

RECOMENDACIÓN NO. 18/2026

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE VD Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN PERJUICIO DE VD, QVI Y VI DERIVADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA EN EL HOSPITAL GENERAL (AHORA IMSS BIENESTAR) DE PUTLA VILLA DE GUERRERO, OAXACA.

Oaxaca de Juárez, Oaxaca, a 12 de octubre de 2026.

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

1

Distinguido señor Secretario y Director General:

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 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/SJ/038/(18)/OAX/2013**, iniciado con motivo de la queja presentada por quien será identificada como **QVI**.

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.

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 y Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Directa	VD
Persona Víctima Indirecta	VI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Responsable	PR
Persona Involucrada	PI

2

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 de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM/Constitución Federal
Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.	Constitución de Oaxaca

INSTITUCIONES, DEPENDENCIAS Y ORDENAMIENTOS	ACRÓNIMO O ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	Corte IDH
Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca.	Defensoría/Organismo Autónomo/DDHPO
Fiscalía Especializada en Materia de Combate a la Corrupción del Estado de Oaxaca.	FEMCCO
Fiscalía General del Estado de Oaxaca.	FGEO/Fiscalía General
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Epistaxis. ¹	GPC-Epistaxis
Guía de Práctica Clínica: Manejo inicial del Traumatismo Craneoencefálico en el Adulto en el Primer Nivel de Atención. ²	GPC-TCE
Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Fractura de Huesos Diagnóstico y Tratamiento de la Fractura de Huesos Nasales. ³	GPC-Fractura de Huesos Nasales
Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" de Oaxaca de Juárez.	Hospital Civil de Oaxaca
Hospital General de Putla Villa de Guerrero (al momento de los hechos). ⁴	Hospital General/HGPVG
Ley General de Responsabilidades Administrativas.	LGRA
Ley General de Salud.	LGS

¹ Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Epistaxis, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009. Disponible para su consulta en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/180GER.pdf>.

² CENETEC. "Manejo inicial del traumatismo craneoencefálico en el adulto en el primer nivel de atención", México, Secretaría de Salud; 2008. Disponible para su consulta en: <https://www.facmed.unam.mx/sg/css/GPC/SIDSS-GPC/gpc/docs/SSA-016-08-ER.pdf>.

³ Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Fractura de Huesos Diagnóstico y Tratamiento de la Fractura de Huesos Nasales. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Disponible para su consulta en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/317GER.pdf>.

⁴ Al respecto, se precisa que el presente pronunciamiento se dirige en contra de la Secretaría de Salud y Dirección General de los 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 Putla de Villa de Guerrero, 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).

INSTITUCIONES, DEPENDENCIAS Y ORDENAMIENTOS	ACRÓNIMO O ABREVIATURA
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-Expediente Clínico
Poder Judicial del Estado de Oaxaca.	PJEO
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la LGS
Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud de Oaxaca.	SSyDGSSO
Servicios de Salud de Oaxaca. ⁵	SSO
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS

5. El 30 de mayo de 2013, **QVI** presentó escrito de queja ante esta Defensoría, en el que relató que el 14 de febrero de ese mismo año, una persona llevó a su domicilio a su hijo **VD**, percatándose de que su familiar tenía una hemorragia en la nariz, a lo que su acompañante le hizo saber que momentos antes había sido golpeado por **PR**. Ante esta situación, **VD** fue trasladado por su hermana **VI** al Ayuntamiento de Putla Villa de Guerrero, Oaxaca, para dar aviso a la Policía Municipal, cuyos elementos lo llevaron al Hospital General.

6. Una vez en el citado nosocomio, **AR1** le colocó tapones en la nariz a **VD** y, tras permanecer alrededor de quince minutos, fue dado de alta bajo el argumento de que no se trataba de una lesión grave.

7. Enseguida, **VI** llevó a **VD** a la agencia del Ministerio Público de Putla Villa de Guerrero, donde rindió su declaración respecto a lo sucedido y señaló que **PR** fue quien lo había

⁵ Los Servicios de Salud de Oaxaca, es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo del Estado, cuyas funciones entre otras, son las de dirigir, administrar, operar y supervisar en coordinación con la Secretaría de Salud del Estado, los establecimientos destinados a proporcionar salud, adscritos a las Jurisdicciones Sanitarias, y de regulación de control sanitario, de conformidad con lo que establece la Ley General de Salud, la Ley Estatal de Salud y el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud, suscritos por el Gobierno Federal y el Estatal.

golpeado. Tras esto, **QVI** y **VI** lo trasladaron a su domicilio; sin embargo, al llegar se percataron de que **VD** no podía mantenerse de pie y se tambaleaba antes de acostarse.

8. En razón de lo anterior, aproximadamente a las 23:00 horas de esa misma fecha, **QVI** notó que la hemorragia nasal no cedía, por lo que llevó a **VD** por segunda ocasión al HGPVG para su revisión médica; no obstante, en el lugar el personal insistió en que no era grave y que *"era normal y que tenía que vomitar la sangre que se había tragado"*, que aunque intentó convencer a los médicos de transferirlo a otro hospital, al no obtener respuesta tuvo que regresar con su familiar a su casa.

9. Durante el resto de la noche y parte del día siguiente, **VD** continuó vomitando comida con sangre, por lo que fue llevado por sus familiares nuevamente al Hospital General, donde una enfermera les indicó que no había médicos y únicamente les sugirió darle una pastilla llamada *"bio electro"*,⁶ motivo por el cual retornaron a su domicilio.

10. El 16 de febrero de 2013, **VD** comenzó a presentar convulsiones, por lo que fue ingresado a una clínica particular en Putla Villa de Guerrero; en dicho lugar les informaron a **QVI** y **VI** que el paciente padecía un daño cerebral; sin embargo, al no contar con los medios para atenderlo les sugirieron mandarlo a otro sitio, por lo que, al observar que el agraviado presentaba convulsiones cada diez minutos, tuvieron que regresar al Hospital General, donde finalmente fue internado y los médicos corroboraron el daño cerebral.

11. No obstante, debido a que quedó pendiente la práctica de una tomografía, una ambulancia de Putla Villa de Guerrero, lo trasladó a la ciudad de Oaxaca, arribando a las 22:00 horas del 16 de febrero de 2013 para ser ingresado al Hospital Civil de Oaxaca, en donde, una vez que fue internado, se le practicó el estudio y los médicos le explicaron a **QVI** que **VD** presentaba coágulos e inflamación severa en el cerebro, además de que sus pulmones contenían restos de comida a causa del vómito y de los tapones colocados en la nariz.

12. Posteriormente, el cirujano encargado de la intervención quirúrgica le expuso a **VI** que la operación debía realizarse de urgencia, por tal motivo, firmó la responsiva correspondiente y **VD** ingresó a cirugía, saliendo del quirófano el domingo 17 de febrero de 2013, a la espera de su evolución. No obstante, el 19 de febrero de 2013, alrededor

⁶ Es un medicamento indicado para tratar fuertes dolores de cabeza.

de las 10:30 horas, se le informó a **QVI** que **VD** acababa de entrar en paro cardiorrespiratorio, notificándole minutos después su fallecimiento.

13. Finalmente, en su escrito de queja, **QVI** consideró que la atención médica brindada a **VD** en el Hospital General no fue adecuada, sumado a que, **AR1** firmó ostentándose de manera falsa como médico con una cédula profesional que, tras su verificación en el Registro Nacional de Profesionistas, correspondía a una persona con una carrera profesional distinta.

14. Derivado de ello, el 1° de junio de 2013, esta DDHPO radicó el expediente de queja DDHPO/SJ/38/(18)/OAX/2013, en el que, con el objeto de investigar las violaciones a derechos humanos, se solicitó información a la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca (ahora SSyDGSSO) y, en colaboración, a la FGEO, a la CEAMO y al PJEO; además, se elaboró Opinión Médica por un especialista de este Organismo Autónomo, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones y valoración de pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

6

15. Escrito de 28 de mayo de 2013, por medio del cual **QVI** presentó queja ante esta DDHPO en contra de **AR1**, describiendo los hechos cometidos en agravio de **VD** durante la atención médica que le fue otorgada en el HGPVG, al que anexó copia simple de las documentales siguientes:

15.1. Nota médica del servicio de Urgencias del Hospital General de las 15:17 horas del 14 de febrero de 2013, firmada por **AR1**, en la que asentó que se practicó a **VD** *“taponamiento nasal con lidocaína y epinefrina para control de la hemorragia”*, programando cita abierta a urgencias y una revaloración para el día siguiente.

15.2. Certificado de lesiones de 14 de febrero de 2013, firmado por **AR1** en el que detalló que **VD** presentaba *“herida en labio superior y epistaxis en ambas fosas nasales al parecer por traumatismo en los huesos propios de la nariz [...] esta lesión no pone en peligro su vida, pero dejan cicatriz y duran en sanar 10 días”*.

15.3. Comparecencia de **VD** de las 18:20 horas del 14 de febrero de 2013 ante el agente del Ministerio Público de la Fiscalía Local de Putla Villa de Guerrero, ocasión en la que interpuso denuncia en contra de **PR** por el delito de lesiones, radicándose el Legajo de Investigación 1.

15.4. Nota médica del servicio de Urgencias del HGPVG de las 02:30 horas del 15 de febrero de 2013, signada por **AR2** en la que indicó que **VD** acudió a dicha área por un trauma facial con taponamiento nasal y sin epistaxis,⁷ registrándose la administración de ketorolaco, la ausencia de datos de alarma y la indicación de cita abierta a urgencias.

15.5. Nota de referencia de 16 de febrero de 2013, signada por **PI**, médica adscrita a una clínica particular en Putla Villa de Guerrero, en la que detalló la atención otorgada a **VD**, precisando que presentaba dolor de cabeza intenso automedicándose con dos tabletas de "*bio electro*" y que, posteriormente, presentó vómitos y una probable convulsión, por lo que indicó su envío al servicio de Urgencias del Hospital General.

7

15.6. Nota médica del servicio de Urgencias del HGPVG de las 07:00 horas del 16 de febrero de 2013, firmada por **PSP1**, quien asentó que **VD** fue referido por servicio médico particular, detallando que horas antes de ese mismo día, el paciente presentó crisis convulsiva de tipo clónicas⁸ generalizadas en estatus epiléptico, sin respuesta verbal.

15.7. Dos hojas de resultados de estudios de triglicéridos y biometría hemática de las 08:37 horas del 16 de febrero de 2013, practicados a **VD** a solicitud del servicio de Urgencias del Hospital General.

15.8. Nota de valoración del servicio de Urgencias del Hospital General de las 13:00 horas del 16 de febrero de 2013, signada por **AR5** en la que consignó que **VD** se

⁷ Hemorragia aguda de los orificios nasales, cavidad nasal o nasofaringe.

⁸ Las convulsiones clónicas son un tipo de crisis epiléptica que se manifiesta mediante contracciones musculares rítmicas y repetitivas, causando sacudidas involuntarias de brazos, piernas, cabeza o torso

encontraba bajo periodo postictal⁹ con deterioro neurológico secundario a lesiones contusas que ponían en peligro la vida.

15.9. Nota subsecuente del servicio de Trabajo Social del HGPVG de las 16:42 horas del 16 de febrero de 2013, firmada por personal de esa área, quien señaló que empleados del área de Urgencias indicaron que **VD** debía ser trasladado a la especialidad de neurocirugía, enviando referencia al Hospital Civil de Oaxaca y al Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

15.10. Nota subsecuente del servicio de Trabajo Social del Hospital General de las 17:00 horas del 16 de febrero de 2013, signada por personal de esa área, en la que asentó que, de conformidad con el médico del área de Urgencias, **VD** no podía esperar hasta el día siguiente para su traslado debido a su gravedad, por lo que, personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca aceptó su recepción.

15.11. Hoja de referencia del HGPVG de 16 de febrero de 2013, firmada por **AR3** y autorizada por **AR5**, a través de la que se puntualizó que **VD** sería canalizado al servicio de Neurocirugía sin especificar de que unidad hospitalaria.

8

15.12. Acuerdo ministerial de 19 de febrero de 2013, signado por **PSP2**, agente del Ministerio Público adscrito al Hospital Civil, quien asentó que en esa misma fecha se recibió notificación verbal del área de Trabajo Social de esa unidad médica, a través de la cual se hizo del conocimiento de esa autoridad el fallecimiento en ese nosocomio de **VD**, por lo que se determinó el inicio de la Averiguación Previa 1.

15.13. Diligencia de identificación del cadáver de **VD** por parte de **VI** de 19 de febrero de 2013 ante **PSP2**, en la que señaló, entre otras cosas que *“en [el HGPVG] permaneció mi hermano cerca de quince minutos y luego lo dieron de alta, únicamente le pusieron unos tapones en la nariz porque dijeron los médicos que no era algo grave”*.

15.14. Ratificación de dictamen del perito médico legista de 19 de febrero de 2013, signado por **PSP2** y **PSP3**, en la que éste último certificó las lesiones que presentaba

⁹ El período postictal es la fase de recuperación que ocurre inmediatamente después de una crisis epiléptica o convulsión, mientras el cerebro regresa a su estado normal de funcionamiento.

VD, concluyendo como causa de su muerte *"hemorragia y edema cerebral por traumatismo cráneo encefálico intenso por contusiones de naturaleza activa en persona con tres días de hospitalización"*.

15.15. Certificado de defunción de 19 de febrero de 2013, firmado por **PSP3**, en el que se puntualizaron las causas del deceso de **VD** señalando *"hemorragia y edema cerebral por traumatismo cráneo encefálico intenso por contusiones de naturaleza activa en persona con tres días de hospitalización"*.

15.16. Certificación de llamada telefónica de 19 de febrero de 2013, signada por **PSP2**, en la que consignó que, en esa fecha, el agente del Ministerio Público de la Fiscalía Local de Putla Villa de Guerrero, le hizo saber que se encontraba integrando el Legajo de Investigación 1 y que, debido a la gravedad de las lesiones de **VD**, éste había sido trasladado al Hospital Civil y toda vez que se tenía conocimiento de su deceso, solicitó le fuera remitida la Averiguación Previa 1.

16. Oficio 137/2014, de 11 de junio de 2014, signado por el Director del Hospital General, mediante el cual informó a este Organismo Autónomo que la copia del expediente clínico de **VD** fue entregada a la agente del Ministerio Público de la Mesa de Responsabilidad Penal del Nuevo Sistema adscrita a la Fiscalía de Control Interno y Evaluación de la FGEO, añadiendo que **AR1** ya no se encontraba laborando en ese nosocomio.

17. Oficio 4C/1075/2014, de 5 de agosto de 2014, firmado por el Director de Asuntos Jurídicos de los SSO, a través del cual remitió a esta DDHPO, copia del diverso 182/2014, de 30 de julio de 2014, signado por el Director del HGPVG, al que adjuntó copia certificada del expediente clínico integrado con motivo de la atención médica brindada a **VD**.

18. Oficio CEAMO/1P/285/2014, de 22 de septiembre de 2014, signada por el Encargado de Despacho de Presidencia de la CEAMO, mediante el cual remitió a esta Defensoría copia de la siguiente documentación:

18.1. Ocurso CEAMO/1P/022/2014, de 27 de enero de 2014, firmado por el Presidente de la CEAMO y dirigido al Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca, mediante el cual informó sobre la falta de cédula

profesional de **AR1**, solicitándole tomar medidas precautorias y cautelares inmediatas para que no se siguiera poniendo en riesgo a la población usuaria de esos servicios en los que se encontrara adscrito el referido individuo.

18.2. Dictamen Médico 1 de 22 de septiembre de 2014, firmado por el Encargado de Despacho de Presidencia de la CEAMO, respecto de la atención médica otorgada a **VD**, señalando que toda vez que **AR1** no se acreditaba como profesionista en materia de salud, no podía evaluarse su actuación.

19. Oficio 4C/0618/2015, de 13 de febrero de 2015, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de los SSO, por medio del cual remitió a esta DDHPO copia del diverso 11C/11.C1.2/000/0381/2015, de 4 de febrero de 2015, al que se adjuntaron diversas documentales relacionadas con el expediente laboral de **AR1**.

20. Oficio DGP/DJ/1792/2015, de 6 de junio de 2015, firmado por la Jefa de Departamento Jurídico de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con el que se informó a este Organismo Autónomo que no se encontró antecedente de **AR1** como doctor.

10

21. Acta Circunstanciada de 11 de diciembre de 2020, a través de la cual personal de esta DDHPO asentó la comunicación telefónica con **QVI**, quien indicó que derivado de la investigación penal seguida en contra de **AR1**, se originó la Causa Penal 2.

22. Oficio PJEO/CJ/DDH/307/2021, de 3 de marzo de 2021, suscrito por el Director de Derechos Humanos del PJEO, con el que rindió informe en colaboración a esta Defensoría, remitiendo copia del ocurso CJ/JCMPP/00175/2021, de esa misma fecha, firmado por el titular del Juzgado de Control del Circuito Judicial de la Región Mixteca con sede en Putla Villa de Guerrero, a través del cual indicó que el 12 de mayo de 2016 se libró orden de presentación forzosa en contra del imputado **AR1**, la cual hasta ese momento no había sido cumplida.

23. Oficio AC/AC.3/1039/2024, de 18 de enero de 2024, signado por el Director de Asuntos Jurídicos de los SSO, con el que se hizo saber a este Organismo Autónomo que

en el trámite del Expediente Administrativo 1, se impuso a **AR1** la sanción consistente en destitución del cargo e inhabilitación para desempeñar empleo, cargo o comisión en el servicio público del Estado o Municipio por el periodo de dos años con efectos a partir del 16 de marzo de 2016.

24. Acta Circunstanciada de 5 de junio de 2025, con la que personal de esta DDHPO hizo constar la visita a la Fiscalía Local de Putla Villa de Guerrero, ocasión en la que la autoridad ministerial indicó que en la Causa Penal 1 existía orden de aprehensión en contra de **PR**.

25. Oficio DDH/COL/X/3785/OAX/2025, de 24 de octubre de 2025, suscrito por el Director de Derechos Humanos de la FGEO, a través del cual se envió a esta Defensoría copia del ocurso FEMCCO/DIPHCMOC/4789/2025, signado por el agente del Ministerio Público adscrito a la FEMCCO en el que se señaló que contaba con la Carpeta de Investigación 1.

26. Dictamen Médico 2, de 25 de agosto de 2025, elaborado por una especialista de este Organismo Autónomo respecto del caso de **VD**, en la que se determinó que existió responsabilidad institucional y responsabilidad profesional médica durante la atención brindada al paciente.

27. Acta Circunstanciada de 30 de junio de 2026, mediante la cual, personal de esta Defensoría hizo constar la consulta practicada a los registros que integran la Carpeta de Investigación 1, de la que se advirtió que, de la vista ordenada por el Director Jurídico de la Secretaría de Contraloría y Transparencia Gubernamental del Estado de Oaxaca, el 14 de octubre de 2018, la FEMCCO inició la Carpeta de Investigación 2, en contra de **AR1**.

28. Oficio PJEO/CJ/DDH/1277/2026, de 30 de junio de 2026, firmado por la Directora de Derechos Humanos del Consejo de la Judicatura del PJEO, a través del cual informó a esta DDHPO que el 3 de septiembre de 2025, fue ejecutada la orden de aprehensión librada en contra de **PR**, encontrándose privado de su libertad en el Centro Penitenciario de la Villa de Etla, Oaxaca.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

29. Para una mayor comprensión sobre las carpetas de investigación, causas penales y expedientes administrativos relacionados con el presente caso, se esquematizan de la siguiente manera:

❖ Carpetas de Investigación.

EXPEDIENTE	DATOS	CLAVE
Legajo de Investigación radicado en la Fiscalía Local de Putla Villa de Guerrero de la entonces Procuraduría General del Estado de Oaxaca.	Fecha de inicio: 14 de febrero de 2013. Imputado: PR. Agraviado: VD Delito: Lesiones. Estado: El 21 de febrero de 2013 se dictó orden de aprehensión en contra de PR , generándose la Causa Penal 1, cumplimentándose dicho mandamiento el 3 de septiembre de 2025, dictándose auto de vinculación a proceso por el delio de homicidio simple en agravio de VD e imponiéndole la medida de coerción consistente en prisión preventiva oficiosa de forma definitiva para cumplirla en el Centro Penitenciario de la Villa de Etla, Oaxaca.	Legajo de Investigación 1
Averiguación Previa radicada en la Agencia del Ministerio Público adscrita al Hospital Civil.	Fecha de inicio: 19 de febrero de 2013. Imputado: Quien o quienes resulten responsables. Agraviado: VD. Delito: Homicidio. Estado: El 19 de febrero de 2013, dicha indagatoria fue remitida a la Fiscalía Local de Putla Villa de Guerrero para que siguiera conociendo de la misma, acumulándose al Legajo de Investigación 1.	Averiguación Previa 1
Carpeta de Investigación radicada en la FEMCCO.	Fecha de inicio: 7 de abril de 2013. Imputado: AR1. Agraviado: VD y QVI. Delito: Homicidio con agravante en responsabilidad médica y usurpación de funciones. Estado: En trámite.	Carpeta de Investigación 1
Carpeta de Investigación radicada en la FEMCCO.	Fecha de inicio: 14 de octubre de 2018. Imputado: AR1. Agraviado: VD y QVI Delito: Falsificación de Documento y Usurpación de Profesión. Estado: Se determinó su acumulación a la Carpeta de Investigación 1.	Carpeta de Investigación 2

❖ Causas Penales.

EXPEDIENTE	DATOS	CLAVE
Causa Penal del Juzgado de Control de Putla Villa de Guerrero, Oaxaca.	Fecha de inicio: 21 de febrero de 2013. Imputado: PR, alias "Sonriks". Agraviado: VD. Delito: Homicidio simple intencional. Estado: El 3 de septiembre de 2025, se cumplimentó la orden de aprehensión dictada, tras lo cual, el 2 de marzo de 2026, se dictó auto de apertura a juicio, por lo que PR fue puesto a disposición del Tribunal Unitario de Enjuiciamiento del Circuito Judicial de la Costa.	Causa Penal 1.
Causa Penal radicada en el Juzgado de Control del Circuito Judicial de la Región Mixteca con sede en Putla Villa de Guerrero, Oaxaca.	Fecha de inicio: 23 de junio de 2014. Imputado: AR1. Agraviado: QVI y la sociedad. Delito: Usurpación de profesiones. Estado: El 22 de febrero de 2016, se dictó auto de vinculación a proceso, imponiéndole al imputado la medida de coerción definitiva consistente en la suspensión provisional en el ejercicio de su cargo y profesión hasta en tanto se resolviera su situación jurídica.	Causa Penal 2

13

❖ Otros procedimientos.

EXPEDIENTE	DATOS	CLAVE
Expediente Administrativo radicado en la entonces Secretaría de Contraloría y Transparencia Gubernamental del Estado de Oaxaca.	Denunciante: Dirección de Asuntos Jurídicos de la SSyDGSSO. Presuntos responsables: AR1. Estado: El 15 de marzo de 2016 se notificó a AR1 la sanción administrativa consistente en destitución del cargo e inhabilitación para desempeñar empleo, cargo o comisión en el servicio público del Estado o Municipio por el periodo de dos años.	Expediente Administrativo 1
Dictamen Médico Institucional elaborado en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca.	Fecha de elaboración: 22 de septiembre de 2014.	Dictamen Médico 1
Dictamen Médico elaborado por personal especialista de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca.	Fecha de elaboración: 25 de agosto de 2025.	Dictamen Médico 2

IV. OBSERVACIONES Y VALORACIÓN DE PRUEBAS

30. Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos que fueron acreditadas, esta Defensoría subraya que el Estado asume una posición de garante respecto a la salud de las personas, entendiendo que el derecho a la salud no implica un derecho incondicional a estar sano, sino el derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el nivel más alto posible de salud física y mental, sin más limitaciones que las establecidas en la ley.

31. En ese contexto, resulta imperativo que dichos deberes se traduzcan en garantías efectivas de protección, donde las personas servidoras públicas cumplan con sus obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con este derecho, garantizando condiciones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad.

32. En su calidad de garante de los derechos sociales, el Estado debe generar las condiciones que permitan a la población acceder a los servicios de salud de manera adecuada y sin obstáculos. Las fallas en la atención médica, la escasez de insumos y la falta de profesionalismo vulneran los derechos fundamentales de las personas y afectan directamente la dignidad humana, reconociéndose el acceso a la salud como un pilar indispensable para el bienestar colectivo.

33. Por lo anterior, las políticas públicas y acciones del Estado y de sus instituciones deben enfocarse en garantizar que las unidades médicas, los médicos, el personal técnico y el personal auxiliar presten un servicio de calidad y otorguen un trato digno y respetuoso a los pacientes y enfermos. El compromiso institucional debe velar por una normatividad protectora que entienda la salud pública como una prioridad, pues la afectación o la denegación de este derecho genera consecuencias graves e irreparables en la vida y la integridad de las personas.

34. Expuesto lo anterior, de la valoración lógico-jurídica de las evidencias que integran el expediente de queja DDHPO/SJ/038/(18)/OAX/2013, 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 y a la vida en agravio de **VD**, así como, al derecho de acceso a la información en materia de salud en perjuicio de **VD**, **QVI** y **VI**, atribuibles a personas servidoras públicas de los SSyDGSSO.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

35. El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, por decirlo con todas las palabras, no es nuevo. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"*.¹⁰

36. Al respecto, la Corte IDH estima que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal Interamericana ha precisado que la obligación general se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.¹¹

37. En la CPEUM, el artículo 4° establece de manera obligatoria que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Por su parte, la SCJN ha puntualizado que este

¹⁰ Oficina de las Naciones Unidas. Folleto Informativo No. 31 *"El derecho a la salud"*. Junio de 2008. Disponible para su consulta en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>.

¹¹ Corte IDH. *"Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile"*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 118.

derecho tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.¹²

38. Lo anterior es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", según el cual toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

16

39. En ese sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la protección de la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

¹² SCJN. Tesis Aislada (Constitucional, Administrativa). *"DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS"*. Publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, en Julio de 2008. Registro digital: 169316.

40. Sin embargo, cuando una autoridad o el personal encargado de la prestación de los servicios médicos incumple o se desvía de estos principios, las consecuencias repercuten en dos sentidos: el primero, de manera directa en la esfera física, la salud y la integridad de los usuarios; y en segundo plano, con el quebrantamiento del orden jurídico y de las obligaciones convencionales y constitucionales del Estado; lo que sucedió en el caso de **VD**, quien fue objeto de acciones y omisiones por parte del personal médico e institucional del Hospital General, tal como se acredita en los párrafos siguientes.

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

- **Primer ingreso de VD al servicio de Urgencias del Hospital General:**

41. De acuerdo a lo señalado por **QVI** en su escrito de queja presentado ante esta Defensoría, el 14 de febrero de 2013, **VD**, masculino de 21 años de edad al momento de los hechos, fue agredido físicamente por **PR**, tras lo cual, una persona lo condujo a su domicilio, de donde **VI** lo llevó al Ayuntamiento de Putla Villa de Guerrero para avisar de lo acontecido a elementos de la Policía Municipal, quienes posteriormente, condujeron a **VD** al Hospital General.

42. A su arribo al HGPVG, fue atendido por **AR1** quien, de acuerdo a su nota médica, lo encontró orientado, cooperador, con Glasgow de 15 puntos.¹³ Por su parte, a la exploración física, **AR1** señaló que **VD** presentaba epistaxis (sangrado por nariz) y una herida de dos centímetros en el labio superior, por tal motivo, le aplicó soluciones parenterales con analgésico y, finalmente, llevó a cabo procedimiento de taponamiento nasal, recomendado vigilar su estado neurológico.

43. Esta Defensoría advierte que la atención médica inicial proporcionada a **VD** el 14 de febrero de 2013, por quien se ostentó como el médico tratante **AR1**, resultó distante a los protocolos médicos y al marco legal que regula el ejercicio profesional de la salud.

¹³ La escala de coma de Glasgow es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de estado de alerta en los seres humanos.

44. De conformidad con lo señalado en las constancias que obran en el expediente de queja, **AR1** asentó en su nota médica de ingreso de **VD** al Hospital General, haber realizado un procedimiento de taponamiento nasal ante el cuadro de epistaxis que presentaba el paciente; sin embargo, es oportuno señalar que la GPC-Epistaxis establece de manera categórica que, previo a la colocación de un taponamiento nasal, es indispensable realizar una exploración armada para localizar el sitio exacto de la hemorragia, lo que permite clasificarla como anterior o posterior y determinar el manejo específico adecuado.

45. En ese sentido, en la referida nota médica se constató que **AR1** omitió describir la técnica empleada y los hallazgos de dicha exploración.

46. Aunado a lo anterior, de acuerdo a lo observado por una especialista de esta DDHPO en el Dictamen Médico 2, la citada GPC-Epistaxis prevé como primera línea de tratamiento conservador la aplicación de presión nasal directa asociada a un vasoconstrictor local¹⁴ (como oximetazolina, fenilefrina al 0.25%, o nafazolina), cuyo manejo clínico ha demostrado ser eficaz para detener el sangrado en un porcentaje considerable de los casos (65% a 70%), reservando el taponamiento para situaciones donde dichas medidas primarias resulten insuficientes. En el presente caso, **AR1** optó por realizar un taponamiento nasal de primera instancia sin justificación clínica documentada.

47. Resulta importante destacar que, si bien en la nota médica en cuestión **AR1** plasmó la necesidad de solicitar un perfilograma¹⁵ para descartar fracturas de huesos propios de la nariz, así como una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo, indicaciones que sí resultaban concordantes con la GPC-Fractura de Huesos Nasales ante un traumatismo craneofacial con antecedente de agresión, del análisis llevado a cabo por la especialista de este Organismo Autónomo, se advirtió que dichos estudios jamás se llevaron a cabo, sin que exista constancia o justificación médica en los registros que explique los motivos de tal omisión, dejando a **VD** con una ausencia de diagnóstico completo.

¹⁴ Los vasoconstrictores son fármacos que contraen los vasos sanguíneos y, por tanto, controlan la perfusión tisular.

¹⁵ El perfilograma es una radiografía especializada de perfil que muestra los huesos de la cara, la mandíbula y la nariz.

48. A dichas irregularidades se suma, por un lado, el hecho de que, la actuación médica se contrapone con lo manifestado por **VI** en su comparecencia ministerial ante **PSP2**, al relatar que **VD** permaneció en el HGPVG apenas unos quince minutos antes de ser dado de alta bajo el argumento de que *"no era algo grave"*, lo que evidencia una valoración superficial que desatendió el deber de vigilancia neurológica recomendado en la propia nota médica.

49. Mientras que, por otro lado, no pasa desapercibido el señalamiento efectuado por **QVI** en la queja presentada ante este Organismo Autónomo, respecto de la inconformidad con el actuar de **AR1**, quien se ostentó como médico adscrito al servicio de urgencias del Hospital General sin tener el reconocimiento legal para ejercer esa profesión, pues como obra en autos, de conformidad con el Dictamen Médico 1 emitido por la CEAMO, en el cual se precisó que, al no tratarse de un profesional de la medicina legalmente autorizado, dicha institución se vio imposibilitada para generar un análisis formal de la atención brindada.

50. Dicha afirmación se encuentra plenamente robustecida con la verificación llevada a cabo en el Registro Nacional de Profesionistas, en el cual se constató que la cédula profesional asentada por **AR1** en la nota médica no le pertenecía, sino que correspondía a una persona con una carrera profesional distinta.

19

51. En consecuencia, se acredita fehacientemente que **AR1** no se hallaba autorizado por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública para realizar actos propios de la práctica médica.

52. Este hecho no solo configura una trasgresión al orden jurídico y a las disposiciones que regulan las profesiones, sino que impacta de manera directa en la esfera del derecho a la protección de la salud de **VD**, toda vez que el Estado, a través de sus instituciones, en este caso, aquellas encargadas de brindar servicios sanitarios, tienen el deber de garantizar que el personal que labora en sus unidades cuente con la debida habilitación legal y técnica, evitando que personas sin cédula ni facultades ejerzan la medicina y pongan en riesgo la vida, la integridad y la seguridad de los pacientes.

53. Por otro lado, si bien es cierto que **AR1** actuó sin una cédula profesional legalmente expedida que lo facultara para ejercer la disciplina médica, no pasa desapercibido para

este Organismo Autónomo que, durante la atención brindada a **VD**, dicho individuo ejerció materialmente como médico en el desempeño de las funciones inherentes al encargo que ostentaba como persona servidora pública.

54. Empero, para efectos de la responsabilidad, lo que realmente cuenta es lo que hizo **AR1** en la práctica, más allá de los documentos que haya utilizado; pues al haber atendido a **VD** y a otros pacientes como médico dentro del HGPVG, quedó obligado a cumplir con los deberes de su profesión, por lo que la irregularidad de su cédula no lo exime de responder por los actos u omisiones en los que incurrió.

55. Ahora bien, la experta de este Organismo Autónomo también señaló que, al momento de que **AR1** elaboró el certificado de lesiones de **VD** con fecha 14 de febrero de 2013, quien actuó como tratante refirió que el paciente presentaba *"epistaxis en ambas fosas nasales al parecer por traumatismo de huesos propios de nariz"*, indicando la necesidad de practicarle un perfilograma para descartar fractura de tabique nasal.

56. En esa misma nota, **AR1** clasifica la lesión de **VD** mencionando *"lesión que no pone en peligro su vida pero dejan cicatriz y duran en sanar 10 días"*; no obstante, de acuerdo al análisis de la experta de esta DDHPO, establecer que dicha lesión sanaría en el periodo referido, resultó inadecuado, pues cuando se emite una clasificación de lesiones, ésta se realiza tomando en consideración la de mayor gravedad, ya sea que el usuario solo tenga una o un grupo de lesiones, por lo que, en el caso de **VD**, **AR1** debió tomar en cuenta la provocada en el área nasal del paciente y antes que nada, descartar si existió o no fractura, lo cual no ocurrió.

57. Sobre el particular, la CNDH ha señalado que entre los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud, es *"el relativo a la [...] falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades"*.¹⁶

58. Por su parte, la SCJN estableció que el médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. En ese tenor, dicho Tribunal Constitucional ha enfatizado

¹⁶ CNDH. Recomendación General No. 15 *"Sobre el derecho a la protección de la salud"*, 2018, pág. 10.

que, si bien el médico no garantiza la curación del enfermo, sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, por lo que, éste cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones, en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional o especialista normal. En consecuencia, el médico debe adoptar, de forma continuada, decisiones trascendentes para la vida humana. En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible.¹⁷

59. La SCJN indicó también que, para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico; mencionado que, el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina.¹⁸

21

60. En ese tenor, este Organismo Autónomo determina que el actuar de **AR1** durante el ingreso de **VD** al servicio de Urgencias el 14 de febrero de 2013, contravino los criterios antes mencionados, puesto que si bien en sus propias notas médicas asentó textualmente la necesidad de practicar al paciente un perfilograma y una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo, de las constancias del expediente no se observa que dichos estudios se hayan llevado a cabo efectivamente.

61. Estas herramientas diagnósticas revestían una importancia para determinar el grado real de la lesión que presentaba **VD** en ese momento y conducir el tratamiento por la vía correcta; sin embargo, al no haberse concretado y únicamente siendo señaladas en la simple anotación, se limitó a efectuar un taponamiento de fosas nasales, otorgándole el

¹⁷ SCJN. Tesis Aislada (Civil). “ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA”. Publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, en enero de 2013. Registro digital: 2002441.

¹⁸ 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, en enero de 2013. Registro digital: 2002570.

alta el mismo 14 de febrero de 2013 con una indicación de cita abierta, incurriendo con ello en una deficiencia diagnóstica y terapéutica, por lo que, para esta DDHPO la responsabilidad no se agota en la existencia de órdenes dirigidas a la práctica de exámenes médicos, sino que, tal como lo ha indicado la SCJN, se exige su materialización real y efectiva.

62. En consecuencia, del análisis de las evidencias que anteceden y concatenado con lo señalado por la experta de esta DDHPO, se determinó que **AR1** incumplió en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33 fracción II y 51, fracción II de la LGS; así como, 48 del Reglamento de la LGS que, en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a protección de la salud en agravio de **VD**.

• **Segundo ingreso de VD al servicio de Urgencias del Hospital General:**

22

63. El 15 de febrero de 2013, **VD** es llevado nuevamente por sus familiares al servicio de Urgencias del HGPVG, pues continuó con sangrado nasal, siendo atendido por **AR2**, quien en su nota médica indicó que el paciente acudió a dicha área por un trauma facial con taponamiento nasal y sin epistaxis.

64. Aunado a ello, en la documental signada por **AR2**, éste hace mención a que el perfilograma fue realizado a **VD**, más no así la TAC; sin embargo, no describió los hallazgos de dicho estudio, limitándose a administrar al agraviado un analgésico intramuscular (ketorolaco) y enviarlo a su domicilio con datos de alarma, omitiendo por completo llevar a cabo una exploración física exhaustiva que correspondiera a la gravedad del caso.

65. Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir, entre otros, con requisitos de disponibilidad y calidad.¹⁹

66. Por cuanto hace al primero, el mencionado Comité ha señalado que cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas, acotando que, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como personal médico y profesional capacitado.

67. En tanto que, el requisito de calidad supone que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

68. De esta forma, al valorar el actuar de **AR2**, resulta inconcuso que la exploración física practicada a **VD** no fue asumida por el facultativo con el deber de diligencia médica que se requería, pasando por alto considerar el estado en que se hallaba el paciente y los datos arrojados con el perfilograma que se le había efectuado, a fin de obtener un panorama más amplio del problema a resolver.

69. Empero, dicha situación no aconteció, pues en su lugar, **AR2** se limitó a administrarle a **VD** un medicamento analgésico y a ordenar su alta de forma precipitada por segunda ocasión, dejando de lado el rigor técnico exigible, careciendo de los estándares de calidad y disponibilidad, colocando al paciente en un estado de desprotección, lo cual trastocó lo previsto en el artículo 27 del Reglamento de la LGS, el cual dispone que *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: [...] III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias”*, además de lo referido en el diverso 48 de ese mismo ordenamiento y que establece que *“Los usuarios tendrán derecho a*

¹⁹ Oficina de las Naciones Unidas. “Observación general No. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”. 11 de agosto de 2000. Disponible para su consulta en: <https://docs.un.org/es/E/C.12/2000/4>.

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"; vulnerando el derecho humano a la protección de la salud de VD.

• **Tercer ingreso de VD al servicio de Urgencias del Hospital General:**

70. De acuerdo a la narración de hechos efectuada en la queja que **QVI** presentó ante este Organismo Autónomo, el 16 de febrero de 2013, **VD** sufrió convulsiones, por lo que fue llevado a una clínica particular en Putla Villa de Guerrero, lugar en el que fue atendido por **PI**, quien consignó en una nota médica que el paciente tenía dolor de cabeza intenso, que posteriormente, tuvo vómitos y una probable convulsión, por lo que, ante dicho cuadro, indicó su traslado al servicio de Urgencias del Hospital General.

71. Mediante nota médica de las 07:00 horas del 16 de febrero de 2013, suscrita por **PSP1**, se asentó que **VD** inició esa mañana con crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, por lo que fue llevado a una clínica privada en la únicamente se les otorgó hoja de envío al Hospital General, mencionando que durante su viaje sufrió nueva crisis convulsiva y que, al ingreso al HGPVG, nuevamente presentó convulsiones en estatus epiléptico, sin respuesta verbal.

72. Ante ello, **PSP1** indicó que se le administró inmediatamente 10mg de diazepam cediendo la convulsión, tras lo cual, se estableció como diagnóstico de ingreso *"traumatismo craneoencefálico antiguo-reciente, crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas"*.

73. Más tarde, a las 13:00 horas, **VD** fue valorado por **AR3**, **AR4** y **AR5**, quienes reportaron que el paciente tenía pérdida del estado de alerta, acompañado de hematemesis²⁰ y cefalea, presentando crisis convulsiva cada hora desde su ingreso a las 05:00 horas, con periodo postictal, estableciendo como diagnóstico *"status"*

²⁰ La hematemesis es la expulsión de sangre con el vómito, lo que indica una hemorragia en el tracto digestivo superior (como el esófago, el estómago o el duodeno).

epilepticus,²¹ *TCE moderado*”,²² además de precisar la necesidad de llevar a cabo TAC de cráneo y valoración por el servicio de Neurocirugía, por lo cual, se efectuó hoja de envío a tercer nivel.

74. En torno a ello, en el Dictamen Médico 2 la experta de esta Defensoría señaló que el trauma craneoencefálico se define como la alteración en la función cerebral u otra evidencia de enfermedad, causada por una fuerza externa, la cual puede consistir en un impacto directo sobre el cráneo, aceleración o desaceleración rápida, penetración de un objeto (arma de fuego) u ondas de choque de una explosión, con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la conciencia, cambios neurológicos o neurofisiológicos, diagnóstico de fractura craneal o lesiones intracraneanas y ocurrencia de muerte como resultado final del trauma.

75. Asimismo, la especialista refirió que en un trauma craneoencefálico grave se puede identificar dos tipos de lesiones: la lesión primaria y la lesión secundaria. La lesión cerebral primaria se define por las fuerzas mecánicas directas que se producen en el momento del impacto traumático en el tejido cerebral. Estas fuerzas y la lesión que se ejerce en el parénquima cerebral originan la lesión secundaria. El impacto de la lesión secundaria causada por la pérdida de regulación de los vasos cerebrales y la alteración de la barrera hematoencefálica se magnifica ocasionando: edema cerebral, aumento de la presión intracraneal y finalmente disminución de la presión de perfusión cerebral.

76. La lesión secundaria corresponde a efectos tardíos y es potencialmente reversible mediante una terapia adecuada y en forma temprana. Una vez que el tejido cerebral es expuesto a hipotensión, isquemia e hipoxia conduce a la acumulación de ácido láctico, debido a un metabolismo anaerobio, el adenosín trifosfato (ATP) se ve agotado y las bombas ATP iónicas celulares fallan, contribuyendo a un aumento de la permeabilidad celular y edema de la célula.²³

²¹ El estado epiléptico (status epilepticus) es una emergencia médica grave que ocurre cuando una crisis epiléptica dura más de 5 minutos de forma continua, o cuando se presentan dos o más crisis seguidas sin que la persona recupere la consciencia entre ellas.

²² Un traumatismo craneoencefálico (TCE) moderado es una lesión en la cabeza que presenta una puntuación de 9 a 13 en la Escala de Coma de Glasgow.

²³ El edema es la acumulación de líquido en el espacio que rodea las células del cuerpo.

77. De acuerdo a la GPC-TCE, los pacientes que presenten alguno de los factores que se enumeran a continuación: amnesia anterógrada de más de 30 minutos; mecanismo del traumatismo peligroso (atropello por vehículo a motor, despedido de vehículo, caída de más de un metro o cinco escalones) siempre que hayan experimentado pérdida de conciencia o amnesia; cefalea; edad mayor de 65 años, siempre que hayan presentado pérdida de conciencia o amnesia; coagulopatía (historia de sangrado, alteraciones de la coagulación, tratamiento actual con anticoagulantes); signos clínicos de fractura de base de cráneo ("*ojos de mapache*",²⁴ signo de Battle,²⁵ rinorraquia²⁶ u otorraquia²⁷); criterios de clasificación del traumatismo craneoencefálico de alto riesgo tales como una edad mayor a 65 años y coagulopatía; **la TAC puede realizarse en un periodo de 8 horas tras el traumatismo.**

78. No obstante, si dicho estudio no ocurre en ese periodo y en el caso de que ya hayan transcurrido más de 8 horas después del traumatismo, la TAC debe realizarse inmediatamente.

79. En ese contexto, esta DDHPO advierte que, en el caso de **VD** existió una dilación por parte del personal médico del Hospital General que afectó directamente su estado de salud, situación que se originó desde su primer ingreso el 14 de febrero de 2013 a las 15:17 horas, momento en el que **AR1** asentó formalmente la necesidad de practicar al paciente una TAC de cráneo, misma de la cual no existe certeza técnica ni documental de que el referido estudio de imagen se haya realizado.

80. Por el contrario, los indicios apuntan a que solamente se llevó a cabo un perfilograma a **VD**, pues al día siguiente **AR2** hizo mención a este, pero omitiendo cualquier reporte o descripción de los hallazgos del mismo, dejando de lado la TAC de cráneo inicialmente ordenada.

²⁴ Los ojos de mapache, conocidos médicamente como equimosis peri orbitaria, son un moretón o mancha oscura alrededor de ambos ojos que suele indicar una lesión grave, como una fractura en la base del cráneo.

²⁵ El signo de Battle es un hematoma o equimosis que aparece detrás de la oreja, sobre el hueso de la apófisis mastoides, e indica una posible fractura en la base del cráneo.

²⁶ La rinorraquia (también llamada rinoliquorrea) es la salida o goteo de líquido cefalorraquídeo (el fluido que protege el cerebro y la médula espinal) a través de las fosas nasales.

²⁷ La otorraquia (también llamada otoliquorrea) es la salida de líquido cefalorraquídeo (el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal) a través del conducto auditivo externo.

81. En ese sentido, la omisión se profundizó cuando el personal médico, lejos de agotar los recursos diagnósticos necesarios ante la sospecha de una lesión neurológica, se limitó a administrar a **VD** un analgésico intramuscular (ketorolaco) para posteriormente enviarlo a su domicilio con una simple indicación de datos de alarma.

82. Con ello, **AR1** y **AR2** pasaron por alto llevar a cabo una exploración física exhaustiva y un abordaje diagnóstico-terapéutico integral que guardara correspondencia con la gravedad y evolución del caso. Esta falta de diligencia médica, de acuerdo a lo determinado por la experta de esta Defensoría, impidió que se diagnosticara de forma temprana el traumatismo craneoencefálico que **VD** presentaba.

83. Sumado a lo antes señalado, dicha omisión además se prolongó hasta el 16 de febrero de 2013, fecha en la que **VD** se vio obligado a ingresar por tercera ocasión al servicio de Urgencias del HGPVG tras sufrir crisis convulsivas en estatus epiléptico. Si bien a las 13:00 horas fue valorado y se asentó como diagnóstico de ingreso un *"traumatismo craneoencefálico antiguo-reciente, crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas"*, para ese momento habían transcurrido aproximadamente **45 horas de retraso institucional** para llevar a cabo el TAC y con ello determinar el diagnóstico correcto respecto de la condición en la que la paciente se encontraba.

27

84. Es decir, durante casi dos días completos, personal médico del servicio de Urgencia del Hospital General omitió practicar la TAC de cráneo que **VD** requería de manera urgente; estudio indispensable para corroborar o descartar oportunamente la naturaleza del traumatismo, así como, para conducir y normar el tratamiento médico más adecuado.

85. La dilación descrita cobra especial relevancia toda vez que, como lo indicó la especialista de esta DDHPO con base en la GPC-TCE, ante la presencia de factores de riesgo tales como la cefalea y el propio mecanismo o sospecha del traumatismo, el margen ordinario para realizar una TAC es de 8 horas y que, dicho instrumento señala que, para aquellos casos en los ya ha transcurrido más de ese periodo después del traumatismo, la TAC debe realizarse inmediatamente.

86. Jurídicamente, el actuar de **AR1** y **AR2** se apartó por completo de las obligaciones con las que cuentan los servicios de Urgencias, por lo que, ambas personas servidoras públicas transgredieron el artículo 73 del Reglamento de la LGS, el cual dispone que el

personal del servicio de Urgencias del establecimiento está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido; por lo que, violentaron el derecho humano a la protección de la salud en agravio de VD.

B. DERECHO A LA VIDA

87. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

88. Tocante a ello, la Corte IDH ha establecido que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.²⁸

89. Al respecto, la CNDH en su Recomendación 39/2021 detalló que *"existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la*

²⁸ Corte IDH. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible para su consulta en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes".²⁹

90. En el sistema jurídico mexicano, la vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Federal y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado, a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

91. En el mismo sentido, la SCJN ha determinado que el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja pues *"no sólo prohíbe la privación de la vida [...], también exige [...] a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho [...] En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado"*.

29

B.1. Violación al derecho a la vida en agravio de VD

92. De acuerdo a la nota de las 17:00 horas del 16 de febrero de 2013, en la que personal del área de Trabajo Social del HGPVG señaló que cuarenta y cinco minutos antes, el Hospital Civil informó al HGPVG la aceptación respecto del envío de **VD** a ese nosocomio.

93. Más tarde, sin precisar la hora exacta, en la hoja de referencia signada por **AR3** y **AR5**, se asentó, entre otras cosas, que *"se envía paciente para realización de TAC de cráneo para descartar Hemorragia intracraneal y valoración por Neurología. Por persistencia de crisis convulsivas se procede a intubación de secuencia rápida, condición muy grave, porque son lesiones que ponen en peligro la vida"*.

94. Tocante a la atención médica brindada en el Hospital Civil, es de mencionar que, a pesar de las diligencias practicadas por esta Defensoría, no se cuenta con el expediente

²⁹ CNDH. Recomendación 39/2021, emitida el 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

clínico respecto a dicho lapso; no obstante, mediante los registros que obran en el Legajo de Investigación 1 y la Averiguación Previa 1, se constató que en ese nosocomio se continuó brindando a **VD** la atención médica.

95. Ello se evidencia con la declaración rendida por **VI** ante **PSP2** a las 13:00 horas del 19 de febrero de 2013, en la que relató que una vez que **VD** fue ingresado al Hospital Civil, le practicaron la TAC y posteriormente los médicos le explicaron que su hermano tenía coágulos en el cerebro y que este presentaba una inflamación severa; además, que sus pulmones tenían restos alimenticios por el vómito y los tapones colocados en la nariz.

96. Con posterioridad, personal del servicio de Cirugía del Hospital Civil indicó a **VI** que **VD** debía ser operado de urgencia, por lo que, una vez firmada la autorización, el paciente fue intervenido quirúrgicamente y salió de cirugía el 17 de febrero de 2013, esperando su evolución favorable. Sin embargo, el 19 del mismo mes y año, aproximadamente a las 10:00 horas, se le hizo saber a **VI** que el agraviado había entrado en paro y era reanimado, informándole minutos más tarde sobre su deceso.

30

97. En virtud de haberse tratado de una muerte violenta, el 19 de febrero de 2013, **PSP2** dio inicio a la Averiguación Previa 1, solicitando al director del Instituto de Servicios Periciales de la entonces Procuraduría General del Estado de Oaxaca, la intervención de peritos en materia de medicina y fotografía para la realización de la necropsia de ley y su fijación fotográfica.

98. Al respecto, del análisis efectuado al protocolo de necropsia practicado por **PSP3** y conforme al Dictamen Médico 2 emitido por la especialista de esta DDHPO, se constató la atención médico-quirúrgica otorgada a **VD**. En dicha diligencia se asentó que el paciente presentaba una herida quirúrgica suturada de treinta centímetros de longitud en las regiones parietal y temporal izquierdas, así como un hematoma en la región parietal bilateral que abarcaba hasta la región frontal. De lo anterior se deduce que las lesiones infligidas eran severas y se complicaron con la deficiente atención médica recibida los días 14 y 15 de febrero de 2013 en el Hospital General, desencadenando el deceso de la víctima.

99. En ese sentido, según lo referido por la experta de este Organismo Autónomo, en la gravedad de dichas lesiones también influyó la situación hematológica que presentaba **VD**. De los estudios de laboratorio realizados en el HGPVG el 16 de febrero de 2013, se advirtió una alteración grave en los índices normales de plaquetas, presencia de macroplaquetas (plaquetas gigantes) en el frotis sanguíneo³⁰ y una cifra elevada de leucocitos (glóbulos blancos) al doble de lo normal, en particular de neutrófilos segmentados, lo que denotó que la médula ósea liberaba un número excesivo de estas células en respuesta a una necesidad urgente, como una infección o inflamación severa, generando un círculo vicioso de respuesta inflamatoria sistémica.

100. Retomando el protocolo de necropsia, la especialista de este Organismo Autónomo consideró que es posible correlacionar las lesiones externas que presentaba **VD** con la disección de los tejidos blandos descrita por el perito médico: "[...] *presencia de infiltrados hemorrágicos en región biparietal hasta frontal*". Asimismo, **PSP3** señaló que *"se retira completamente la calota ósea apreciando encéfalo hemorrágico y edematoso"*. Sin embargo, omitió referir el retiro del encéfalo de la cavidad craneana para la realización de cortes destinados a su estudio macroscópico y la localización exacta de la hemorragia, así como el peso del órgano o la revisión del piso del cráneo para descartar fracturas.

101. No obstante, dichas deficiencias técnicas, **PSP3** determinó como causa de muerte: traumatismo craneoencefálico intenso, ocasionado por las lesiones infligidas por **PR** de naturaleza activa (la fuerza externa del puño del agresor) que ejercieron presión y daño sobre el cráneo de **VD**.

102. De esta manera, conforme a lo señalado por la especialista de este Organismo Autónomo, la atención médica brindada a **VD** desde su ingreso el 14 de febrero de 2013 al servicio de Urgencias del Hospital General y sus subsecuentes reingresos, generó una serie de acciones y omisiones por parte de **AR1** y **AR2**, quienes incumplieron su obligación de medios al omitir una exploración física correcta, lo que impidió un diagnóstico oportuno y adecuado de las afecciones del agraviado.

³⁰ El frotis sanguíneo es una prueba de laboratorio que consiste en extender una gota de sangre sobre un portaobjetos para analizar al microscopio el tamaño, la forma, el número y el aspecto de los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas

103. Asimismo, **AR2** incurrió en responsabilidad al incumplir la GPC-Fractura de Huesos Nasales al no documentar la fractura que **VD** presentaba y la GPC-TCE, al no diagnosticar oportunamente el traumatismo craneoencefálico.

104. Finalmente, la especialista de esta DDHPO concluyó que las omisiones tanto de la institución hospitalaria como del personal médico que no diagnosticaron oportunamente el traumatismo craneoencefálico conllevaron al agravamiento de la salud de **VD**, desencadenando su deceso.

105. En ese sentido, **AR1** y **AR2** incumplieron lo previsto en el artículo 1°, párrafo primero y 29 de la CPEUM; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en relación con el numeral 2°, fracción II de la LGS, al haber omitido adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de **VD**.

C. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

32

106. El artículo 6°, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información y determina que el Estado es el encargado de garantizarlo.

107. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas dispone 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"*.³¹

108. El artículo 77 bis 37 de la LGS prevé que los beneficiarios de los servicios de salud tendrán, entre otros derechos, el de *"IV. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen"* y *"VII. Contar con su expediente clínico"*.

³¹ Oficina de las Naciones Unidas, 2000, párr. 12, inc. b), párr. IV).

109. Tocante a ello, la Corte IDH señaló que el expediente médico contiene información personal, cuyo manejo es en general de carácter reservado. La custodia del expediente médico se encuentra regulada en la normativa interna de cada Estado, que generalmente la encomienda al médico tratante o a los centros de salud públicos o privados en los que se atiende el paciente. Esto no impide que en caso de fallecimiento del paciente e incluso en otros casos, conforme a la regulación respectiva se proporcione el expediente a los familiares directos o a terceros responsables que demuestren un interés legítimo.³²

110. Asimismo, en ese criterio, dicho Tribunal Interamericano ha referido que es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

33

111. Sin embargo, las deficiencias en la conformación y gestión del expediente clínico representan una inquietud permanente para esta Defensoría, pues en diversas Recomendaciones emitidas,³³ se han señalado omisiones recurrentes en las que incurre el personal médico durante la elaboración de sus notas médicas, tales como registros incompletos, uso inadecuado de abreviaturas, omisión del nombre completo o de la cédula profesional, entre otras, a pesar de que estos documentos tienen como finalidad primordial dejar constancia fehaciente de los antecedentes, la evolución y la atención brindada a los usuarios de los servicios médicos.

112. En consecuencia, respecto del caso de **VD**, en la nota médica del servicio de Urgencias de las 02:30 horas del 15 de febrero de 2013, **AR2** omitió suscribir su nombre completo, además, en ella señaló que al paciente se le había practicado el perfilograma; sin embargo, no describió los hallazgos del mencionado estudio y solo se limitó a administrar analgésico intramuscular al paciente.

³² Corte IDH. "*Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador*". Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 67.

³³ DDHPO. Recomendaciones 7/2025 y 10/2026.

113. Al respecto, la NOM-Expediente Clínico dispone en su artículo 5.10 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 aplicables”*; en tanto que el diverso 7.1.5 refiere en específico que, de las notas de urgencias, deberán contener *“Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente”*.

114. Situación similar aconteció con **AR3, AR4 y AR5**, quienes en la nota de valoración del servicio de Urgencias de las 13:00 horas del 16 de febrero de 2013, no asentaron de forma correcta y completa el nombre del personal médico que intervino, además de que tampoco plasmaron sus cédulas profesionales, trastocando el numeral 5.10 de la citada NOM-Expediente Clínico.

115. Sobre este punto, cabe señalar que si bien las omisiones del personal que omitió dejar constancia de su identidad en las fechas antes indicadas, no incidió en la evolución del padecimiento de **VD**, sí constituyó un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos, por tanto se vulneró el derecho de **VD**, así como de **QVI** y **VI**, al acceso a la información en materia de salud.

34

D. RESPONSABILIDAD.

D.1. Responsabilidad Institucional.

116. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Federal, *“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”*.

117. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los

compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la Corte IDH y aquellos que conforman el sistema de la Organización de las Naciones Unidas.

118. 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.

119. 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; 115, párrafo primero, de la Constitución de Oaxaca y 7 de la LGRA.

35

120. En ese sentido, la Corte IDH ha señalado que la interdependencia e indivisibilidad existente entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales, deben ser entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello; indicando que, respecto al derecho a la salud, en julio de 2012, la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos enfatizó la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud, lo cual requiere la presencia de personal médico capacitado, así como de condiciones sanitarias adecuadas.³⁴

121. Asimismo, y tal y como lo ha indicado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir, entre otros, con el requisito de la calidad, el cual implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

³⁴ Corte IDH. “Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador”. Sentencia de 1° de septiembre de 2015. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 172.

122. Sobre el particular, no pasa por alto para esta Defensoría una cuestión de especial importancia suscitada en el caso de **VD**, quien desde su ingreso el 14 de febrero de 2013 al servicio de Urgencias del Hospital General, fue atendido por **AR1**. Conforme a lo descrito por **QVI** en su escrito de queja ante este Organismo Autónomo, dicha persona no contaba con cédula profesional, pues firmaba ostentándose como médico cuando tal registro no le correspondía; al verificar su existencia en el Registro Nacional de Profesionistas, la plataforma arrojó como resultado el nombre de una persona distinta con una profesión diversa, en específico, una licenciatura en ingeniería industrial.

123. Al respecto, en el informe rendido por los SSO ante esta DDHPO, la autoridad refirió que, según el Expediente Único de Personal, a **AR1** se le otorgó un nombramiento provisional como médico general el 22 de marzo de 1994 en el HGPVG y un nombramiento base con la misma categoría a partir del 16 de diciembre de 2002 en ese nosocomio.

124. Para acreditar su habilitación, **AR1** aportó copias fotostáticas de su título de Médico Cirujano y Partero expedido por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla el 11 de diciembre de 1995, de su cédula profesional de la misma fecha, de su acta de examen profesional, carta de pasante y constancia de terminación de servicio social.

36

125. Tocante a ello, la Constitución Federal, en el párrafo segundo de su artículo 5°, establece que *"la ley determinará en cada estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo"*. De ahí que para poder ejercer una profesión en la salud es necesario contar con el título y patente para ejercer la carrera de que se trate; a dicho documento se le denomina cédula profesional.

126. La SCJN ha indicado que la cédula de especialización médica, al igual que la certificación correspondiente, tiene como fin garantizar el adecuado ejercicio de la profesión, supervisando la habilidad, capacidad, experiencia, ética y profesionalismo de quienes la ejercen.³⁵

³⁵ SCJN. Tesis Aislada (Constitucional, Administrativa). *"CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA. EL ARTÍCULO 81, ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, NO TRANSGREDE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA RECONOCIDA EN EL ARTÍCULO 3o., FRACCIÓN VII, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (LEGISLACIÓN VIGENTE A*

127. Aunado a ello, el Alto Tribunal ha puntualizado que la información publicada en el portal electrónico del registro de cédulas profesionales de la Secretaría de Educación Pública, que es de consulta pública y directa, genera la convicción legal de la existencia de dicho registro.³⁶ Por ende, la cédula no cumple una función meramente simbólica; sino que es la prueba visible de que tal registro existe y de que la calidad profesional puede acreditarse con validez oficial.

128. Dicho requisito queda regulado además en leyes secundarias como la LGS, que en su artículo 79 señala que para ejercer carreras como la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, requieren títulos profesionales o certificados de especialización expedidos por las autoridades educativas competentes.

129. Adicionalmente, la SCJN señala que la protección del derecho a la salud supone la regulación de los servicios en el ámbito interno, así como la implementación de mecanismos orientados a tutelar la efectividad de dicha regulación, lo cual incluye establecer un marco normativo e institucional adecuado que imponga estándares de calidad y prevenga cualquier amenaza a la integridad personal de los usuarios.³⁷

37

130. Por lo tanto, en el caso en concreto, la falta de coincidencia y registro de la cédula profesional de **AR1** en las plataformas oficiales no solo evidenció una grave deficiencia en los controles institucionales de contratación y supervisión, sino que, como ha quedado acreditado en apartados anteriores, la atención médica otorgada por dicha persona servidora pública a **VD**, impactó en el requisito de calidad que el Estado tiene que garantizar a los usuarios de los servicios públicos de salud, configurando con ello una clara responsabilidad institucional por parte de la SSyDGSSO.

PARTIR DEL 2 DE SEPTIEMBRE DE 2011)”. Publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, en abril de 2013. Registro digital: 2003240.

³⁶ SCJN. Tribunales Colegiados de Circuito. Tesis Aislada (Civil). “*HECHO NOTORIO. TIENE ESA CALIDAD LA PUBLICACIÓN DEL REGISTRO DE CÉDULAS PROFESIONALES EN EL PORTAL ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA*”. Publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, en enero de 2024. Registro digital: 2028073.

³⁷ SCJN. Tesis Aislada (Constitucional). “*DERECHO A LA SALUD. ALGUNAS FORMAS EN QUE LAS AUTORIDADES DEBEN REPARAR SU VIOLACIÓN*”. Publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, en noviembre de 2015. Registro digital: 2010420.

131. De igual manera, llama la atención de esta Defensoría que, con motivo de la emisión del Dictamen Médico 1 por parte de la CEAMO en el que, si bien dicha autoridad señaló la imposibilidad de analizar el acto médico atribuido a **AR1**, al no haber acreditado ser un profesionista por la inexistencia de su cédula, el 27 de enero de 2014, mediante oficio CEAMO/1P/022/2014, de esa misma fecha, se informó de ese hallazgo a la SSyDGSSO, solicitando además que tomara *"medidas precautorias y cautelares inmediatas para que no se siga poniendo en riesgo a la población usuario de los Servicios de Salud de Oaxaca en donde se encuentre adscrito [AR1]"*.

132. Además, en dicho ocuro, la CEAMO también precisó que *"toda vez que el ministerio público ya tiene conocimiento e investiga los hechos anteriormente citados en contra de [AR1] le solicito que las acciones administrativas que realicen al respecto, se apeguen estrictamente a evitar interferir o entorpecer en las investigaciones que lleva a su cargo la Autoridad Ministerial"*.

133. A mayor abundamiento, a pesar de la solicitud planteada por la CEAMO para que se adoptaran medidas precautorias y cautelares inmediatas con el fin de evitar que se pusiera en riesgo a la población usuaria de los SSO en el lugar donde **AR1** se encontrara adscrito, salta a la vista una actuación omisa por parte de la autoridad.

134. Por una parte, en el informe rendido por los SSO a esta Defensoría el 4 de febrero de 2015, se señaló que la adscripción laboral inicial de **AR1** era el Hospital General; sin embargo, de acuerdo con su expediente personal, a partir del 1° de abril de 2013 fue comisionado al Hospital Integral de Chalcatongo de Hidalgo, Oaxaca, lugar en el que continuaba laborando.

135. Lo anterior evidencia una omisión de especial gravedad, si se analizan dos momentos temporales clave: primero, que desde el 1° de abril de 2013 y hasta la fecha en que la autoridad rindió su informe a esta DDHPO, había transcurrido **1 año y 10 meses** durante los cuales **AR1** siguió desempeñando funciones como médico; y segundo, que desde el 27 de enero de 2014, cuando la CEAMO solicitó la implementación de medidas urgentes para proteger a la población hasta la fecha del referido informe, transcurrió **1 año y 6 días** sin que la institución adoptara acción alguna para impedir que dicha persona continuara ejerciendo sus funciones sin acreditar

fehacientemente su cédula profesional como facultativo, poniendo en riesgo el derecho a la protección de la salud de otros usuarios de los servicios médicos.

136. Aunado a ello, de las constancias que obran en el expediente de queja, esta Defensoría pudo acreditar que, con motivo de la investigación penal iniciada en la FEMCCO el 7 de abril de 2013, con la que se radicó la Carpeta de Investigación 1 en contra de **AR1** y de la que, una vez que esta se judicializó, se generó la Causa Penal 2 ante el Juzgado de Control del Circuito Judicial de la Región Mixteca con sede en Putla Villa de Guerrero, el 4 de marzo de 2016, dicho órgano jurisdiccional notificó a los SSO sobre la vinculación a proceso de **AR1** por el delito de usurpación de profesiones, imponiéndole como medida de coerción definitiva la suspensión provisional en el ejercicio de su cargo y profesión hasta en tanto se resolviera su situación jurídica.

137. Consecuentemente, mediante oficio 11C/11.C1.2/1387/2016, de 15 de marzo de 2016, mismo que fue notificado el 16 de ese mes y año a **AR1**, el Director de Administración de los SSO le hizo del conocimiento la determinación adoptada por el Juzgado de Control antes mencionado, suspendiéndolo del ejercicio de su cargo y profesión, así como, de su nombramiento como empleado de base, *“cesando la obligación de prestar el servicio, es decir, de ejercer sus actividades como médico cirujano y partero y como médico general en el área de Urgencias del Hospital Básico Comunitario de Chalcatongo de Hidalgo [...] así mismo, cesa la obligación de cubrirle el respectivo salario, hasta en tanto determine la autoridad judicial en definitiva”*.

39

138. En este contexto, resulta innegable que aun cuando la CEAMO solicitó oportunamente la adopción de medidas precautorias y cautelares a los SSO para impedir el ejercicio de la función médica de **AR1**, petición que la institución desatendió, ya que fue hasta el 4 de marzo de 2016, es decir, **2 años y 1 mes** después, que con motivo de la determinación judicial en el trámite de la Causa Penal 2, la autoridad se vio obligada a suspender del servicio a la referida persona servidora pública.

139. Por lo tanto, en el caso en concreto, la falta de supervisión respecto de la validez de la cédula profesional de **AR1** en las plataformas oficiales, sumada a la omisión prolongada por más de dos años para atender el requerimiento de la CEAMO de adoptar medidas cautelares en favor de la población usuaria, no solo vulneró la normatividad aplicable al permitir el ejercicio de funciones médicas sin la comprobación fehaciente de

la habilitación legal ante la autoridad educativa, sino que configuró una clara responsabilidad institucional por parte de los SSO.

140. Prueba de ello es que, a pesar de la notoria falta de validez y existencia de la cédula profesional, la autoridad sanitaria mantuvo en funciones al presunto médico y solo actuó para suspenderlo hasta que una autoridad diversa, en específico, el Juzgado de Control del Circuito Judicial de la Región Mixteca, le notificó la determinación de vincular a proceso al imputado.

141. Por lo anterior, a consideración de esta Defensoría, dicha autoridad resulta solidariamente responsable del incumplimiento a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”* y en el artículo 22 del Reglamento de la LGS, el cual prohíbe expresamente contratar y permitir el ejercicio a personal de disciplinas para la salud que no esté debidamente autorizado por las autoridades educativas competentes.

40

D.2. Responsabilidad de las personas servidoras públicas.

142. En el análisis de los hechos y de las evidencias recabadas, pudo constatar que existió responsabilidad por parte de **AR1** al ostentarse indebidamente como médico, lo que trastocó el numeral 28 Bis de la LGS, el cual prevé que *“Los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes”*, ya que sus acciones y omisiones en la atención médica brindada a **VD** transgrediendo su derecho humano a la protección a la salud.

143. Asimismo, **AR1** incurrió en responsabilidad al omitir realizar una exploración física exhaustiva y un abordaje diagnóstico adecuado de la lesión que presentaba **VD** y, aunque ordenó un perfilograma y una TAC de cráneo para descartar fracturas o lesiones graves ante un traumatismo, no se aseguró de la realización del segundo de los estudios, limitándose a llevar a cabo un taponamiento nasal incorrecto y dando de alta al paciente de forma prematura, vulnerando su derecho humano de protección a la salud.

144. De igual forma, **AR2** es responsable pues, a pesar de que ya existía el antecedente de un trauma facial, omitió realizar a **VD** una exploración física exhaustiva, ignorando la necesidad urgente de practicar la TAC de cráneo ordenada el día anterior, pasando por alto documentar la posible fractura nasal que el paciente presentaba, ignorando describir los hallazgos del perfilograma y limitándose a administrar analgésico intramuscular antes de enviarlo a su domicilio de forma precipitada, por lo que también trastocó el derecho humano de protección a la salud en agravio de **VD**.

145. AR1 y **AR2** también son responsables por la dilación en que incurrieron desde el primer ingreso de **VD** al Hospital General y hasta su egreso, al omitir practicar oportunamente la TAC para conducir el tratamiento que el paciente requería, incumpliendo la obligación legal del servicio de urgencias de asegurar la valoración integral y la estabilización del paciente antes de ser transferido a otra unidad.

146. Aunado a lo anterior, **AR1** y **AR2** incurrieron en responsabilidad pues, las omisiones antes señaladas, contribuyeron al agravamiento de la salud de **VD** y a su posterior deceso, trasgrediendo su derecho a la vida.

147. Por otra parte, **AR2, AR3, AR4** y **AR5** son responsables porque en sus notas médicas incumplieron el numeral 5.10 y 7.1.5. de la NOM-Expediente Clínico, ya que no asentaron de forma correcta y completa los nombres del personal médico que intervino en la atención ni plasmaron sus respectivas cédulas profesionales, violando el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de **VD, QVI** y **VI**.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

148. 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.

149. 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.³⁸

150. Por su parte, el artículo 4º 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.

151. 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.

152. 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.

153. 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.

154. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I y II, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y

³⁸ Corte IDH. “Caso Velázquez Rodríguez Vs. Honduras”. Sentencia de 21 de julio de 1989. Reparaciones y Costas; párr. 25.

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; 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I y II, 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 al derecho a la protección de la salud y a la vida en agravio de **VD**, así como, al derecho de acceso a la información en materia de salud en perjuicio de **VD**, **QVI** y **VI**, 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.

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

43

a) Medidas de Rehabilitación

156. 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.

157. 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"*.

158. En ese tenor, en un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, la SSyDGSSO, en coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, deberán brindar a **QVI** y **VI**, la atención psicológica y tanatológica por personal profesional especializado,

y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, 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 físicos y psicológicos derivados de las violaciones a derechos humanos establecidas.

159. Igualmente, se precisa que en caso de que los 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

160. 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*”.³⁹

44

161. 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.

162. Para tal efecto, en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación del presente instrumento recomendatorio, la SSyDGSSO deberá colaborar con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca, para la inscripción en el

³⁹ 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.

Registro Estatal de Víctimas de **VD**, **QVI** y **VI**, 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.

c) Medidas de Satisfacción

163. 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 y V 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.

164. 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 SSyDGSSO 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.

165. 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 SSyDGSSO 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**, **AR4** y **AR5**, en su calidad de personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, 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

166. 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.

167. En ese tenor, en un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se instruya a quien corresponda para que, bajo un enfoque preventivo y de protección a los derechos humanos, la SSyDGSSO deberá diseñar e impartir por personal calificado y suficiente en la materia, cursos integrales dirigido al personal médico del servicio de Urgencias del Hospital General, que consideren los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección de la salud y a la vida, basado en el contenido de las GPC-Epistaxis, GPC-TCE y GPC-Fractura de Huesos Nasales; así como, respecto del derecho al acceso a la información en materia de salud basado en la NOM-Expediente Clínico; 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.

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.

169. Finalmente, en el término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, la SSyDGSSO deberá diseñar e implementar un Protocolo Institucional

de Validación y Control de Cédulas Profesionales, el cual deberá contemplar una verificación sistemática de las cédulas profesionales de la totalidad del personal médico, en cualquiera de sus especialidades y que esté vinculado con el Registro Nacional de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con la finalidad de garantizar que la atención médica brindada en sus unidades hospitalarias se rija bajo los principios de profesionalismo y legalidad, evitando de este modo la repetición de acciones u omisiones contrarias al derecho a la protección de la salud como las acreditadas en la presente resolución.

G. COLABORACIÓN

170. 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:

171. 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 las víctimas para proceder a la reparación integral.

172. Así también, para que se inscriba a **VD, QVI y VI** 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.

173. De igual forma, tomando en consideración que, derivado de los hechos materia del presente instrumento recomendatorio, se han originado cuestiones jurídicas que involucran a **QVI y VI**, 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.

174. A la FEMCCO, para que se agregue copia de la presente Recomendación a la **Carpeta de Investigación 1**, a fin de que sea tomada en consideración durante la integración de la citada indagatoria, sirviendo como elemento de referencia para el esclarecimiento de los hechos con apariencia de delito y para que, en su oportunidad, se resuelva conforme a derecho corresponda.

175. Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-BIENESTAR), para que, en coordinación interinstitucional con la SSyDGSSO 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.

176. 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 SSyDGSSO, las siguientes:

48

V. RECOMENDACIONES

A USTED SECRETARIO Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA:

PRIMERA. En un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, en coordinación con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas, realicen la inscripción de **VD** como víctima directa y de **QVI y VI** como víctimas indirectas, en el Registro Estatal de Víctimas, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Estatal con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de esa Institución, para que, una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación, en términos de los preceptos antes señalados y, se envíen a este Organismo Autónomo las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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 **QVI** y **VI**, la atención psicológica y tanatológica por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, 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 físicos y psicológicos derivados de las violaciones a derechos humanos establecidas. Igualmente, se precisa que en caso de que los 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; tras lo cual, deberán remitir a esta DDHPO copia de las constancias con las que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Instruya a quien corresponda para que, en un plazo de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las personas servidoras públicas de la SSyDGSSO 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; debiendo enviar a esta Defensoría copia de las documentales con las que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En un plazo de 15 días contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las personas servidoras públicas de la SSyDGSSO 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**, **AR4** y **AR5**, en su calidad de personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos 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; enviando a este Organismo Autónomo copia de las constancias con las que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se instruya a quien corresponda para que, bajo un enfoque preventivo y de protección a los derechos humanos, la SSyDGSSO deberá diseñar e impartir por personal calificado y suficiente en la materia, cursos integrales dirigido al personal médico del servicio de Urgencias del Hospital General, que consideren los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección de la salud y a la vida, basado en el contenido de las GPC-Epistaxis, GPC-TCE y GPC-Fractura de Huesos Nasales; así como, respecto del derecho al acceso a la información en materia de salud basado en la NOM-Expediente Clínico; 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, 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 con las que se acredite su cumplimiento.

50

SEXTA. En el término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, la SSyDGSSO deberá diseñar e implementar un Protocolo Institucional de Validación y Control de Cédulas Profesionales, el cual deberá contemplar una verificación sistemática de las cédulas profesionales de la totalidad del personal médico, en cualquiera de sus especialidades y que esté vinculado con el Registro Nacional de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, con la finalidad de garantizar que la atención médica brindada en sus unidades hospitalarias se rija bajo los principios de profesionalismo y legalidad, evitando de este modo la repetición de acciones u omisiones contrarias al derecho a la protección de la salud como las acreditadas en la presente resolución; enviando copia de las constancias con las que acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel con poder de decisión que fungirá como enlace con esta Defensoría, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a esta Defensoría.

177. 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.

178. 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.

51

179. 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.

180. 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.