

León, Guanajuato, a los 28 veintiocho días del mes de agosto del año 2014 dos mil catorce.

VISTO para resolver sobre la queja iniciada de manera oficiosa por nota periodística publicada en el diario "El Sol del Bajío", con el título "**Denuncia que perdió a su bebé por presunta negligencia médica**", misma que fue ratificada por **XXXXXXXX**, relativa al expediente número **115/14-C**, respecto de actos que consideran violatorios de Derechos Humanos cometidos en su agravio, y que atribuye a **PERSONAL MEDICO ADSCRITO DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE VILLAGRÁN, GUANAJUATO**.

SUMARIO

XXXXXXXX, refirió que cursando nueve meses de embarazo, el día primero de marzo de 2014 dos mil catorce, entre 18:00 y 19:00 horas, acudió al **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**, por presentar dolores de parto, siendo atendida por el Doctor Chacón, quien le comentó que tenía un centímetro de dilatación y el corazón del bebé estaba alterado, que de haber sido él quien le atendiera, ya la hubiera programado, refiriéndola para el día siguiente a las 08:00 horas, revisándola en el área de urgencias el Doctor Oscar Fernando que le dijo que iba muy despacio que se regresara a su casa a caminar y regresara a las 14:00 horas, al regresar el mismo Doctor le dijo que quedaría hospitalizada, una enfermera le preguntó si de verdad traía dolores o se estaba "haciendo", a lo que le respondió que hasta flujo con sangre traía, entonces la enfermera de forma grosera le dijo "a ver como es el flujo", el Doctor Oscar Fernando sale, diciendo que se va a quedar, la revisa y le dice que va despacio que tenía 3.5 centímetros de dilatación y le ponen el suero en donde le colocaron alguna sustancia para provocar contracciones, estando en el mismo cuarto el Ginecólogo Rodrigo Servín, quién no le revisó, luego de tiempo llegó el Doctor Felipe quién la revisa y le dice que apenas lleva 4.5 centímetro de dilatación, más tarde la revisó la Doctora Rosa Linares diciéndole que todo estaba bien, que ya tiene 7 de dilatación, regresando más tarde; media hora más tarde siente dolores muy fuertes y no siente el movimiento del bebé, y le grita a la Doctora, quien le coloca el "trazo" para monitorear los latidos del bebé, y le dice que no sentía los movimientos porque ya tenía las contracciones muy fuertes, después de mucho rato, vuelve a llamar a la Doctora, quien la revisa y le dice que ya está lista que la fuente está rota, que ya está mojada, la paciente dijo que no se le había roto la fuente, pero que tenía ganas de pujar, pero la Doctora le dijo que esperara a que limpiaran la sala de expulsión, a donde la ingresan después de 10 minutos, empieza a pujar, la Doctora le dice que ya se ve la cabecita que haga el último esfuerzo, que el bebé ya se había hecho del baño y la fuente no estaba rota, salió el bebé pero no lloró, escuchó como si se estuviera ahogando, la Doctora pide ayuda a la Doctora Cristina, y empiezan a limpiar a la bebé. De quien le dicen que está muy delicada que la tenían que trasladar, pero ante la pregunta de la paciente, de porqué la ambulancia no se había llevado a la bebé, la Doctora Rosa Linares le informó que los paramédicos estaban atendiendo a la bebé, que no tenía buenas probabilidades de quedar bien, que había comido popo y tomado líquido, que los pulmones estaban llenos de meconio (popo), luego su esposo, le informó que la bebé había fallecido, entregándole el certificado de nacimiento y el acta de defunción por "aspiración de meconio".

CASO CONCRETO

Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

La prestación obligatoria del servicio de salud, corre a cargo del Estado.

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

“Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

“La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”.

“Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley”.

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a) Disponibilidad. 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 (...) esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.*
- b) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, 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.”.*

Observación General Número 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Adoptada por el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (Ginebra. 22º Periodo de Sesiones 25 abril a 12 de mayo del 2000).

Mala Práctica Médica

Entendida como la *“actuación incorrecta en el ejercicio de la profesión médica capaz de provocar daño al paciente”*. (Hernández, 1999, p. 58). *El reconocimiento del derecho a la vida, tanto por la doctrina nacional como extranjera está concebida como esencial, vital y fundamental y en ese sentido, Alegre y Mago (2007, p. 14) expresan que la vida es “el mayor bien que goza el ser humano. Es un derecho que no puede verse afectado, en ningún caso, por razones ajenas a su propia voluntad”; por su parte Torres (s/f, p. 2), sostiene “La vida tiene un valor previo y superior a todo el sistema constitucional de derechos. Es realmente el presupuesto o soporte físico, ontológico, de todos los derechos”. Asimismo afirma: “la vida consiste en vivir [...] el contenido esencial del bien vida es que siga habiéndola, y el derecho a la*

vida se cifra en poder seguir viviendo sin que nadie lo impida”.

Es indudable que existe una estrecha vinculación entre los derechos humanos, una práctica médica errada o una mala práctica médica, como también existe una profundada contradicción entre ambos perfiles cuando estos se analizan dentro perspectiva constitucional y supraconstitucional, es decir, desde los tratados internacionales.

La práctica médica errónea, negligente o descuidada causa, en algunos casos, un gravamen irreparable, a los seres humanos, víctimas de este flagelo. En ese sentido, se pretende analizar el tratamiento que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha dado a estos casos así como conocer su criterio en la solución de los mismos.

Uno de los aspectos a destacar es la protección del derecho a la vida y la salud de las personas recogido en pactos y convenios internacionales en los que se observa la protección en situaciones muy específicas, como es el caso de la protección ante la pena de muerte, tortura o prisión, tratos inhumanos y degradantes, lo que limita y condiciona la protección a otras incidencias que puedan presentarse dentro de estos mismos derechos como son los de mala práctica médica.

No obstante, se considera que los referidos casos no son los únicos que atentan contra la vida y la salud de las personas, por lo que la protección jurídica debe ser ampliada. En ese sentido, se hace necesario establecer mecanismos de protección que puedan contemplar el riesgo manifiesto al cual se exponen las personas víctimas de un error médico, que bien por acción u omisión, pudiera causar una lesión a la vida y en consecuencia a la salud, limitando su derecho a éstos, y a una integridad psíquica, física y moral.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos dentro de este contexto, respecto al derecho a la vida, ha establecido 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.

Posteriormente, en otra jurisprudencia, la referida Corte agregó que el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal no sólo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de la Convención Americana.

Una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida y a la integridad de las personas.

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.

Siendo el Estado jurídicamente, el ente llamado a poner en ejecución el sistema de protección de los derechos humanos, establecidos en la Convención, su incumplimiento produce responsabilidad. De manera que el Estado debe adecuar su Ordenamiento jurídico interno a los requerimientos de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, considerando que los mismos son atributos inherentes a la dignidad humana, y en consecuencia, superiores al poder del Estado.

Hipótesis violatoria de derechos humanos que determina la práctica médica errónea, negligente o descuidada que causa graves e irreparables daños a los pacientes-víctimas.

Reflexiones anteriores, a colación de la imputación de **XXXXXXXXX**, dirigida a los profesionales de la salud, del sector público (Hospital Comunitario de Villagrán), que se vieron involucrados en la atención médica de su persona durante el trabajo de parto de su segundo embarazo con 40-41 semanas de gestación, durante los días 01 al 03 de marzo del año 2014, recibiendo una atención medica que derivó en el fallecimiento de su bebé.

La atención médica de referencia fue admitida en el informe rendido por el Director del Hospital Comunitario de Villagrán Luis Antonio Chimal Cisneros, bajo oficio HCV/DIR/344/14 (foja 86 a 89), en el que dicta que el personal médico que intervino en la atención de la inconforme, resultan ser **Jorge Antonio Gutiérrez Chacón, Oscar Fernando Castañeda Rojas, Felipe González Hilario, Rosa Linares Valdéz.**

I. Atención brindada por el Médico Cirujano y Partero Jorge Antonio Gutiérrez Chacón

En efecto, **XXXXXXXXX** alude haber acudido el día primero de marzo del año 2014 dos mil catorce entre 18:00 y 19:00 horas, con trabajo de parto, atendiéndole el Doctor Chacón, quien le pidió que volviera al día siguiente, Domingo, a las 08:00 horas, agregando que el referido Médico le comentó que el corazón del bebé estaba alterado y que de haber sido él quien la atendía ya la hubiera programado, pues asentó:

“(...) se presentaron dolores de parto acudí al área de urgencias del Hospital Comunitario, siendo que en fecha 1° primero de marzo del año en curso, acudí al área de urgencias, aproximadamente entre 18:00 y 19:00 horas, y me atendió el Doctor de apellido CHACÓN, quien me dijo que tenía un centímetro de dilatación, yo le dije que cumplía 9 nueve meses de embarazo, el día 27 veintisiete de febrero, y me dijo que mi bebé tenía su corazoncito alterado, diciéndome “si yo te lo hubiera atendido, ya te hubiera programado”, entonces él me refiere para el día domingo 2 dos de marzo a las 8:00 horas de la mañana, (...)”.

Al respecto, el Médico Cirujano y Partero **Jorge Antonio Gutiérrez Chacón** (foja 71), confirmó la atención de la quejosa en el área de urgencias, sin haber encontrado datos de alarma, sin embargo le pidió que acudiera al día siguiente para ser valorada por el Ginecólogo, pues señaló:

"(...) efectivamente el día 01 primero de marzo del año en curso, siendo aproximadamente las 21:00 horas, cuando yo recibí en urgencias a la señora XXXXXXXX, (...) cuando yo recibo a esta paciente la cual ya presentaba 40.5 semanas de gestación, la cual me refirió que ya se había presentado antes a urgencias por náusea y vómito, y había sido atendida, posteriormente yo la reviso físicamente en general sin datos de compromiso cardiopulmonar con abdomen globoso a expensas de un útero grávido (embarazado) y observo que la posición fetal se encuentra cefálico, ella me refirió que tenía movimientos fetales y no había pérdida de líquido transvaginal, coloqué el cardiotocógrafo para tomar un trazo y valorar la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina, la cual se reportó dentro de los parámetros normales, por lo tanto no había ningún otro indicador que estableciera algún riesgo para ambos, por eso le dije que podía regresar a su casa y que quedaba abierta la cita para urgencias cuando se sintiera mal, incluso le dije que fuera al día siguiente a las 08:00 de la mañana, para que fuera valorada por el Ginecólogo de ese horario, (...) CONTESTA: Que el único factor que me motivó a mí a remitirle con el Ginecólogo es por la edad gestacional porque ya eran más de 40 cuarenta semanas, y el especialista tenía que ver qué era lo que ocurría, (...)" (énfasis añadido).

Lo anterior, se vio reflejado en la **nota médica** del mismo médico, en fecha 1 de marzo del 2014 (foja 41), asentando que la paciente presenta poca ingesta, náuseas, vómito, con extremidades con leve edema, sin actividad uterina, con trazo cardiográfico con adecuada variabilidad, remite al día siguiente 8:00. Incluso se aprecia el trazo aludido del día 1 de marzo 2014 21:46:18 horas (foja 44).

Ahora, cabe considerar que el expediente clínico de la paciente ya denotaba una señal de riesgo o alarma, como lo es, que la paciente contaba con un peso de más de 104 kilos, con una gestación de 40.5 cuarenta punto cinco semanas (foja 40), presentando edema en miembros inferiores, según el contenido de la nota informativa (foja 94), que suscribió al Director del Hospital Comunitario de Villagrán, en atención a la nota médica ratificada por él.

Situación de alerta detectada desde los ocho meses de embarazo por el Médico particular **Ricardo Cabrera Arredondo** (foja 414), aludiendo la obesidad de la paciente para referenciarla a Ginecología, realizando diversos estudios de laboratorio, saliendo positiva en la curva de tolerancia a la glucosa, pues señaló:

"(...) me tocó atender a la paciente XXXXXX en las primeras semanas de gestación de su embarazo, en la cual me correspondió realizarle historia clínica, abrirla cartilla prenatal, elaboración de tarjeta de control prenatal y dar seguimiento hasta la octava semana donde por datos proporcionados por la propia paciente la cual refería segunda embarazo, el primero refirió tener problemas de hipertensión, y por la cuestión de obesidad consideré hacer referencia a Ginecología para efecto de que se revisara de que no fuera a estar hipertensa, además de que se le envió para revisar diferentes estudios de laboratorio, entre ellos el de Elisa que es una prueba rápida, el de VDRL, biometría hemática, química sanguínea y curva de tolerancia a la glucosa, por antecedente de tamiz gestacional, el cual salió positivo además de examen general orina,

desconociendo cuál haya sido lo que haya observado el Ginecólogo en el Hospital Comunitario (...)”.

Luego, el profesional de la salud **Jorge Antonio Gutiérrez Chacón**, se encontraba ante un embarazo de la quejosa de 40-41 semanas de gestación, embarazo de término, que ya presentaba alteraciones en su salud, preciso a ello acudió a urgencias, presentando náuseas, vómito, poca ingesta, edema en extremidades inferiores, y atentos al ultrasonido (foja 54), se establecía un embarazo de 40-41 semanas de gestación, aunado a que la paciente pesaba 104 ciento cuatro kilos, (nota médica del 27 de febrero del 2014 -foja 40-), y según lo detectó el Médico particular **Ricardo Cabrera Arredondo**.

Todo lo cual, coloca a la paciente en **factor de riesgo**, lo que favorecía su hospitalización para estrecha vigilancia del trabajo de parto en evolución, por lo que dejó de atender lo establecido en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010 (publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de noviembre del año 2012):

“(...) 5.2.1.1.1.7.- Por el alto riesgo de la morbilidad y por la mortalidad natal todo embarazo con 40 1/7 o más semanas deberá ser trasladada al segundo nivel de atención (...)”.

“(...) 5.2.1.1.1.9.- Los principales datos de alarma son: 1. Presencia de hemorragia, pérdidas transvaginales líquido amniótico, sangre o secreción anormal; 3. Presencia de contracción uterina; 4. Disminución de la movilidad fetal; 5. Cefalea; 6. Acúfenos; 7. Fosfenos; 8. Edema de miembros inferiores; 9. Fiebre; 10. Disuria y 11. Flujo transvaginal (...)”.

Coligiéndose entonces que el Médico Cirujano y Partero **Jorge Antonio Gutiérrez Chacón**, desatendió lo anterior en el ejercicio de su profesión médica, al prescindir hospitalizar a la paciente, que acudió en solicitud de atención médica, derivado del malestar físico padecido, falta de ingesta, náuseas, vómito, edema en extremidades; sumado a sus antecedentes médicos o clínicos, respecto de obesidad, positivo en la curva de tolerancia a la glucosa, con lo que evitó la estrecha vigilancia de su salud y el producto durante la labor de parto, minimizando los factores de riesgo en comento, actuando al margen de las previsiones normativas hechas valer, lo que permite el actual juicio de reproche en su contra y en agravio de la quejosa **XXXXXXXXX**.

II. Atención brindada por el Médico General Oscar Fernando Castañeda Rojas

Ahora bien, la afectada continúa su relato, acudiendo el día domingo 2 de marzo del 2014 dos mil catorce, siendo atendida por el Doctor **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, quien le indica caminar y volver a las 14:00 catorce horas, al referir:

“(...) para el día domingo 2 dos de marzo a las 8:00 horas de la mañana, entonces en esa fecha en el área de urgencias me revisa el Doctor OSCAR FERNANDO de quien desconozco sus apellidos, y me dijo que iba muy despacio, que me regresara a mi casa a caminar y que regresara a las 14:00, yo le dije que tenía dolores leves diciéndome que con el caminar se me podían intensificar y se acelerara el parto, entonces yo regreso a las 14:00 horas al área de urgencias, porque me había dicho el Doctor que ya me iba a quedar y a hospitalizar (...)”.

“(...) Al llegar toqué en el área de urgencias y salió una enfermera (...) sale del área de urgencias el Doctor OSCAR FERNANDO, quien al verme me dice que me pase diciéndome que ya me iba a

quedar y me pongo la bata, revisándome y me explica que iba muy despacio que tenía 3.5. tres punto cinco centímetros de dilatación; para esto ya me había puesto el suero y después vi que la enfermera que antes me cuestionó, con una jeringa inyecta algo al suero y después supe que era para provocar las contracciones, y en ese momento yo le dije a la enfermera que todavía no tenía dolores fuertes y escuché que el Doctor dijo que mi parto iba a ser normal (...)”.

Confirmando la mención de quien se duele, referente a que el día 2 de marzo acudieron a las 08:00 horas, pero la regresaron para volver a las 14:00 horas; atiéndase a lo declarado por su madre **XXXXXXXXXX**(foja 65):

*“(...) quedamos de vernos el **domingo 2 dos de marzo**, a las 08:00 ocho de la mañana, y así fue el domingo yo llegué al Hospital Comunitario y ya estaba mi hija **XXXXXXXXXX** ahí y me dijo que ya se había acercado y que ya la iban a atender, en ese momento mi hija **XXXXXXXXXX** estaba con su esposo **JUAN CARLOS SOTO**, en eso la llama una enfermera de urgencias y ya mi hija se pasa, y vuelve a durar como una hora y media y sale y me dice **“que todavía no, que regrese a las 14:00 horas”** y me decía mi hija que ya no aguantaba, que ya todo lo que comía lo vomitaba, fue entonces que me la traje a mi casa nuevamente sola con ella y yo me quedé comprando fruta mientras ella se vino a caminar afuera de mi casa, luego se fue a su casa y después nuevamente **a las 14:00 horas yo, mi hija XXXXX** y su esposo llegamos al Hospital Comunitario, y **de ahí fuimos a caminar al ecoparque y pues a hacer tiempo para que la recibieran**, y después mi hija **XXXXXXXXXX** y su esposo **fueron a tocar a urgencias, y ya se pasó mi hija y como a los 10 diez minutos salió una enfermera** y nos dio las pertenencias de **XXXXXXXXXX** y nos dijo que se iba a quedar, (...)”.*

Al respecto, el Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas** (foja 331), admite la atención brindada a la quejosa el día 2 de marzo del 2014 dos mil catorce, en el cual la ingresó y canalizó al área de tococirugía para atención del embarazo de término por encontrarse en **fase de trabajo de parto activo**, pues señaló:

“(...) el día 02 dos de marzo del presente año, como ella lo señala, efectivamente se presentó al área de urgencias, como era una persona de término de embarazo, nosotros por regla general damos preferencia a las embarazadas, cuando la enfermera me la pasó yo hablé con la señora para preguntarle algunos datos, como: si se movía su bebé, si traía dolores, si presentaba salida de líquidos y sangrado, a los cuales ella contestó en sentido negativo, además ella me refirió que su bebé tenía movimientos normales, que estos son signos de alerta, y como al interrogatorio me dijo que no sentía nada de estos signos, procedí a revisarla sin encontrar ningún dato de alarma obstétrica.

Acto continuo en este momento se le pone a la vista del compareciente la nota médica del día 02 dos de marzo del año en curso, que se elaboró a las 15:20 quince horas con veinte minutos. Una vez que tiene a la vista la nota médica manifiesta que reconoce el contenido de la misma porque fue elaborada por su puño y letra, así como la firma que calza, la cual utiliza para todos sus actos públicos como privados. Una vez que revisa la nota médica y siguiendo en uso de la voz, el compareciente manifiesta:

*Que de acuerdo a mi nota la señora dice que por indicaciones mías la enfermera le puso suero y le aplicó un medicamento para producir las contracciones, lo cual es falso porque como lo dejé asentado en mi nota médica el suero se le administró porque la señora tenía 40 cuarenta semanas de embarazo, traía 4 cuatro de dilatación, con datos de bienestar fetal pues la frecuencia cardíaca que presentaba estaba dentro de los parámetros normales, y **en el suero (solución glucosada para 6 seis horas) solamente se le aplicó Ranitida y Metoclopramida**, que esto es para que no le dé gastritis y pueda tener una motilidad adecuada, y tomando en consideración que **su embarazo ya era de término con una dilatación de 4 cuatro centímetros, eso ya es un indicativo que está en una fase de trabajo de parto activo, razón por la cual se le canalizó al área de toco cirugía para que fuera atendida ahí por el médico en turno y esto para que se le protegiera por el embarazo que ella estaba en término, la cual en el momento en que yo la valoré no encontré ningún dato de urgencia obstétrica. Quiero mencionar que después de que se le pasó a esta área, yo ya no volví a tener contacto con la paciente (...)**" (énfasis añadido).*

El dicho del profesional de la salud en cita, se robustece con la única nota médica suscrita por él, en el expediente médico 6127, vista a foja 111; luego, quedó acreditado que el Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, omitió asentar en el expediente clínico la primera valoración de la paciente, el día 02 de marzo del año 2014 dos mil catorce, por la mañana, cuando le prescribió caminar y volver a las 14:00 horas, elaborando una sola nota clínica.

Circunstancia anterior que denota desatención a la **NORMA OFICIAL NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico**, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 15 de octubre del año 2012, que obliga a la elaboración de notas por cada atención proporcionada, en las cuales además se deben anotar la evolución del cuadro clínico, diagnóstico, etc., sin tachaduras y enmendaduras, pues dicta:

"(...) 5.11.- Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado (...)"

"(...) 7.2.- NOTA DE EVOLUCIÓN.- Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 (...)"

(6.2. relativo a la evolución del cuadro clínico, signos vitales, resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, indicaciones...)

Ahora, en abono a la nota médica a cargo del Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, se advierte la aplicación de medicamentos mismo día, consistente en *glucosada, hartman, ranitidina, metoclopramida, amacilina, ketorolaco*, según la hoja de intervención del personal de enfermería (foja 144), lo que denota la aplicación de **analgésicos a la paciente**, sin la autorización de la paciente y sin el seguimiento de vigilancia respectivo, lo que confirma la Auxiliar de enfermería **Leticia González Ramírez** (foja 355).

“(…) (...) siendo ésta la única ocasión que me correspondió como enfermera atender a la paciente XXXXXXXX tan y como quedó asentado en las hojas de enfermería que obran de la foja (143 a la foja 148) donde aparecen mis iniciales como “L. GONZÁLEZ”, siendo todo lo que tengo que manifestar (...)”.

Del expediente clínico se aprecia que la siguiente atención médica resultó hasta las **20:30** horas del mismo día, ya por parte de la Doctora **Rosa Linares Valdéz** (foja 112), lo que contraviene la disposición de la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993**, relativas a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido:

“(…) 5.4 Atención del parto.- 5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos: (...) 5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta; 5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto; (...)”.

Así también, se acreditó que el Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, a pesar de los datos detectados en la paciente, como lo era su sobrepeso, inflamación en extremidades inferiores, malestar que motivo acudir al hospital, náuseas y vómito, prescinde canalizar a la paciente en trabajo de parto con el especialista en ginecología, para su valoración, en específico al Ginecólogo **Sergio Servín de la Mora del Castillo**, que cubría turno, precisamente el día domingo 2 de marzo del mismo año, hasta las 20:00 horas, tal como éste último profesional de la salud lo informó en el sumario.

Amén de que la afectada aseguró que durante la revisión que llevó a cabo el Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, reconoció la presencia del especialista de mérito, cuando aludió:

“(…) observando que en el área de urgencias estaba el Doctor RODRIGO SERVÍN, quien es el Ginecólogo del Hospital, quien en ese momento no me revisó; entonces me llevan a otro cuarto en donde solo había dos camas, en donde permanecí bastante tiempo hasta que llegó el Doctor FELIPE de quien desconozco su apellidos, me revisa y me dice que apenas llevo 4.5 cuatro centímetros y medio de dilatación, y se salió del cuarto; (...)” (énfasis añadido).

Además, si bien el Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, refirió que pasó a la paciente a labor de parto, al área de tococirugía, ello fue desmentido por el Médico General **Felipe González Hilario** (foja 333), quien indicó que hasta las **19:00** horas se le canalizó a la afectada en el área de hospitalización, y no al área de tococirugía; lo que denota que el Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, ni canalizó al área correspondiente a la quejosa, ni atendió a su revisión cada treinta minutos, hasta dicha canalización, tal como lo dispone la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido:**

“(…) 5.4.2. El control del trabajo de parto normal debe incluir: 5.4.2.1. La verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos (...)”.

Consiguientemente con los elementos de prueba citados con anterioridad, ha sido confirmado que durante la esfera de competencia de atención médica por parte del Médico Cirujano **Oscar Fernando**

Castañeda Rojas a la paciente hoy quejosa, durante su labor de parto, se aplicó analgésico sin consentimiento de la paciente, además evitó la supervisión a la paciente y producto, cada 30 minutos como lo dicta la Norma Oficial Mexicana relativa a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, además, omitió las anotaciones médicas que exige la Norma oficial Mexicana en cuanto al llenado del expediente clínico.

Con independencia de prescindir de la información del expediente clínico de la paciente en advertencia de su solicitud de atención médica, derivado del malestar físico padecido, falta de ingesta, náuseas, vómito, edema en extremidades, así como sus antecedentes médicos o clínicos, respecto de obesidad, positivo en la curva de tolerancia a la glucosa.

De tal cuenta, resulta demostrado que el Médico Cirujano **Oscar Fernando Castañeda Rojas**, actuó al margen de la normativa aplicable en la atención de la labor de parto de la paciente **XXXXXXXXXX**, evitando la prioridad de su atención, ignorando lo establecido por la **Ley de Salud del Estado de Guanajuato**: "(...) artículo 62.- La atención materno- infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: I.- La atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (...)". Lo que determina el actual juicio de reproche que en el actual se dirige en su contra.

III. Atención brindada por el Médico General Felipe González Hilario

La quejosa refiere que también fue revisada por el Doctor **Felipe González Hilario**, en una sola ocasión, al citar:

"(...) me llevan a otro cuarto en donde solo había dos camas, en donde permanecí bastante tiempo hasta que llegó el Doctor FELIPE de quien desconozco su apellidos, me revisa y me dice que apenas llevo 4.5 cuatro centímetros y medio de dilatación, y se salió del cuarto; (...)".

Al respecto, el Médico General **Luis Felipe González Hilario** (foja 333), aceptó su intervención, reconociendo la ilegibilidad de su nota (foja 111), por lo que se adhiere a lo que informó al Director del Hospital Comunitario de Villagrán, en el sentido de que a las 19:00 horas, le fue turnada la paciente, prescribiendo aplicación de oxitocina.

"(...) yo estuve de turno el día 02 dos de marzo del presente año, en un horario de mixto de 08:00 de la mañana a las 20:00 veinte horas, adscrito al área de hospitalización, para lo cual recuerdo que del área de urgencias me fue turnada la paciente XXXXXXXX, la cual al momento de revisarla ella se encontraba en evolución normal, signos vitales estables, el bebé se encontraba con frecuencia cardíaca normal, al revisarla observo que ella presentaba apenas 5 cinco centímetros de dilatación; quiero mencionar que todo esto quedó asentado en mi nota médica del día 02 dos de marzo del año en curso, la cual se me pone a la vista la misma, pero por ser ilegible no puedo atender a ella, por lo cual me remito al informe que le entregué al Director del Hospital Comunitario de Villagrán, Doctor Luis Antonio Chimal Cisneros, en la cual detallo que la hora aproximada en que yo revisé a la paciente fue a las 19:00 diecinueve horas, donde corroboro un normoevolución del trabajo de parto fase activa, signos vitales normales y frecuencia cardíaca fetal de 150, también quiero mencionar que indico se le aplique oxitocina para favorecer el trabajo de parto en suero glucosado, entregándola al siguiente turno a

las 20:00 veinte horas; quiero mencionar que a la paciente nunca se le dejó desatendida puesto que si bien solamente una vez la revisé fue para dar las indicaciones pero se quedó siendo monitoreada por la enfermera obstetra quien entre sus responsabilidades es la de estar vigilando a la paciente y cualquier cambio que presente la paciente es su obligación notificarnos a nosotros para poder intervenir; (...)

(...) sin que haya vuelto yo a tener ningún contacto con la paciente posterior a esa fecha (...)

Nótese que, pese a que el Médico General **Luis Felipe González Hilario** asegura que la paciente quedó bajo vigilancia de personal de enfermería, lo cierto es que le asistió responsabilidad para que cada treinta minutos fuera monitoreada la labor de parto, luego de haber suministrado oxitocina para favorecer el parto, tal como lo dicta la Norma Oficial Mexicana relativa a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, lo que denota contribución en el incorrecto ejercicio de la profesión médica en el adecuado tratamiento de labor de parto en agravio de **XXXXXXXX**, lo que determina el actual juicio de reproche que se dirige en su contra.

IV. Atención brindada por la Médica Cirujana y Partera Rosa Linares Valdéz

XXXXXXXX, refiere que la Doctora **Rosa Linares Valdéz**, le atendió, y al sentir dolores muy fuertes le gritó a la Doctora, quién le dice que ya no siente el movimiento del bebé porque las contracciones son muy fuertes, y que después de mucho rato le vuelve a gritar a la Doctora, quién le comenta que esta mojada, que ya se rompió la fuente, a lo que la paciente le refiere que no ha sentido eso, pero que tiene ganas de pujar y pese a ello, la Doctora le pide a la paciente que no pujan y espere hasta que limpien la sala de expulsión, naciendo su bebé “meconiada”, lo que a la postre generó su fallecimiento, pues refiere:

*(...) ingresa a este cuarto la Doctora ROSA LINARES, quien me revisó diciéndome que todo estaba bien, lo cual me tranquilizó y se sale y regresa más tarde y al hacerlo me dice que ya tengo 7 siete centímetros de dilatación, saliéndose del cuarto, y transcurre aproximadamente media hora y empiezo a sentir dolores muy fuertes y le grito a la Doctora y le dije que me revisara porque ya no sentí el movimiento de mi bebé, entonces ella me pone “el trazo” que es para monitorear los latidos de mi bebé y me dijo que los movimientos yo no los percibía porque ya traía las contracciones muy fuertes, **después pasa mucho rato sin saber cuánto**, y le vuelvo a gritar a la Doctora ROSA LINARES para que me revisara, llega me revisa y **me dice que ya estoy lista**, que la fuente ya se había roto, pero yo le dije que no había sentido que la fuente se había roto y ella me dijo que sí, **que estaba mojada**, diciéndome que yo en ese momento no percibía el dolor, yo le mencioné que **traía ganas de pujar**, pero me dijo **que me aguantara en lo que limpiaban la sala de expulsión**; transcurrieron como 10 diez minutos y me ingresan a la sala de expulsión, y me dice la Doctora que empieza a pujar y lo hago en dos ocasiones y me dice “ya se ve la cabecita” y me dice que haga un último esfuerzo porque mi bebé se había hecho del baño adentro, y me dice y tu fuente no se había roto; sale mi bebé pero no lloró y solo escuché un ruido como si se estuviera ahogando, preguntándole a la Doctora qué le pasaba a mi bebé, ella me dice “conoce el puré de chícharo”, yo le contesté “que sí”, diciéndome haz de*

cuenta que esto se comió tu bebé; entonces la empiezan a limpiar y la Doctora Linares pide apoyo a la Doctora CRISTINA de quien desconozco sus apellidos y entre las dos y las enfermeras empiezan a limpiarla, colocándole alrededor como lámparas, es cuando la Doctora ROSA LINARES me dijo que mi bebé estaba muy delicada, que la tienen que trasladar, entonces la Doctora ROSA me dijo que se iba a ir mi mamá y mi bebé en la ambulancia, pero casi inmediatamente llega la Doctora ROSA LINARES y le pregunto por qué no se había ido en la ambulancia, contestando que los paramédicos la estaban atendiendo, que ellos también saben de eso, fue cuando le dije que me dijera la verdad, que qué probabilidades tenía mi hija, contestando “buenas, ninguna, si se quedaba no iba a quedar bien”, que la bebé había comido mucha popo, había tomado líquido y que sus pulmones estaban invadidos de “meconio” (popo); de rato después de limpiarme y arreglar el cuarto, llegó mi esposo de nombre JUAN CARLOS SOTO MONTERO, quien me comunicó que mi bebé había fallecido (...).”

Al respecto la Médica Cirujana y Partera **Rosa Linares Valdéz** (foja 68), admite la revisión de la paciente a las **20:30** horas del día 2 de marzo del 2014 dos mil catorce, refiriendo que en la segunda revisión que le realiza encuentra 6 centímetros de dilatación y 80 por ciento de borramiento y toma un trazo cardiográfico, y refiere una tercera revisión a las **22:30** horas, solicitando se deje colocado el transductor para medir la frecuencia cardiaca, alude una cuarta atención posterior a las **24:30** horas, encontrándole con 8 centímetros de dilatación y aumento en la intensidad del dolor, en la quinta revisión a las **3:00** horas del día siguiente, refiere que encuentra 10 centímetros de dilatación, pero la sala de expulsión tenía que ser aseada, explicándole que su bebé no podía nacer en esas condiciones, que era necesaria la limpieza y es hasta las **3:15** horas, que la pasa al área de expulsión, rompe las membranas, dándose cuenta que ya hay salida de líquido con meconio, naciendo el bebé a las **03:35** horas, “meconiado”, solicitando apoyo al SUEG, arribando una ambulancia para traslado al Hospital de Celaya, no obstante el bebé cayó en “paro” falleciendo a las **5:20** horas, ya que manifestó:

*“(...) a las 20:30 horas, yo realicé un interrogatorio le pregunté a la madre si presentaba movimiento fetales, de qué intensidad eran los dolores, si veía lucecitas o zumbido de oídos, alguna sintomatología urinaria o alguna pérdida transvaginal (salida de líquidos o sangre vía vaginal), a lo cual responde que “sí sentía movimiento fetal, que sentía dolores y que no presentaba ninguna sintomatología urinaria o pérdida vaginal”, posteriormente la reviso físicamente, consistente en: revisar abdomen con las manos para ubicar la posición del bebé y le coloqué el pinar traía entre 150 y 160, le realizo tacto vaginal para checar la dilatación y traía 6 centímetros de dilatación y 80 ochenta por ciento de borramiento (adelgazamiento de cuello uterino) y membranas íntegras; en atención a que la señora me refiere que tenía más de 8 ocho horas en ayuno, le pido a la enfermera que le pase una carga de solución glucosada al 5 cinco por ciento de 500 mililitros para efecto de estarla hidratando y se le tomo un trazo cardio toográfico por 20 veinte minutos para monitorear la frecuencia cardiaca fetal, el cual estaba normal sin datos de sufrimiento fetal, y como tenía yo más actividad me fui a revisar el área de hospitalización, por lo que **regresé hasta las 22:30 horas**, de nueva cuenta le pregunto “que cómo se siente”, a lo que ella me indica “que siente movimiento fetal”, le pido a la enfermera que le deje colocado el transductor para medir frecuencia cardiaca del bebé, por lo cual me retiro de nueva cuenta en atención a que se presentó otra persona con una lesión por arma blanca, la cual me fue remitida al área de hospitalización, por lo cual implicó que yo tuviera que abocarme a la revisión de dicha persona, **regresando posteriormente con ella hasta las 24:30 horas**, donde de nueva cuenta le vuelvo a preguntar “que cómo se siente”, ella refiere “aún con dolor con más*

*intensidad” y vuelvo a hacer tacto presentando una dilatación de 8 ocho centímetros, en ese momento se presenta otra mujer embarazada a punto de parto, la cual implica que inmediatamente la tenga que atender pues la misma ya se encontraba en el área de labor y hasta las 02:00 la pasamos a la sala de expulsión, por lo cual antes de atender a esta persona regreso de nueva cuenta a revisar a XXXXXXXX, para esto ya presentaba una dilatación entre 8 ocho y 9 nueve centímetros, y los dolores eran más intensos, le explico que tengo que atender a la otra persona y después regresaría de nueva cuenta para revisarla, para esto **cuando regreso ya eran las 03:00 de la mañana**, y ya presentaba 10 diez centímetros de dilatación, pero como se tenía que limpiar el área de expulsión, lo cual **le explico a ella que su bebé no podía nacer en esas condiciones, que era necesaria la limpieza** siguiendo el protocolo de una atención de parto; a partir de **las 03:15 horas, es cuando la paso al área de expulsión** y ahí es cuando rompo las membranas, pero me doy cuenta que hay salida de líquido con meconio con 4 cuatro cruces, es cuando le pido a la enfermera de nombre Máyela González que aliste todo para dar reanimación al bebé, y le digo a la paciente que puje y **nace hasta las 03:35 horas**, cuando nace el bebé le pido a la enfermera que no lo estimule, que lo deje en posición, lo coloque en una cuna térmica previamente calentada, **reviso que XXXXXXXX no tenga ningún sangrado y rápidamente me aboco al recién nacido**, realizando aspiraciones endotraqueal, posteriormente se entuba, y se le da presión positiva a través de la cánula endotraqueal presentando una frecuencia cardiaca de 110 y una saturación de oxígeno de 70 setenta por ciento, **llamo al Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato, para pedir apoyo para el traslado del neonato para que sea atendido en una unidad de cuidados intensivos**, me dan respuesta afirmativa, y me comentan que la ambulancia viene en camino y aproximadamente como a las 4:40 horas, llega la ambulancia y se pasó el neonato a la incubadora previamente calentada subiéndolo a la ambulancia; también quiero mencionar que le proporcioné información a los familiares de XXXXXXXX en todo momento, y estando arriba de la unidad el neonato cae en paro cardio respiratorio, por lo que se baja para dar maniobras de reanimación durante 20 veinte minutos y **se determina su muerte a las 05:20 horas de la mañana**; por último quiero mencionar que en ese turno no se cuenta con pediatra, ni ginecólogo, ni algún otro especialista. (...).”*

Es de hacer notar que la Médica **Rosa Linares Valdéz**, tuvo al menos **seis contactos de atención** con la inconforme, sin embargo el expediente clínico correspondiente, solo registra **dos anotaciones** de atención, a las **20:30** horas a su canalización, y a las **06:00** horas como nota posparto, en la que da cuenta de la obtención del producto a las **03:35** horas (foja 112), circunstancias que en definitiva resultan al margen de lo establecido en la **NORMA OFICIAL NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico**, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 15 de octubre del año 2012, que obliga a la elaboración de notas por cada atención proporcionada, en las cuales además se deben anotar la evolución del cuadro clínico, diagnóstico, etc., sin tachaduras y enmendaduras, pues dicta:

“(...) 5.11.- Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado (...).”

“(...) 7.2.- NOTA DE EVOLUCIÓN.- Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 (...).”

(6.2. relativo a la evolución del cuadro clínico, signos vitales, resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, indicaciones...)

Además, la narrativa de la profesional de la salud, relacionada con los datos del expediente clínico, advierten que no se procuró la verificación y registro de la contractibilidad uterina y latido cardíaco fetal, cada 30 minutos, más aún si se había aplicado oxitocina a la paciente, para la inducción y conducción del trabajo de parto, por lo que debió realizarse estrecha vigilancia por parte de la médica, para la atención oportuna del alumbramiento, lo que en la especie no ocurrió, **retrasando aún más la obtención del producto**, mismo que nació en estado de meconio, sin lograr su supervivencia, inobservando lo previsto por la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido**, que dicta la vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica:

“(...) 5.4 Atención del parto.- 5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos: (...) 5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta; 5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto; (...)”.

“(...) 5.4.2. El control del trabajo de parto normal debe incluir: 5.4.2.1. La verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos (...)”.

Amén de evitar la consideración primaria de que la atención materno infantil tiene carácter prioritario en el Estado de Guanajuato:

Ley de Salud del Estado de Guanajuato:

“(...) artículo 62.- La atención materno- infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: I.- La atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (...)”.

A más la profesional de la salud en cuestión, prescinde de la información del expediente clínico de la paciente en advertencia de su solicitud de atención médica, derivado del malestar físico padecido, falta de ingesta, náuseas, vómito, edema en extremidades, así como sus antecedentes médicos o clínicos, respecto de obesidad, positivo en la curva de tolerancia a la glucosa.

Sobre el particular, es importante considerar el criterio sostenido por la especialista en ginecología **Ma. Silvia Rodríguez López**, adscrita al Hospital Comunitario de la ciudad de Villagrán, Guanajuato (foja 296v), misma que atendió a la quejosa ya en etapa de puerperio, el día **5 de marzo** del año que transcurre, ciñendo que fue mucho el tiempo que se le dejó en etapa de observación sin que intervinieran, por lo cual el bebé aspiró meconio, esto normalmente ocurre cuando el bebé necesita jalar oxígeno, el cual se va directo a los pulmones, y el bebé tiene dificultad para evolucionar de manera normal, por lo que se requiere intervención inmediata de pediatra, pues comentó:

“(...) quiero mencionar que por lo regular cuando una mujer embarazada llega a las 40 cuarenta semanas, le damos una semana más de margen para que pueda tener evolución normal, esta es siempre y cuando la paciente no presente ninguna salida de líquidos transvaginales, que se sienta bien y tenga movimiento el bebé, en caso de presentarse alguno de estos síntomas es para intervención inmediata; en el caso de la señora XXXXXXXX de acuerdo a la nota médica que vi solamente pude observar que fue mucho el tiempo que se le dejó en etapa de observación sin que se le interviniera.

En cuanto a que el bebé aspiró meconio, esto normalmente ocurre cuando el bebé necesita jalar más oxígeno y lo que jala es líquido, y si el líquido está contaminado con la popo probablemente se va directo a pulmones y es cuando tenemos dificultad para que el bebé pueda evolucionar de manera normal, pues implica atención inmediata de intervención de Pediatra, cuando no se tiene pues se utiliza de manera inmediata la reanimación porque después de que se saca al niño del útero los segundos son vitales para poderlo estabilizar y que pueda seguir con vida (...)” (énfasis añadido).

Irregularidades anteriormente probadas y llevadas a cabo por la Médica **Rosa Linares Valdéz**, en el desempeño de su labor médica, que se traduce en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** cometida en agravio de **XXXXXXXX**.

Reparación del Daño

Al análisis de los hechos probados que con antelación han sido materia de reproche por parte de quien resuelve y que confluyeron en la incorrecta Prestación del Servicio Público brindado por el Sector Salud a la paciente **XXXXXXXX**, en relación al presente **Capítulo de Reparación del Daño**, es pertinente sobre el particular, considerar el criterio de la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, en el Caso *Suárez Peralta Vs Ecuador* (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), ha establecido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación:

“(...) IX. Derecho a la Integridad personal (...) B. Consideraciones generales de la Corte (...) 130.- En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención de la salud humana (165) y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar a la vulneración del artículo 5.1 de la Convención (166). En este sentido la Corte ha sostenido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación (167), (...)”.

“(...) 132. Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la Integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regula la prestación de servicios de salud, estableciéndose estándares de calidad, para las instalaciones públicas y privadas, que permitan prevenir cualquier amenaza de vulneración a la Integridad personal en dichas prestaciones. Así mismo el Estado debe prever de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado, cuya efectividad

dependerá en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto (173)”.

Así mismo, se consideran los hechos probados bajo el criterio de la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, en el Caso *Suárez Peralta Vs Ecuador* (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), respecto al particular punto de la garantía de no repetición de casos como el atendido:

*“(…) X. Reparaciones (….) C: (….) 3. **Garantías de no repetición**.- 195.- La Corte recuerda que el Estado debe prevenir la recurrencia de violaciones a los derechos humanos como las descritas en este caso, y por ello, adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole que sean necesarias para hacer efectivo el ejercicio de los derechos (235), de conformidad con las obligaciones de evitar hechos similares vuelvan a incurrir en el futuro, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana (….)”.*

Cabe dejar en claro que toda violación a los Derechos Humanos da lugar a que las víctimas obtengan una reparación, lo que implica que el Estado tiene el deber de proporcionarla, de tal forma, la competencia de este *Ombudsman* para declarar que se han violado derechos fundamentales y señalar qué servidores públicos los ha vulnerado (como sucede en la especie), va aunada a su atribución para solicitar o recomendar la reparación del daño causado por esa violación y, en este contexto, cualquier Estado que suscribe tratados internacionales de Derechos Humanos está adquiriendo una serie de obligaciones y también se compromete con ciertas formas o mecanismos para resolver situaciones desde una perspectiva particular.

Cabe recordar que la responsabilidad que en materia de Derechos Humanos compete al Estado como ente jurídico-, es distinta a la civil, penal o administrativa del servidor público en lo individual.

En tal sentido se ha pronunciado la **Corte Interamericana de los Derechos Humanos**, como lo fue dentro de la sentencia del 15 de septiembre del 2005, *Caso Masacre Maripán Vs Colombia*:

“(…) 110.- el origen de la responsabilidad internacional del Estado se encuentra en “actos u omisiones de cualquier poder u órgano de éste, independientemente de su jerarquía, que violen la convención Americana y se genera en forma inmediata con el ilícito internacional atribuido al Estado. Para establecer que se ha producido una violación de los derechos consagrados en la Convención, no se requiere determinar, como ocurre en el derecho penal interno, la culpabilidad de sus autores o su intencionalidad, y tampoco es preciso identificar individualmente a los agentes a los cuales se atribuyen los hechos violatorios. Es suficiente la demostración de que ha habido apoyo o tolerancia del poder público en la infracción de los derechos reconocidos en la Convención, u omisiones que hayan permitido la perpetración de esas violaciones (….) 111.- (….) Los Estados partes en la convención tienen obligación erga omnes de respetar y hacer respetar las normas de protección y de asegurar la efectividad de los derechos allí consagrados en toda circunstancia y respecto de toda persona (….) La atribución de responsabilidad del Estado por actos de particulares (….)”.

Cuando el Estado, a través de algunas de sus instituciones, ha incurrido en responsabilidad debido a la conducta de cualquiera de sus funcionarios, es su obligación reparar las consecuencias de tal violación;

en el caso que nos ocupa, esta Procuraduría toma para los efectos de la presente resolución los criterios establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al aplicar el primer párrafo del artículo 63 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que establece lo siguiente:

“Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.”

La precitada Corte, en el Caso **Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras**, precisó que en los principios relativos a una eficaz prevención e investigación de las ejecuciones extralegales, arbitrarias o sumarias se establece que “las familias y las personas que estén a cargo de las víctimas de [esas] ejecuciones tendrán derecho a recibir, dentro de un plazo razonable, una compensación justa y suficiente”.

De acuerdo con la Corte Interamericana, la reparación del daño incluye generalmente lo siguiente:

“La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (restitutio in integrum), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, como en el presente caso, [...] corresponde [...] ordenar que se adopten una serie de medidas para que, además de garantizarse el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones y se efectúe el pago de una indemnización como compensación por los daños ocasionados en el caso pertinente.”

Al respecto, cabe recordar que desde sus primeras sentencias (**Caso Aloeboetoe y otros Vs. Surinam**), la Corte Interamericana ha reconocido que en muchos casos tal restitución es imposible, como puede ser en casos de violaciones del derecho a la vida:

“[...] en lo que hace al derecho a la vida no resulta posible devolver su goce a las víctimas. En estos casos, la reparación ha de asumir otras formas sustitutivas, como la indemnización pecuniaria [...]. Esta indemnización se refiere primeramente a los perjuicios materiales sufridos. La jurisprudencia arbitral considera que, según un principio general de derecho, éstos comprenden tanto el daño emergente como el lucro cesante [...]. También, la indemnización debe incluir el daño moral sufrido por las víctimas. [...]”

Asimismo, la naturaleza, criterios y montos de las reparaciones deben tomar en consideración las circunstancias del caso concreto; no implicar empobrecimiento ni enriquecimiento para las víctimas o sus familiares.

La Corte Interamericana, en sus resoluciones, ha establecido que se deberán considerar los ajustes por incremento a ese salario, la edad de la víctima directa y la expectativa de vida que esa persona pudo haber tenido, además de la indemnización que se origina, deberán tomarse en consideración otras medidas de satisfacción y garantías de no repetición de las violaciones a los derechos humanos.

Asimismo, la reparación del daño deberá incluir los gastos derivados de las terapias psicológicas o de otra índole que la víctima y los familiares más directos requieran con motivo del duelo por el fallecimiento de su familiar.

Por ello, como se expuso, derivado de los hechos motivo de la queja se han generado diversas afectaciones físicas, psicológicas y emocionales a los padres de la no nacida, algunas de las cuales sin duda han persistido a la fecha; por ello, las reparaciones también deben incluir la atención médica integral e individual, con inclusión de la psicológica y, de requerirse, psiquiátrica, siempre y cuando ellos así todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento, todo lo cual deberá incluir los exámenes, tratamientos y medicamentos que en cada caso se requieran, hasta el momento en que sean dados de alta por personal médico especializado.

Sirva así de fundamento:

1.- Los Principios y Directrices Básicas sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparación, cuyo **principio 20** establece:

*“La **indemnización** ha de concederse, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario, tales como los siguientes: a) El daño físico o mental; b) La pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; c) Los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; d) Los perjuicios morales; e) Los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos y servicios psicológicos y sociales”.*

2.- Los artículos 113 segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 123 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato y la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado y los Municipios de Guanajuato, esta última publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, número 4, segunda parte del día 7 de enero de 2005, constituyen ordenamientos jurídicos que prevén la posibilidad de que al acreditarse una actividad administrativa irregular (tal es el caso de la violación a derechos humanos acreditada en la presente resolución) atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado. Se entiende como actividad administrativa irregular aquella que cause daño a los bienes y derechos de las y los particulares que no tengan la obligación jurídica de soportar, en virtud de que no exista fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate.

Advertimos que en un Estado de Derecho el ámbito de acción de los Poderes Públicos está determinado por la ley, y los agentes estatales responden ante ésta por el uso de las facultades que expresamente se les confiere, de modo tal que el exceso u omisión en el ejercicio de las mismas erosiona el Estado de Derecho y actúa contra la democracia, sistema político que nos hemos dado las y los mexicanos.

Por ello, sostenemos válida y fundadamente que la responsabilidad en materia de Derechos Humanos es objetiva y directa, y va dirigida al Estado como ente jurídico-, y es distinta a la civil, penal o administrativa de la o el servidor público en lo individual o a la responsabilidad subsidiaria y solidaria del Estado y, en tal virtud, es integral y su alcance depende de cada caso concreto, para lo cual deben tomarse como parámetros para la reparación el daño material, moral y al proyecto de vida, el deber de investigación, de prevención, de sancionar a las o los responsables, y otras medidas adecuadas y suficientes.

Una vez que se ha acreditado una violación al derecho de acceso a la salud de **XXXXXXXXXX**, derecho sustantivo reconocido dentro del bloque de constitucionalidad mexicano, resulta necesario además recomendar la reparación del daño del mismo, esto de seguimiento con el propio artículo 1º primero de la Constitución Política tercer párrafo que señala como obligaciones del Estado: *Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.*

Ejercicio indebido de la función pública (Trato Indigno):

Esta figura es definida como el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica existente entre el Estado y sus gobernados, realizada directamente por un funcionario o servidor público, o indirectamente mediante su anuencia o autorización; y que afecte los derechos humanos de terceros.

-Imputación a la Enfermera General Elvira Puente Reyes

XXXXXXXXXX, también se dolió del Trato Indigno recibido por la enfermera **Elvira Puente Reyes**, por su actitud grosera, al reseñar:

“(...) Al llegar toqué en el área de urgencias y salió una enfermera de la cual no conozco su nombre y me dijo que si de verdad “traía los dolores o me estaba haciendo”, yo le dije que traía el flujo con sangrado y dicha enfermera en actitud grosera me cuestiona diciéndome “a ver cómo es el flujo, explícame”, yo le dije que traía un líquido con manchones de sangre; (...)”.

Al punto, Enfermera General **Elvira Puente Reyes**, (foja 231), reconoce haber sido ella quien abrió la puerta de urgencias, atendiendo en primer momento a quien se duele, confirmando el interrogatorio aludido por la afectada, al mencionar:

*“(...) efectivamente el día **2 dos de marzo** del presente año, yo me encontraba laborando en el área de urgencias con el Doctor Oscar Fernando Castañeda, recuerdo que eran las **15:00 quince horas cuando tocaron a la puerta del área de urgencias**, y cuando normalmente los médicos están ocupados nosotros como enfermeras nos corresponde abrir la puerta; en esta ocasión **yo abrí y encontré a XXXXXXXXX la cual me indicó que tenía dolores, que tenía sangrado, a lo cual yo le dije que me explicara cómo eran esos dolores y cómo el sangrado, a lo que ella me respondió que tenía salida de líquido, a lo cual le pedí que me explicara cómo era ese líquido si era agua o flujo, a lo cual no me responde, pero aun así entro con el Doctor Oscar Fernando y le explico cómo está una paciente, es cuando él me da indicaciones de que haga un espacio para poderla pasar, (...)”** (énfasis añadido).*

De tal cuenta, se aprecia que la Enfermera General **Elvira Puente Reyes**, interrogó sobre sus padecimientos a la paciente, evitando su canalización al Médico presente, siendo éste quien interviene para el ingreso y atención de la paciente, con la consecuencia de evitar trato cordial y empático con la paciente, brindando por el contrario, un trato indigno a **XXXXXXXX**, quien como paciente le asistió el derecho ignorado por el imputado, previsto en el artículo 51 de la **Ley General de Salud**, así como el artículo 50 de la **Ley de Salud del Estado de Guanajuato**, que disponen indistintamente:

“(…) Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnico y auxiliares (…).”

En consecuencia, resulta pertinente tener por acreditado que la Enfermera General **Elvira Puente Reyes**, **Ejerció Indebidamente su Función Pública** en la modalidad de **Trato Indigno** en agravio de **XXXXXXXX**.

Primera Mención Especial

Irregularidad en la Integración del Expediente Clínico

Cabe asentar además la irregularidad en la integración del expediente clínico de la afectada, agregado al sumario, al ser remitido por el Doctor **Luis Antonio Chimal Cisneros** Director del Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato, mismo que se aprecia en **desorden cronológico y notas medicas alteradas** (*letras sobre puestas, números sobrepuestos, con tachaduras, remarcación de letras y números, alterando la nota médica, pues se observa que se agregó un párrafo entre dos frases del texto*), así como notas médicas **ilegibles**, en las cuales se encuentran glosados a fojas (107 a 228, 244 a 295), del sumario.

Luego, no se cubren las exigencias establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, en el punto 4.4 **Expediente Clínico**. *Al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social, o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagen lógicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención medica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.*

6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad. Deberá contar con: **6.1 Historia Clínica.** *Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:*

6.1.1 Interrogatorio.- *Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.*

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: *habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específica mente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.*

6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de otras sustancias psicoactivas); 6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario. 6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; 6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos; 6.2.5 Pronóstico; 6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad. 6.3 Nota de Interconsulta. La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con: 6.3.1 Criterios diagnósticos; 6.3.2 Plan de estudios; 6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento.

Existen **notas medicas alteradas con varios errores**, en este sentido se observó que las notas médicas de fecha 2 dos de marzo del año en curso, que realizó la Doctora Rosa Linares Valdez, existen letras sobrepuestas, números sobrepuestos, con tachaduras, alterando la nota médica, como así se observa en la nota médica que obra foja (111 y 249).

Con lo cual advertimos que la citada Doctora **Rosa Linares Valdez**, adscrita al Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato, no debió alterar ni remarcar números y letras de sus notas médicas, pues en las mismas se observan tachaduras y enmendaduras, pues cada médico debe de responder por lo que establece en la citada nota médica, sin que la misma sea alterada, lo que conlleva incertidumbre respecto sobre el estado de salud de la paciente y el tratamiento a aplicar.

Por lo tanto, la profesionista de marras, adscrita al Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato; dejó de observar lo que establece la Norma Oficial Mexicana 004, contenida en el punto **5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apearse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.**

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 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.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Son ilegibles. Efectivamente del expediente clínico que se encuentra glosado al sumario, se advierte que existen notas médicas completamente ilegibles como las que obran a foja (170, 172, 174) de las cuales no se puede conocer el contenido de los mismos a simple lectura, cuando su obligación es contar con un expediente clínico ordenado y de fácil acceso a su lectura.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

6.2 Nota de Evolución.

7. De las notas médicas en urgencias.

7.1 Inicial. Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente: **7.1.1** Fecha y hora en que se otorga el servicio; **7.1.2** Signos vitales; **7.1.3** Motivo de la atención; **7.1.4** Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; **7.1.5** Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; **7.1.6** Diagnósticos o problemas clínicos; **7.1.7** Tratamiento y pronóstico. **7.2** Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

Segunda Mención Especial

Carencia de personal e infraestructura en el Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato

Los hechos que nos han ocupado advierten las carencias para el debido funcionamiento del **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**, como lo es la falta de especialista en Ginecología y Obstetricia dentro de la Unidad Médica, para la cobertura de servicio diario y nocturno.

Al punto, recordemos que el Médico General **Luis Felipe González Hilario**, relató la falta de personal y equipo al citar:

“(...) quiero mencionar que en el Hospital Comunitario de Villagrán el número de usuarios rebasa la capacidad del servicio del Hospital porque no se cuenta con suficiente personal médico, ni de enfermería para dar toda la calidad que el usuario requiere de nosotros, ejemplo de ello es que a mí me corresponde atender el área de toco cirugía, el área de hospitalización y cirugías, y en ocasiones cuando el servicio de urgencias está rebasado tengo que entrar a apoyar al servicio de urgencias, (...) el equipo obstétrico no está completo porque no hay Pediatra, tampoco hay banco de sangre, ni Terapia Intensiva, por lo tanto al carecer de estos servicios no puede tenerse como un hospital de segundo nivel, (...)”.

Al igual que lo refirió la Médica Cirujana y Partera **Rosa Linares Valdéz**, al atender a los diversos cuestionamientos efectuados por personal de este Organismo:

“(...) A LA OCTAVA.- Para que nos diga cuántas área de expulsión cuenta el Hospital Comunitario. CONTESTA: Que un área de expulsión y un quirófano, tampoco se cuenta con enfermera instrumentista en el turno nocturno, ni tampoco anestesiólogo. (...)”.

“(...) A LA DÉCIMA SEGUNDA.- Para que nos diga si el Hospital Comunitario cuenta con un protocolo de atención materno infantil. CONTESTA: Que el Hospital Comunitario nunca desde que ingresé me entregó ningún protocolo de atención materno infantil, en el área de toco y digitalización no he visto ningún manual, solamente lo he visto en el área de urgencias y doctrinariamente conozco la Norma Oficial de Salud. (...)”.

“(...) A LA DÉCIMA TERCERA.- Para que nos diga con cuánto personal médico y de enfermería se cuenta en el turno nocturno del Hospital Comunitario de Villagrán. CONTESTA: Un médico, dos enfermeras, una de ellas adscrita al área de hospitalización y la otra para el área de toco cirugía, y un médico para el área de hospitalización y toco cirugía, y para el área de urgencias (...)”.

solamente un médico y una enfermera, no se cuenta con camilleros, no se cuenta tampoco con sistema de circuito cerrado, siendo todas las preguntas que se formulan al respecto (...)”.

Situación de facto que debe ser atendida por la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, atentos a lo dispuesto en el **Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**, cuando alude: “(...) **Artículo 10.- Derecho a la Salud.** I. *Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.* II.- *Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar ese derecho:* a.- *la atención primaria de la salud, entendido como tal, la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.* B. *la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.* (...)”.

Así como a la **Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente**, adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995, y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005; en la que establece en los principios 1 uno y 10 diez, lo que a continuación se transcribe:

“(...) PRINCIPIO 1. Derecho a la atención médica de buena calidad.- a. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.- b. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior (...) d. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos (...)”.

De la misma forma y a nivel local, se cuenta con la **Carta de los Derechos Generales de los Pacientes en el Estado de Guanajuato**, en la que se establece la obligación por parte del personal de salud de proporcionar dicha carta al paciente, para que conozca los derechos contenidos en la misma, siendo importante citar lo que a continuación se transcribe.

“(...) TODO PACIENTE QUE RECIBA ATENCIÓN MÉDICA EN EL ESTADO DE GUANAJUATO, DEBE CONOCER Y HACER USO DE ESTOS DERECHOS. SI POR ALGUNA RAZÓN NO LOS CONOCE O NECESITA AYUDA, EL PERSONAL DE SALUD DEBERÁ PROPORCIONÁRSELA (...)”.

“(...) 1.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD, UN TRATO DIGNO Y RESPETUOSO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD, SIN DISTINCIÓN DE RAZA, RELIGIÓN, SEXO, NACIONALIDAD, IMPEDIMENTOS FÍSICOS U ORIENTACIÓN SEXUAL.- El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención.- También tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, le otorguen un trato digno con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes (...)”.

Lo anterior, de la mano con la observación de la Comisión Interamericana de Derecho Humanos en el apartado denominado **ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS**, que establece el deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad

física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas.

Por su parte, el **Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer** estableció específicamente la obligación de los Estados de garantizar el derecho de las mujeres a servicios de maternidad gratuitos asignando para ello el máximo de recursos disponibles; concretamente, en la **Recomendación General 24, La Mujer y la Salud** anotó: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.

En la **Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo** realizada en El Cairo en 1994 mil novecientos noventa y cuatro, más de 171 ciento setenta y un Estados, entre ellos México, acordaron los siguientes objetivos en relación a la salud de las mujeres y la maternidad:

“Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones”.

Lo anterior en relación con lo estipulado por la Norma Oficial **NOM-007-SSA2-1993**, que dicta obligación de aplicación para todo personal de las unidades de salud del sector público, así como la obligatoriedad de que toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con el procedimiento para atención del parto en condiciones normales, que en la especie, se aprecia carece el Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato.

“(…) 2. Campo de aplicación. Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

5.4 Atención del parto. 5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales (…)”.

Todo lo cual soporta recomendar a la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, la realización de las gestiones necesarias para que el Hospital Comunitario de Villagrán, cuente con el personal suficiente y debidamente capacitado, la infraestructura y equipamiento que brinde una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes, según su clasificación de acuerdo al artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud; atentos al estándar internacional que establece que los Estados deben proporcionar

los servicios de salud en condiciones adecuadas y seguras, que garanticen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los mismos.

Tercera Mención Especial

Sistema de Urgencias Médicas de Guanajuato

De acuerdo al cúmulo de evidencias que obran en el sumario se advierte que la Doctora **Rosa Linares Valdez**, el día **tres de marzo del año en curso**, llamó al Sistema de Emergencias del Estado de Guanajuato a efecto de que hicieran el traslado de la recién nacida, hija de **XXXXXXXX**.

De acuerdo con lo manifestado por el paramédico **Manuel Gasca Gómez** (foja 318), quien señaló que efectivamente ellos llegaron al Hospital Comunitario de la ciudad de Villagrán, Guanajuato, a las **4:27** horas, refiere que la ambulancia nunca salió del hospital porque la bebé entró en paro, y se le tuvo que bajar para que se le atendiera en urgencias y ahí es cuando fallece, y al atender al cuestionamiento de personal de este Organismo, ciñe que no cuentan con todo lo necesario para sacar de paro a un recién nacido, ya que citó:

“(...) DÉCIMA TERCERA.- Para que nos diga si dentro de la ambulancia llevan medicamentos, entre ellos: adrenalina y todo lo referente para sacar de un paro a un recién nacido. CONTESTA: No. (...)”.

También señaló que tiene un año como paramédico, y que lleva de tres a cuatro capacitaciones por parte del Centro de Capacitación de Técnicas en Emergencias Médicas de la Secretaría de Salud y por parte de un neonatólogo del Hospital General de León, mismo que niega haber llamado por radio cuando la bebé entró en paro arriba de la ambulancia.

Pero tal circunstancia es desvirtuada con lo manifestado por la enfermera **Máyela González Álvarez**, quien a pregunta expresa por parte de este Organismo sobre cuánto tiempo transcurrió desde que subieron a la bebé a la ambulancia y la volvieron a bajar al área de urgencias, a lo que manifestó que treinta minutos; agregando además que la ambulancia no salió del Hospital por no contar con la hoja de referencia, y luego la bebé entró en paro. De igual manera, dijo a pregunta expresa, señaló, que cuando la bebé entró en paro, el paramédico se concretó a llamar a su central, en donde le indican que la bajara al área de urgencias y ahí es cuando muere la bebé.

Lo anterior es confirmado por el chofer de la Unidad del SUEG **Armando González Cázares** (foja 327), quien dijo ante este Organismo que el único que traía radio ese día era el paramédico, **Manuel Gasca** y que fue quien llamó por radio para reportar a la central que la bebé había caído en paro, y le indicaron bajar a la bebé al área de urgencias.

Observándose además que la enfermera **Máyela González Álvarez**, fue quien daba ventilación con el ambu, a la recién nacida, ya dentro de la ambulancia, y fue ella la que le avisó al paramédico que la bebé había caído en paro, porque éste se encontraba haciendo anotaciones en la bitácora y después de esto, lo que hizo fue reportar a la central vía radio, dándole indicaciones de que la bajara al área de urgencias donde finalmente falleció.

Luego entonces, se advierte que en el presente caso la ambulancia destacada no contaba con el equipo requerido para atender sucesos como el que nos ha ocupado, de acuerdo al Proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010: “(...) 5.2.1.2.12.- *Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de emergencia obstétrica a las unidades de Atención con capacidad resolutive adecuada (...)*”.

En mérito de lo anteriormente expuesto en razones y fundado en derecho, resulta procedente emitir las siguientes conclusiones:

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya a quien corresponda, inicie o en su caso concluya, procedimiento disciplinario en contra del personal médico: **Jorge Antonio Gutiérrez Chacón, Oscar Fernando Castañeda Rojas, Luis Felipe González Hilario y Rosa Linares Valdéz**, adscritos al **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**, lo anterior derivado de la imputación efectuada por **XXXXXXXX**, misma que hizo consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** cometida en su agravio.

SEGUNDA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya a quien corresponda, el inicio de procedimiento disciplinario en contra de la enfermera general **Elvira Puente Reyes**, adscrita al **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**, respecto de la imputación efectuada por **XXXXXXXX**, que hizo consistir en **Ejercicio Indebido de la Función Pública**, en la modalidad de **Trato Indigno**, cometida en su agravio.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que adopte las medidas legales y administrativas necesarias, con el propósito de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la Salud, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, verificando que la **Unidad Médica Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**, así como el **Sistema de Urgencias Médicas de Guanajuato (SUEG)** se encuentren dotados permanentemente del personal suficiente y capacitado, así como de la infraestructura y equipamiento que brinde una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes.

CUARTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos, emite Recomendación al **Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que gire instrucciones a quien corresponda y se indemnice pecuniariamente como forma de Reparación del Daño a **XXXXXXXX**, por la violación a sus derechos humanos a causa de los actos atribuidos al personal médico del **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**.

QUINTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos, emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se instruya a quien corresponda, a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requiera la quejosa **XXXXXXXX** y los familiares más directos que lo necesiten respecto de las afectaciones físicas y emocionales que haya sufrido a consecuencia de los hechos que nos ocuparon, siempre y cuando ellos así todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento, todo lo cual deberá incluir los exámenes,

tratamientos y medicamentos que en cada caso se requieran, hasta el momento en que sean dados de alta por personal médico especializado.

SEXTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, a efecto de realizar las acciones conducentes para que el personal adscrito a la Unidad Médica del **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**, adopte las medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que sean generados con motivo de la atención médica, se encuentren debidamente integrados y protegidos conforme a la normatividad aplicable.

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

Notifíquese a las partes y, téngase como asunto totalmente concluido.

Así lo resolvió y firmó el **Licenciado GUSTAVO RODRÍGUEZ JUNQUERA**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.