acceso tanto a las personas servidoras públicas que conforma esa dependencia como para el público en general, misma que permanecerá en el portal electrónico de esa institución, por el plazo de un año.

43

163. Por otro lado, en un plazo de 15 días contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las personas servidoras públicas de la SSySO deberán colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Autónomo interponga en la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública del Estado de Oaxaca en contra de **AR1, AR2, AR3 y AR4** a efecto de que dicha instancia realice las investigaciones respectivas y resuelva conforme a derecho corresponda, de conformidad con la LGRA y la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado y Municipios de Oaxaca.

d) Garantías de no repetición

164. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V de la Ley General de Víctimas, así como, en los numerales 74 y 75, fracción IV, de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, las cuales consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y

contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las víctimas.

165. En ese tenor, en un plazo de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se instruya a quien corresponda para que se emita y difunda una circular institucional dirigida a la totalidad del personal médico que labora en el HGT, a través de la cual se establezca la obligación ineludible de priorizar los servicios de salud atendiendo al interés superior de la niñez en aquellos casos en los que se brinde atención médica a niñas, niños y adolescentes, tomando en consideración sus características y particulares condiciones de vulnerabilidad al momento de adoptar cualquier decisión relacionada con su salud.

166. Por otro lado, en el plazo de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente, bajo un enfoque preventivo y de protección a los derechos humanos, la SSySO deberán diseñar e impartir por personal calificado y suficiente en la materia, cursos integrales dirigido al personal de los servicios de Urgencias y Cirugía General del HGT sobre el derecho humano a la protección de la salud, al interés superior de la niñez, así como, al derecho a la integridad personal, para lo cual deberá tomarse en cuenta los diversos instrumentos nacionales e internacionales, así como, la demás legislación relacionada con dichos temas; cursos que podrán ser impartidos en línea mediante plataforma virtual o presenciales, siempre y cuando sean brindados por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en los campos antes mencionados; debiendo indicar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

167. De igual forma, en el plazo de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente, se diseñe e imparta un curso de capacitación dirigido al personal del servicio de Anestesiología del Hospital General en el que se tomen en cuenta los diversos instrumentos médicos, guías de práctica clínica y marcos legales aplicables que regulan dicha especialidad, abordando el deber especializado en el ejercicio anestésico, con un énfasis particular y riguroso cuando se trate de la atención de pacientes niñas, niños y adolescentes, garantizando así que los procedimientos médicos se realicen con los más altos estándares de seguridad, oportunidad y respeto al principio del interés superior de la niñez; cursos que podrán ser impartidos en línea mediante plataforma virtual o

presenciales, siempre y cuando sean brindados por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en los campos antes mencionados; debiendo indicar el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

168. Además, se deberá entregar a esta DDHPO las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, fotografías, listas de asistencia, videos y evaluaciones, y demás que considere pertinentes.

G. COLABORACIÓN

169. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 80 y 82 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, es procedente solicitar la siguiente colaboración:

170. A la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, para que, con base en lo establecido en el artículo 1° de la Ley General de Víctimas y 1° de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, coadyuve con las autoridades correspondientes en la atención que deba brindarse a la víctima para proceder a la reparación integral.

171. Así también, para que se inscriba a **VD, VI1 y VI2** en el Registro Estatal de Víctimas como **víctimas de violaciones a derechos humanos**, con la finalidad de que, quien tenga el derecho, pueda acceder a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, de conformidad con lo previsto en la citada Ley y la normatividad que de ella emane; debiendo remitir a este Organismo Autónomo las documentales con las que acredite su cumplimiento.

172. De igual forma, tomando en consideración que, derivado de los hechos materia del presente instrumento recomendatorio, se han originado cuestiones jurídicas que involucran a **VD y VI1**, se les brinde la asesoría legal, orientándolos y acompañándolos en el trámite de los procedimientos que se hayan iniciado con motivo de estos acontecimientos, proporcionándoles las facilidades necesarias.

173. Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-BIENESTAR), para que, en coordinación interinstitucional con la SSySSO y la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, el personal médico que en su momento participó en los hechos materia de esta Recomendación y que, actualmente se encuentre adscrito o bajo la dependencia del IMSS-BIENESTAR, colabore plenamente en la reparación del daño a la que tienen derecho las víctimas, garantizando así la continuidad en la protección de sus derechos fundamentales.

174. En consecuencia, esta Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, con fundamento en lo establecido por los artículos 71 y 73 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, así como 158 de su Reglamento Interno, resulta procedente formular a la SSySO, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A usted señor Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca:

46

PRIMERA. En un plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, en coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, se realice la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de **VD**, **VI1** y **VI2**, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que se les causó, que incluya la compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, para lo cual esta Defensoría remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva, a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento a esta Defensoría.

SEGUNDA. En un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, en coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, deberán brindar a **VD** la atención, tratamiento y

seguimiento médico que requiera como consecuencia del hecho victimizante, facilitándole la ayuda técnica y de rehabilitación que requiera; remitiendo a esta Defensoría las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, en coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, deberá proporcionar a **VD**, la atención psicológica y psiquiátrica, así como, la atención psicológica y tanatológica a **VI1**, **VI2** y demás familiares que así lo requieran por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades y características particulares como son la edad y género, otorgándose gratuitamente, de forma inmediata y de manera accesible para las víctimas, con su previo consentimiento, por el tiempo que resulte necesario e incluir la provisión de medicamentos idóneos y gratuitos que se requieran; lo anterior, a fin de reducir los padecimientos psicológicos derivados de las violaciones a derechos humanos establecidas. Igualmente, se precisa que en caso de que **VD**, **VI1**, **VI2** y demás familiares que así lo requieran, manifiesten su deseo de que no se les otorgue la atención antes mencionada, deberán dejarse a salvo sus derechos para hacerlos valer en el momento oportuno; remitiendo a esta Defensoría las constancias con que se acredite su cumplimiento.

47

CUARTA. En un plazo de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá llevar a cabo la publicación de esta determinación en su página de internet, de manera que sea visible y de fácil acceso tanto a las personas servidoras públicas que conforma esa dependencia como para el público en general, misma que permanecerá en el portal electrónico de esa institución por el plazo de un año, debiendo enviar a esta DDHPO las constancias con las que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de 15 días contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Autónomo interponga en la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública del Estado de Oaxaca, en contra de **AR1**, **AR2**, **AR3** y **AR4** con el objeto de que dicha instancia realice las investigaciones respectivas y resuelva conforme a derecho corresponda, de conformidad con la LGRA y la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado y

Municipios de Oaxaca; remitiendo a esta Defensoría las documentales que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Consecuentemente, en un plazo de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se instruya a quien corresponda para que se emita y difunda una circular institucional dirigida a la totalidad del personal médico que labora en el HGT, a través de la cual se establezca la obligación ineludible de priorizar los servicios de salud atendiendo al interés superior de la niñez en aquellos casos en los que se brinde atención médica a niñas, niños y adolescentes, tomando en consideración sus características y particulares condiciones de vulnerabilidad al momento de adoptar cualquier decisión relacionada con su salud; remitiendo a este Organismo Autónomo copia de las documentales con las que acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. De igual manera, en el plazo de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente, bajo un enfoque preventivo y de protección a los derechos humanos, la SSySSO deberán diseñar e impartir por personal calificado y suficiente en la materia, cursos integrales dirigido al personal de los servicios de Urgencias y Cirugía General del HGT sobre el derecho humano a la protección de la salud, al interés superior de la niñez, así como, al derecho a la integridad personal, para lo cual deberá tomarse en cuenta los diversos instrumentos nacionales e internacionales, así como, la demás legislación relacionada con dichos temas; cursos que podrán ser impartidos en línea mediante plataforma virtual o presenciales, siempre y cuando sean brindados por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en los campos antes mencionados; debiendo indicar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación y remitiendo a este Organismo Autónomo copia de las documentales con las que acredite su cumplimiento.

48

OCTAVA. Por otro lado, en el plazo de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente, se diseñe e imparta un curso de capacitación dirigido al personal del servicio de Anestesiología del Hospital General en el que se tomen en cuenta los diversos instrumentos médicos, guías de práctica clínica y marcos legales aplicables que regulan dicha especialidad, abordando el deber especializado en el ejercicio anestésico, con un énfasis particular y riguroso cuando se trate de la atención de pacientes niñas, niños y adolescentes, garantizando así que los procedimientos médicos se realicen con los más altos estándares de seguridad, oportunidad y respeto al principio del interés superior de

la niñez; cursos que podrán ser impartidos en línea mediante plataforma virtual o presenciales, siempre y cuando sean brindados por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en los campos antes mencionados; debiendo indicar el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación y enviando a este Organismo Autónomo copia de las documentales con las que acredite su cumplimiento.

NOVENA. Se designe a una persona servidora pública con capacidad de decisión que fungirá como enlace con esta Defensoría en el seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Autónomo.

175. De acuerdo con lo establecido en los artículos 102, apartado “B”, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y su correlativo 114, apartado “A”, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, la presente Recomendación tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto a conductas irregulares por parte de servidores públicos en el ejercicio de sus facultades que expresamente les confiere la Ley, así como de obtener la investigación que proceda por parte de la dependencia o de la autoridad competente, para que dentro de sus atribuciones aplique las sanciones correspondientes.

176. Con lo anterior no se pretende desacreditar a las instituciones, ni constituye un agravio a las mismas o sus titulares; por el contrario, las Recomendaciones deben ser concebidas como instrumentos indispensables para las sociedades democráticas, fortaleciendo así el estado de derecho, a través de la legitimidad que con su consentimiento adquiere la autoridad y funcionarios ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva, cada vez que se logre que autoridades y servidores públicos sometan su actuación a la norma jurídica, y a los criterios de justicia, que conlleven al respeto de los derechos humanos.

177. De conformidad con los artículos 73 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca; y 161 de su Reglamento Interno, la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación deberá ser informada dentro del plazo de quince días hábiles siguientes a su notificación. En el entendido de que, de no hacerlo así, se

tendrá por no aceptada. En su caso, dentro del mismo plazo deberá remitir pruebas de su cumplimiento.

178. Asimismo, en términos de lo previsto por el artículo 77 de la Ley de la materia, en relación con el 159 del Reglamento Interno de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, publíquese la síntesis de la presente Recomendación en la página web de este Organismo.

**LA DEFENSORA DE LOS DERECHOS HUMANOS
DEL PUEBLO DE OAXACA.**

MTRA. ELIZABETH LARA RODRÍGUEZ.