

León, Guanajuato; a los 26 veintiséis del mes de julio de 2016 dos mil dieciséis.

VISTO para resolver el expediente número **199/15-A**, relativo a la queja formulada por **XXXXX**, por hechos que consideró violatorios de sus derechos humanos, mismos que atribuyó a personal del Hospital de Especialidades Materno Infantil de la ciudad de León, Guanajuato.

CASO CONCRETO

I. Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por dependencias del Sector Salud.

XXXXX se inconformó en contra de la médica **Adriana Casas Navarro**, pues consideró que debido a una negligencia por parte de dicha funcionaria pública del Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato, en el alumbramiento de su hijo en fecha 20 veinte de mayo del 2015 dos mil quince, omisiones que derivaron en el fallecimiento del bebé.

Se tiene probado y no controvertido que efectivamente la señora fue atendida médicamente en el Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato el día 20 veinte de mayo del 2015 dos mil quince; asimismo no existe controversia de que el niño **N1** falleció el día 30 treinta de junio del año 2015 dos mil quince, a causa de estatus epiléptico, encefalopatía hipóxico isquémica y asfixia perinatal severa, ello de conformidad con el certificado de defunción **XXXX** (foja 04).

La autoridad estatal en el informe rendido por el doctor **Aníbal Hernández Mendoza**, coordinador de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, reconoció que la Secretaría de mérito, atendió a la aquí quejosa en el alumbramiento del niño **N1** el día 20 veinte de mayo del 2015 dos mil quince, proceso que resultó con complicaciones, sin embargo dichas dificultades en el alumbramiento, según el dicho de la autoridad, no son imputables a funcionarios públicos de la Secretaría de Salud Estatal, pues apuntó:

“...La paciente antes mencionada, se presentó al servicio de urgencias de gineco-obstetricia el día 20 de mayo del presente año con diagnóstico de embarazo de 39.3 semanas + cesárea previa + trabajo de parto, presentando 4 centímetros de dilatación, frecuencia cardíaca fetal de 146 latidos por minuto, pelvis adecuada para parto vaginal, por lo que se ingresó a sala de labor para prueba de trabajo de parto.

Cabe hacer mención, que en el partograma se encuentran registradas las revisiones tanto de la frecuencia cardíaca fetal así como dilatación cervical y actividad uterina cada hora, como lo marcan las guías de la práctica clínica.

Posteriormente, la paciente XXXXX pasó a sala de expulsión a las 14:45 horas, el parto se presentó a las 15:00 horas, del cual se obtuvo un producto del sexo masculino de 3,900 gramos, apgar no valorable, sin esfuerzo respiratorio que requirió maniobras de reanimación avanzadas y pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnóstico de asfixia severa perinatal.

De acuerdo a lo indicado en la atención del parto en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 que se refiere a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio así como la Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014 y como se puede corroborar en el expediente clínico que obra en los archivos de la Unidad Médica, la atención a la paciente XXXXX, fue la indicada en tiempo y forma de manera ética y en respeto a los Derechos Humanos de la paciente.”...

En este orden de ideas se recabaron una serie de entrevistas realizadas a personal del Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato quienes manifestaron o no haber tenido conocimiento de los hechos, o bien, considerar que la atención brindada fue la adecuada, pues cada uno de ellos expuso:

Jorge Flores Hilario:

“...así las cosas aproximadamente a las 14:45 horas la doctora Casas me estaba entregando físicamente el turno por lo que pasamos con la quejosa y ahí la doctora Casas rectifica y me dice que ya estaba completa para trabajo de expulsión la quejosa, además recuerdo que estaban tratando de encontrar la frecuencia cardíaca del producto, con un cardio tocógrafo, y cuando lo hicieron si no mal recuerdo fue de 110 latidos, el cual estaba bajo pero no era alarmante, ya que el rango normal oscila entre 120 y 160, por lo anterior indiqué que inmediatamente llevaran a la quejosa a la sala de expulsión y la prepararan, recuerdo que no tardó casi nada pues el bebé nació aproximadamente a las 15:00 horas ya que incluso el producto estaba perineando es decir ya se asomaba el cuero cabelludo y al segundo esfuerzo o pujido de la quejosa nació el bebé, quien traía el cordón umbilical enredado en su cuello y nació flácido, sin esfuerzo respiratorio es decir que no lloró, por lo que dije que el bebé estaba flácido para que lo supiera la pediatra que en este caso era la doctora de apellido Batta, sin embargo ya no supe que hicieron con el bebé, ya que yo me enfoqué a los cuidados de la quejosa, es decir a atenderle el alumbramiento, extrayendo los residuos que quedan, sin embargo si escuché que la doctora Batta pidió frecuencia cardíaca del

bebé y le respondieron que era de 70 latidos, así las cosas yo me retiré del lugar sin saber más...”

Juana Patricia Goytortua González:

*“...aproximadamente a las 11:30 horas, así las cosas digo que dicha analgesia se pone después de que las pacientes tienen 5 centímetros de dilatación, sin poder precisar cuántos centímetros de dilatación tenía la quejosa, pero como dije mínimo tenía 5, siendo esta la única interacción que tuve con la quejosa, sin embargo debo decir que la mayor parte del tiempo me la pasé junto con la doctora **Casas** en la sala de expulsión realizando legrados y partos naturales, y el tiempo que estuve en la sala de labor yo no observé que la doctora **Casas** le hablara mal a ninguna paciente incluyendo a la quejosa, además tampoco observé que todo el tiempo estuviera viendo su celular, ya que lo que me consta es que estaba revisando a las pacientes...”*

Luz María Roa Camarena:

*“...en la mañana acudió la quejosa, ya que traía dolor y contracciones por lo que yo la ingresé al área de toco cirugía, en la que se encontraba la doctora **Adriana Casas**, ya que era la única médico ginecóloga que estaba en esa área, lo anterior por que el día referido era un día festivo no oficial que era el día de la Virgen de la Luz, así las cosas yo continué con mi labor ingresando a más pacientes que llegaron al lugar, sin recordar cuántas pacientes más ingresé al servicio de toco, continuando con mi relato digo que después de pasar a la quejosa al área referida ya no supe que pasó con ella...”*

Iván Raya:

*“...que yo desconozco los mismos ya que el día 20 de mayo del presente año ingresé a laborar al hospital materno infantil a las 14:00 horas y en esa ocasión estuve asignado al servicio de toco cirugía, dicho servicio se divide en dos áreas, el área de trabajo de parto y salas de expulsión que es donde se atienden los partos naturales o vía vaginal, y la otra área son los quirófanos en donde se atienden las cesáreas, retomando mi relato refiero que yo estuve en el área de quirófanos atendiendo las cesáreas y mi compañera **Adriana Casas** estuvo asignada a trabajo de parto y salas de expulsión, aunque en el turno matutino, por esa razón ella fue la que atendió a la quejosa...”*

Jaqueline Alvarado Mata:

*“...no me di cuenta de que la doctora **Casas** tratara mal a alguna paciente o a la quejosa, tampoco observé si estaba manipulando su teléfono celular, también refiero que no recuerdo que tantos pacientes estaba atendiendo la doctora **Casas**, pero sí observé que tanto la doctora **Casas** como los internos, de los que desconozco sus nombres, estaban dando atención a la quejosa...”*

Paola Guadalupe Cabrera Gómez:

*“...entre las pacientes que estaban en esa área se encontraba la ahora quejosa, pero no hablé mucho con ella solamente en compañía de la pasante de enfermería de nombre **Paola** de la que no recuerdo sus apellidos le preguntamos sobre cómo se sentía y ella respondió que bien, sin que me refiriera que hubiera sido tratada de mala manera por la doctora **Casas**, ni que se sintiera mal o tuviera algún problema, así mismo la pasante le tomó la frecuencia cardíaca a la quejosa, y no le tomamos la frecuencia al feto porque esto lo deben de hacer los médicos, es decir no es trabajo de las enfermeras, a menos que no hubiera ningún médico, así las cosas, solamente le medimos los signos vitales a la quejosa una vez porque después llegó el médico gineco obstetra de la tarde que se llama **Hilario Flores** y él al revisar a la quejosa dio la orden de que la llevaran a la sala de expulsión (...) que yo no observé que la doctora **Casas** tratara de mala manera a la quejosa...”*

Celene Noemí Hernández Razo:

*“...debido al tiempo que ha transcurrido desde que sucedieron los hechos es que no recuerdo exactamente lo que me dijo, el caso es que entre mi compañera **Paola Cabrera** y yo le tomamos los signos vitales y posteriormente la revisó creo que el doctor **Iván Raya**, quien le hizo un ultrasonido y un monitoreo fetal, con un tococardiógrafo, y posteriormente la pasó al servicio de toco cirugía, ya en ese servicio desconozco la atención que se le hubiera brindado porque como dije yo estuve asignada a urgencias...”*

Jorge Jaramillo Gil:

*“...recuerdo un poco de lo que sucedió ese día, ya que yo estaba en la sala de expulsión a la que pasaron la quejosa para que naciera su bebé, fue atendida en esa sala por el doctor **Hilario Flores**, también estaban unos internos en medicina, de los que no recuerdo su nombre, una pasante en enfermería de nombre **Karina**, la cual ya salió de su servicio, así mismo estuvo la pediatra que solamente sé que se apellida **Bata**, sin embargo no estuve exactamente en la mesa de expulsión ya que yo estaba en el área de termo cuna (...) escuché que el doctor **Flores** dijo que el bebé nació sin respiración y se lo pasó al interno y el interno lo acomodó en la termo cuna, ahí estaban los pediatras que eran el neonatólogo de quien desconozco su nombre y apellidos y también estaba la pediatra de apellido **Bata**, y observé que le comenzaron a practicar maniobras de reanimación cardiopulmonar al*

bebé, siendo estas ventilación a presión positiva con una bolsa de aire o ambu, y como no respondió lo intubaron entre los dos doctores que referí, y lo pasaron al servicio de unidad de cuidados intensivos neo natales (UCIN), y fue todo lo que supe...”.

Guadalupe Rodríguez Torres:

“...desconozco totalmente los hechos de los que se inconforma la quejosa ya que mi intervención fue atenderla únicamente en el área de recuperación, que es el lugar al que se llevan a las pacientes después de tener un parto...”.

Adelina Fuentes Ramírez:

“...respecto a los hechos que se mencionan en la queja los desconozco totalmente ya que el día 20 de mayo del presente año si estuve laborando pero estuve asignada a piso que es el lugar en donde se encuentran hospitalizados los pacientes, y además como ya lo referí ingreso a laborar a las 20:00 horas y según narró la quejosa los hechos tuvieron lugar en la mañana y en la tarde, también refiero que no recuerdo a la quejosa porque son a varias personas a las que se atienden...”.

Juana María Celia Escobar Tovar:

“...quiero mencionar que desconozco lo hechos a los que se refiere la quejosa ya que yo estoy asignada a piso, y los mismos tuvieron lugar en el servicio de toco cirugía, que está independiente de piso, por lo tanto no soy testigo de la atención que se le brindó a la quejosa...”.

Beatriz Guadalupe Araiza Arreola:

“...el mes de mayo en que sucedieron los hechos de los que se duele la quejosa yo estaba asignada al servicio de hospitalización o también conocida como piso, el cual es independiente del área de toco cirugía, que es donde se desarrolla la labor de parto y se atiende le nacimiento del niño ya sea natural o bien por cesárea, es importante referir que el día 20 de Mayo del presente año si estuve laborando, y por lo anterior digo que yo no puedo referir nada respecto a los hechos que se investigan ya que como dije no estuve presente en el servicio de toco cirugía...”.

Sandra Paola Ramírez Cervantes:

“...el único contacto que tuve con la quejosa fue tomarle los signos vitales, los cuales eran normales, así mismo le pregunté si sentía movimientos fetales y también me dijo que sí, aclaro que esta paciente, es decir la quejosa, se encontraba físicamente en una camilla que se ubicaba exactamente enfrente del escritorio de la doctora **Casas** quien estaba sentada en el mismo, pero no me fijé que era lo que estaba haciendo, así mismo recuerdo que había varios médicos residentes o internos que estaban atendiendo a la quejosa ya que yo observé que estaban rodeando a la quejosa, pero no puedo precisar cuántos eran ni tampoco alcancé a observar que atención le daban ya que como dije estaban rodeando la camilla, esto fue aproximadamente entre 14:15 o 14:30, sin embargo aproximadamente a la hora mencionada me ocupé en la atención de otra paciente por lo que ya no observé que más sucedió con la quejosa, solamente me di cuenta que llegó el doctor **Flores** y escuché que dio la indicación de que pasaran a la quejosa a la sala de expulsión, pero ya no supe que pasó adentro de ese lugar, el doctor **Flores** llegó entre 14:30 y 14:40 horas, por último aclaro que yo desconozco la manera en que la doctora atendió a la quejosa ya que como dije entré a laborar a las 14:00 horas...”.

Sandra Karina Calderón Casimiro:

“...observé a la ahora quejosa que estaba en una camilla exactamente enfrente del escritorio donde estaba la doctora **Casas**, recuerdo también que la quejosa estaba rodeada de médicos internos y la doctora estaba enfrente de ellos sentada en su silla sobre el escritorio pero no me fijé que estaba haciendo ya que esto lo vi de manera pronta porque ese día yo estaba asignada a la sala de expulsión y solamente pasé rápido por el área de labor de parto, cuando estuve en la sala de expulsión la limpié y cuando salí ya no vi a la doctora **Casas** solamente vi que el doctor **Flores** que es ginecólogo ya había llegado y escuché que este doctor dijo que iba a pasar una paciente a la sala, entonces llevaron a la quejosa a la sala y comenzó el parto yo acomodé el instrumental necesario para el parto, aclarando que el doctor me informó que necesitaba fórceps y recuerdo que yo si los llevé e incluso los abrí, pero no recuerdo si los utilizó el doctor, además digo que en el parto participaron el doctor Flores, el enfermero **Jorge Jaramillo**, como pediatra la doctora **Batta**, y algunos médicos internos sin recordar el número exacto ni sus nombres, el caso es que cuando nació el bebé no lloró y tenía complicaciones respiratorias ya que incluso recuerdo que tenía un color amoratado como cuando están cianóticos, estaba flácido y el doctor se lo pasó a la pediatra, pero no recuerdo si le dijo a la pediatra que el niño estaba mal de salud, el caso es que la doctora **Batta** atendió al niño y ya no me fijé, porque me dijeron que le hablara a un neonatólogo que se apellida **Aldana** y labora en ese hospital quien no demoró nada y pasaron al niño a la UCIN o Unidad de cuidados intensivos, sin saber que más sucedió con el bebé, por último digo que yo fui quien llenó la parte de instrumental utilizado en el parto dentro de la hoja de enfermería peri operatorio en la que anoté como dije el instrumental utilizado, en el que incluí el fórceps que me solicitó el doctor **Flores**, del que como dije no recuerdo si lo utilizó...”.

Martha Alicia Batta González:

“... durante el parto se dio la atención necesaria a la paciente y su menor hijo y como dije cuando nació ya venía mal con problemas de asfixia, dicho problema se originó anterior a la atención que brindamos en el alumbramiento, y es posible que pudiera ser causado por el cordón enredado ya que en ocasiones se enreda demasiado de manera que no pasa la sangre por el mismo y trae como consecuencia la asfixia, pero aclaro que no puedo precisar cuál hubiera sido el problema que le ocasionó la asfixia al bebé ya que también pudo haber sido otro problema...”.

Finalmente la médica **Adriana Casas Navarro** aceptó haber atendido a la aquí quejosa, y que en el proceso de alumbramiento a la que fuera sujeta se presentaron complicaciones, mismas que afirmó no eran imputables al personal médico ni a la propia funcionaria, pues refirió que la atención que se le brindó fue la adecuada.

Así, hasta ahora se encuentra acreditado que **XXXXX** fue atendida por la médica **Adriana Casas Navarro** del Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato, en el alumbramiento de su hijo el día 20 veinte de mayo del 2015 dos mil quince.

También se encuentra probado que en dicho proceso médico se presentaron complicaciones con el recién nacido, las cuales derivaron en el fallecimiento del niño **N1** el día 30 treinta de junio del año 2015 dos mil quince, a causa de estatus epiléptico, encefalopatía hipóxico isquémica y asfixia perinatal severa.

El punto de divergencia es entonces sobre si la autoridad brindó o no la atención adecuada, cuestión eminentemente técnica, para lo cual esta Procuraduría solicitó apoyo a la **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, la cual de conformidad con las pruebas glosadas al expediente de la oficina de este ombudsman, emitió la opinión médica XXX en la que concluyó que sí se encontró una mala praxis por parte de la autoridad estatal, a saber:

3. ¿Refiera si del estudio del expediente clínico se advierte alguna mala práctica u omisión por parte del personal médico que atendió a la quejosa que trajera como consecuencia la asfixia del bebé?

Sí se advirtieron omisiones, las mismas fueron establecidas en el apartado de consideraciones o análisis.

4. ¿Refiera si se advierte alguna indebida integración del expediente clínico?

Del análisis del expediente clínico se advierte que este no se encuentra debidamente integrado en base al APENDICE A (Informativo) del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-201 2.

6. ¿Refiera si en el expediente clínico se aprecia que la frecuencia cardíaca fue monitoreada conforme a la respuesta anterior?

De acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993. La frecuencia cardíaca fetal no fue registrada como se establece en la norma oficial mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio, citada...

9. ¿Los medicamentos suministrados a la paciente durante su trabajo de parto fueron los adecuados?

No existe justificación para la administración de oxitocina, ya que esta tiene indicaciones específicas las cuales no fueron signadas en el expediente, además no se advierte la información ni el consentimiento a la paciente de los riesgos y/o beneficios en la administración de dicho medicamento.

10. ¿La atención, cuidados y monitoreo a la paciente y su bebé durante el trabajo de parto fueron los adecuados?

No por las observaciones realizadas en apartado de análisis.

11. ¿Es posible prevenir la asfixia perinatal severa?

Sí, puede prevenirse.

12. En caso de que la respuesta al cuestionamiento anterior fuera afirmativa, ¿de qué manera se puede prevenir?

Se debe realizar una valoración adecuada y vigilancia estrecha del trabajo de parto, de acuerdo a la normatividad aplicable, mediante la identificación y tratamiento oportuno de las condiciones que afectan el bienestar fetal, previniendo una eventual asfixia perinatal y sus complicaciones.

14. En el presente caso, ¿se podía haber detectado la asfixia?

Sí pudo detectarse, mediante la monitorización continua y vigilancia estrecha del trabajo de parto y de las condicionantes maternas fetales, las cuales no se realizaron o no se encuentran documentadas ni registradas en el expediente clínico.

15. En el presente caso, ¿Qué fue lo que ocasionó al bebé la asfixia perinatal severa?

Se aprecian diversos factores obstétricos, el uso de medicamentos como la oxitocina, trabajo de parto prolongado o precipitado, presencia de circular del cordón umbilical, estos a su vez contribuyeron para que se desarrollara una baja frecuencia cardíaca fetal (bradicardia) con lo consiguiente hipoxigenación y asfixia.

16. ¿La gasometría que se realizó al cordón umbilical del bebé, está dentro de los valores normales?

No.

17. ¿Conforme al estudio del expediente clínico, el parto fue atendido en tiempo? Es decir, ¿la quejosa fue enviada a sala de expulsión en el tiempo adecuado según la dilatación y condiciones que presentaba la quejosa y el producto?

No fue adecuado el tiempo en el que se determina su ingreso a la sala de expulsión, primero se debió intentar la reanimación fetal in útero, ante el fracaso de la misma, debió realizarse la operación cesárea de urgencia ante el compromiso del bienestar fetal...

20. ¿Era imperioso que el feto naciera por vía vaginal, o según las condiciones que presentaba la quejosa era recomendable realizar una cesárea?

Los antecedentes obstétricos y de acuerdo a la vigilancia previa del embarazo no se contraindicaba el trabajo de parto por vía vaginal, sin embargo durante el trabajo de parto se suscitaban condicionantes como, el trabajo de parto prolongado y estacionario, la circular de cordón apretada al cuello del producto, que desencadenaron la presencia de sufrimiento fetal, debido a lo anterior era obligatorio valorar la realización de operación tipo cesárea para la resolución del parto.

26. ¿Era necesario en el presente caso realizarle ultrasonido a la quejosa para conocer el estado del feto?

Sí estaba indicado, debido a la evolución del trabajo de parto y sus condicionantes mencionadas previamente.

27. ¿Con que frecuencia se tenía que medir el latido cardíaco del feto según las características que presentaba la quejosa, es decir, tomando en cuenta la cesárea previa, medicamentos etc.?

De acuerdo a la NOM-007 cada 30 minutos antes de la administración de la oxitocina, posterior a la administración de esta tenía que realizarse una monitorización continua de manera continua de acuerdo a la guía de práctica clínica correspondiente.

28. ¿Con que aparato se debió de medir los latidos cardíacos del feto?

Antes de la administración del medicamento denominado oxitocina y de acuerdo a la normatividad aplicable la verificación del latido fetal puede ser con doppler fetal de manera intermitente, posteriormente a la administración de la misma debe ser continua con cardiotocógrafo.

29. ¿En el presente caso, y conforme a las dos respuestas anteriores refiera si la medición de los latidos del feto se realizó con un instrumento o aparato correcto, así mismo si la frecuencia con la que se realizó fue la correcta?

Se advierten registros de toma de frecuencia cardíaca fetal en el parto grama, sin que se especifique con que instrumento se realizaron, los mismos no tienen apego a la normatividad aplicable...

32. Refiera si del estudio del expediente clínico de la paciente, así como del expediente clínico de su menor hijo se puede establecer la causa de la asfixia severa?

Fue condicionada por sufrimiento fetal agudo, el cual debió ser detectado y atendido durante la evolución del trabajo de parto.

De las conclusiones dadas por la **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico** se acredita que efectivamente existió una atención médica inadecuada hacia el binomio compuesto por **XXXXX** y su hijo, tal y como no atender las precipitadas señales de alarma, utilización indebida del medicamento conocido como oxitocina y el no seguimiento de los estándares establecidos por normas oficiales mexicanas; lo cual fue profundizado en el apartado de análisis de la opinión médica, en la cual se expuso:

“...En el caso que nos ocupa no fueron identificados a través de la historia clínica, como exploración física al momento de su ingreso al servicio de obstetricia, se encontraban factores de riesgo los cuales no fueron signados en el expediente clínica que a continuación se citan:

Dentro de los factores maternos encontrados, encontramos el precedente de hipertensión inducida por el

embarazo; dentro de los factores obstétricos encontramos el uso de oxitocina, líquido amniótico meconial, la incompatibilidad céfalo-pélvica, ya que la resolución del parto fue instrumentado bajo la utilización de fórceps; encontramos además factores útero- placentarios la circular de cordón y dentro de los factores fetales encontramos alteraciones de la frecuencia cardíaca.

Existieron inobservancias a lo establecido en la NOM-007-SSA2-1993 durante su vigilancia de parto los por los siguientes motivos: 5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma; el cual no fue analizado y firmado tanto en la historia clínica como en el partograma.

Además de lo establecido en el apartado 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. En este sentido es evidente que no fue establecido por escrito la indicación de la conducción del trabajo de parto, además de que existe evidencia de la falta de vigilancia, ya que no se realizó de manera estricta el control del trabajo de parto de acuerdo a lo establecido en el apartado 5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos; 5.4.2.3. El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica; 5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipos, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto, esto último es importante ya que no fue firmado por el servicio de enfermería la hora de inicio con la medicación de oxitocina.

Aunado a esto debemos contemplar lo establecido en la Guía de referencia rápida para la vigilancia y monitorización del trabajo de parto en su actualización 2014 en donde menciona lo siguiente:

Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas. Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo.

Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos, bajo monitorización continua, sin embargo, desconocemos porque no fue firmado en el expediente clínico y tampoco en el partograma la justificación del procedimiento. Por lo tanto, existe inobservancia ante estas dos directrices.

Si asociamos a esto, que no fue realizada y firmada una valoración por parte del servicio de obstetricia después de su ingreso al servicio de urgencias a las 09:25 horas, y no existe la firma o rubrica de quien estaba vigilando a la paciente, los registros de vigilancia y contractilidad uterina son realizados de manera horaria a las 11:30, 12:30, 13:30, 13:48, 14:30 y 14:45 horas, y existe omisión de la toma de la frecuencia cardíaca fetal después de su ingreso a obstetricia a las 12:00,

13:00, 13:30, 13:48 horas, no existe un registro de la variedad de posición y de la valoración de la pelvis o pelvimetría por parte de la médico tratante, recordemos que el recién nacido requirió la utilización de fórceps, no existe el conteo y registro firmado de las contracciones uterinas, ni de la presencia de las miliunidades de oxitocina administradas ni los factores de riesgo que presentaba recordando que es un paciente obesa además de los demás factores de riesgo firmados con antelación.

(...)

Dentro de las recomendaciones que se encuentran en la normatividad y guías de práctica clínica aplicables, no existe evidencia dentro del expediente que a la paciente se le haya informado sobre los alcances, riesgos y beneficios del empleo de la conducción del trabajo de parto, ya que en caso de complicaciones comprometen al binomio; la información debería incluir, indicaciones, método a utilizar y los riesgos potenciales.

De acuerdo a la Norma oficial de la atención del parto puerperio y recién nacido en su apartado de atención de trabajo de parto menciona en el apartado 5.4.1.4 que 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.

Dentro de las indicaciones, la principal es que la madre o el feto se beneficiarán más con el resultado, deberá considerarse que el trabajo de parto por vía normal es el más conveniente y deberá recabarse el consentimiento bajo información.

Dentro de las indicaciones de la inducto conducción del trabajo de parto son la RPM, DM, Enfermedad hipertensiva del embarazo, muerte fetal, embarazo de 41 SDG, multiparidad, siempre que se inicie la inducción o conducción del trabajo de parto debe de valorarse el bienestar fetal, ante esta situación la Norma oficial Mexicana 007 hace la indicación en las numerales 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 5.4.2.1 La verificación y registro de la

contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica. Además de esto en la Guías de práctica clínica de vigilancia y atención del trabajo de parto en su actualización 2014 recomiendan la monitorización continua cuando se están usando oxitócicos; ninguna de estas medidas fueron realizadas

De acuerdo a esto es importante ponderar lo siguiente, si bien es cierto que existen riesgos inherentes a cualquier proceso clínico o fisiológico, estos pueden incrementarse al no ser adecuadamente valorada, los factores de riesgos fueron aumentando debido a condiciones propias de la madre y del feto que aislados o en su conjunto con una deficiente valoración clínica aumentaron los riesgos para desarrollar hipoxia o asfixia neonatal. Dentro del partograma realizado solo se limita a medir los estrechos superior, medio e inferior como suficientes pero no se aportan datos de las mediciones clínicas adecuadas.

(...)

Es importante ponderar al respecto de que existen indicaciones de reanimación fetal intrauterina como lo son: Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo; Administrar oxígeno a la madre 8-10 litros/min., Administrar a la paciente solución glucosada al 10% en venoclisis con un goteo de 60 por minuto, excepto en pacientes diabéticas descompensadas las cuales se hidratarán con otra solución. Disminuir la contractilidad uterina, Suspender la oxitocina en los casos en que se estuviera utilizando. Y en su momento utilizar fármacos útero inhibidores de ser necesario: (terbutalina, fenoterol, entre otros). Lo cual no fue realizado en el presente caso.

(...)

Señalamos que existen una serie de inobservancias tanto en el estado clínico, estudios paraclínicos del binomio, así como en las diferentes normatividades y Guías de práctica clínica que sumados que comprometían la estabilidad del binomio, por señalar algunos, sometida a conducción de trabajo de parto con oxitocina, sin una justificación clínica documentada, sin consentimiento informado por parte de la madre, no hubo adecuada vigilancia del trabajo de parto y de las condiciones fetales, aunque la presencia de meconio no es un indicativo sólido de sufrimiento fetal pero si puede ser considerado como un dato clínico que merece vigilancia, aunado a que presento una circular de circular de cordón la cual no fue adecuadamente valorada.

A nivel estatal es importante considerar que de acuerdo al reglamento interior del Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato contempla en su artículo 63 en su numeral número 1 inciso a) que se deben de proporcionar servicios de salud mediante acciones en consulta externa, y hospitalización, atención del parto de bajo riesgo, de cirugía General de corta estancia y cirugía ambulatoria de baja complejidad, atención pediátrica, así como urgencias y rehabilitación; en su apartado e) hace referencia a difundir y otros la aplicación de las normas oficiales mexicanas en materia de atención médica, d) participar en la formulación de operación del sistema de referencia

y contra referencia de pacientes, **por lo que se contemplan falta de apego a sus obligaciones de medios y seguridad por parte de las áreas administrativas encargadas de contemplar el recurso humano, ya que no existe la cobertura total de los servicios; además de que es evidente la falta de activación del servicio de urgencias bajo el sistema de referencia e contra referencia institucional, al tener un trabajo de parto prolongado y no prever las probables complicaciones del nacimiento y no contar con el recurso humano y tecnológico necesario para enfrentar condiciones.**

(...)

En el presente caso existían factores de riesgo propios de la Madre y del feto, ya que existía un ultrasonido previo en donde se hacía referencia a una circular de cordón, la presencia de líquido meconial (factor no determinante), uso de medicamentos (oxitocina), trabajo de parto prolongado o precipitado, parto instrumentado o cesárea, ruptura prematura de membranas y si sumamos a estos factores, la falta de vigilancia y previsión por el personal a cargo en los tiempos reglamentados de acuerdo a la Normatividad y Guías de Práctica Clínica aplicables, fueron agregando riesgos que comprometían directamente al feto y a la madre.

Si aunamos a esto el retardo y evacuación de urgencia por parto abdominal al detectarse el sufrimiento fetal el cual se manifestó con alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal por casi una hora al encontrarse el quirófano ocupado por una cirugía programada, aunado a que no se contaba con los suficientes insumos para poder enfrentar una complicación esperada del producto.

No existen trazos tococardiográfico para realizar una adecuada valoración del bienestar fetal. Aunque es cierto que el ultrasonido tiene importancia clínica durante la evaluación del todo embarazo, la cardiotocografía es un método que mayores ventajas para la evaluación del estado fetal, sin embargo como factor pronostico requiriendo de más estudios para evaluar de manera correcta y utilizarlo como un factor predictivo de asfixia neonatal, en caso de encontrarse este último alterado, deberá tomarse el resultado con cautela, la prueba la realización del perfil biofísico don de un perfil mayor de 8/10 se considera normal un perfil biofísico de 6/10 se considera anormal. Sin embargo, tampoco es una prueba pilar y solo debe de ser considerada para advertir sobre la presencia de

condiciones adversas del recién nacido.

Desafortunadamente no hubo la previsión necesaria ante las complicaciones posibles a pesar de que ya existían los factores de riesgo mencionados con antelación, estos factores de riesgo deberían haber alertado a todo el médico, aunado que no se cuenta con gabinete de estudio clínico para valoraciones subsecuentes; estos factores de riesgo no fueron ponderados para haber activado el sistema de referencia y contra referencia al no contar con los recursos humanos y materiales adecuados para la atención del recién nacido, por lo que debió de referirse antes de la atención del trabajo de parto de manera oportuna.

(...)

De acuerdo a los hallazgos documentados en el expediente clínica, las condiciones propias del paciente al momento de su nacimiento las cuales estaba comprometida, así como las deficiencias que son apoyadas en los diferentes informes, se le brindo de manera oportuna la atención medica conducente apegado a su obligación de medios y seguridad...”.

De igual manera, no escapa a este organismo advertir que la médica **Adriana Casas Navarro** ofreció la opinión de la también médica **Cinthia Ivel Sandoval Hernández** (fojas 175 a 179), en la que concluyó:

“...
“Análisis del caso. La intervención médica que realizo la Dra. Adriana Casas Navarro en cuestión de amiotomía (romper la fuente) e inicio de conducción del trabajo de parto con oxitocina (uso de medicamento para aumentar la frecuencia e intensidad de las contracciones) está justificado de acuerdo a las recomendaciones que realiza la Guía de Práctica Clínica del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo...**CONCLUSIONES.** Se corrobora que se brindó atención médica a la C. XXXXX. Las intervenciones médicas realizadas durante el trabajo de parto a la paciente están dentro de las recomendaciones justificadas por la evidencia médica. Existieron irregularidades administrativas en la elaboración y el llenado del expediente clínico (para este asunto, en el partograma u hoja de vigilancia del trabajo de parto), siendo incompletas a lo recomendado por las Guías de Práctica Clínica; esto sin tener relación causal y/o producir una asfixia perinatal del recién nacido”...”.

En este sentido, se sabe que la propia **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico** conoció de dicha opinión, pues esta es referida dentro capítulo de pruebas que glosaban del expediente **XXX** de dicho organismo, la cual sumada al resto del caudal probatorio derivó en las conclusiones dadas por dicha Comisión, derivado de lo cual se entiende que la opinión médica de la testigo **Cinthia Ivel Sandoval Hernández** fue ya valorada por la propia **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, organismo con experticia y facultades en la materia, por lo que esta Procuraduría en el presente, estima prudente atender a las conclusiones dadas por dicha Comisión.

Una vez que se han apuntado en que consistieron las irregularidades encontradas en la atención médica que recibiera **XXXXX** el día 20 veinte de mayo del año 2015 dos mil quince, vale recordar que la médica encargada de dicha atención lo fue **Adriana Casas Navarro**, quien reconoció haber sido ella con indujo al parto con el rompimiento de la fuente y la prescripción de oxitocina, cuestiones que fueron reprochadas en la opinión de la **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**; al respecto la citada funcionaria reconoció: “se aclara y se precisa que fui yo quien le rompió la fuente tal y como consta en el expediente médico”, así como, quien prescribió el medicamento “Oxitocina”, esto último a las 13:08 trece horas con ocho minutos de conformidad a lo asentado y suscrito por ella en la nota de evolución.

En relación a la determinación de la médica **Adriana Casas Navarro** referente a la amniorraxis, o rompimiento de fuente, no se advierte medio de prueba convincente de la cumplimentación de la justificación por escrito de dicha determinación, lo anterior de conformidad a lo previsto en el numeral **5.4.1.4 de 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, tal y como se asentó en la opinión de la **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico** ya expuesta.

De esta forma, existen en el sumario elementos suficientes para acreditar que la médica **Adriana Casas Navarro** incurrió en omisiones que tuvieron relación directa en el desenlace desfavorable de la atención médica del binomio conformado por la señora **XXXXX** y su hijo, ello en el mes de mayo del año 2015 dos mil quince, pues entre otras circunstancias, se encuentra plenamente acreditado la falta de apego de dicha funcionaria a las directrices normativas relativas al uso de oxitocina e inducción al parto, razón por la cual es dable emitir señalamiento de reproche al respecto en contra de la misma en cuanto a la **Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por dependencias del Sector Salud** que le fuera reclamada.

Lo anterior se robustece con el oficio con folio **12929** suscrito por el médico **Daniel Botello Hernández**, por medio del cual informó a la aquí quejosa, que efectivamente la médica **Adriana Casas Navarro** incurrió en responsabilidad médica (foja 03).

Asimismo, se recuerda que en las conclusiones de la de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico se asentaron omisiones adicionales a la inducción del parto y aplicación de oxitocina, como la indebida integración del expediente clínico (conclusión 4), falta de monitoreo de frecuencia cardiaca (conclusión 6), falta de detección oportuna de la asfixia (conclusión 14), omisión en intentar reanimación fetal *in útero* y realización de operación cesárea (conclusión 17), omisión en realización de ultrasonido (conclusión 26), cuestiones que en suma, no permitieron identificar y atender el

sufrimiento fetal agudo, lo cual condicionó el resultado consistente en asfixia severa del bebé (conclusión 32), omisiones que de acuerdo al entendimiento de este organismo deben ser reprochadas a la encargada de la atención médica brindada al binomio formado por **XXXXX** y su bebé el día 20 veinte de mayo del 2015 dos mil quince, en este caso la médica **Adriana Casas Navarro**, pues de conformidad con la copia del expediente clínico (fojas a 12 a 36), fue la responsable del mismo, pues si bien se tiene conocimiento que el médico **Jorge Flores Hilario**, médico especialista en ginecología y obstetricia, intervino a la aquí quejosa, se entiende que su actuación ya se encontraba condicionada por las omisiones previas.

Igualmente dentro del apartado de análisis de la citada opinión médica se apuntó que el servicio de enfermería no realizó un llenado adecuado del expediente clínico, pues se expuso: “5 *El registro de los medicamentos usados, tipos, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto, esto último es importante ya que no fue signado por el servicio de enfermería la hora de inicio con la medicación de oxitocina*”.

En este sentido, se entrevistó a un grupo de enfermeros quienes negaron de manera coincidente haber incurrido en la omisión en cuestión léase: **Jaqueline Alvarado Mata, Paola Guadalupe Cabrera Gómez, Celene Noemí Hernández Razo, Jorge Jaramillo Gil, Guadalupe Rodríguez Torres, Adelina Fuentes Ramírez, Juana María Celia Escobar Tovar, Beatriz Guadalupe Araiza Arreola, Sandra Paola Ramírez Cervantes y Sandra Karina Calderón Casimiro**.

Así, derivado de su conteste negativa, no resultó posible establecer con certeza quién fue el personal de enfermería que omitió signar en el expediente la hora de inicio de la medicación con oxitocina, -pues precisamente el hecho reprochable es dicha omisión- al caso, se estima necesario recomendar a la señalada como responsable el inició de procedimiento administrativo en contra de los precitados enfermeros, ello a efecto de que se deslinde la responsabilidad de cada uno de ellos, respecto a la omisión de mérito.

Finalmente en el apartado de análisis de la múltiplemente citada opinión médica, se expuso una falta de apego de obligaciones por parte del área administrativa del **Hospital de Especialidades Materno Infantil de León**, pues se apuntó: “...*se contemplan falta de apego a su obligaciones de medios y seguridad por parte de las áreas administrativas encargadas de contemplar el recurso humano, ya que no existe la cobertura total de los servicios; además de que es evidente la falta de activación del servicio de urgencias bajo el sistema de referencia y contra referencia institucional, al tener un trabajo de parto prolongado y no prever las probables complicaciones del nacimiento y no contar con el recurso humano y tecnológico necesario para enfrentar condiciones*”.

En virtud de lo anterior se hace necesario emitir recomendación a la señalada como responsable, a efecto de que de manera integral se brinde al referido Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, los recursos económicos y personales suficientes para atender los casos delicados que en éste se presentan y asimismo atiendan a los protocolos del sistema de urgencias estatal.

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 **XXXXX**, en relación al presente Capítulo de Reparación del Daño, es pertinente sobre el particular, considerar el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el Caso *Suárez Peralta Vs Ecuador* (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), ha establecido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación:

“(...) IX. Derecho a la Integridad personal (...) B. Consideraciones generales de la Corte (...) 130.- En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención de la salud humana (165) y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar a la vulneración del artículo 5.1 de la Convención (166). En este sentido la Corte ha sostenido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación (167), (...)”“(...) 132. Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la Integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regula la prestación de servicios de salud, estableciéndose estándares de calidad, para las instalaciones públicas y privadas, que permitan prevenir cualquier amenaza de vulneración a la Integridad personal en dichas prestaciones. Así mismo el Estado debe prever de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado, cuya efectividad dependerá en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto (173)”

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

La responsabilidad objetiva del Estado no se origina por cualquier daño causado, sino que éste debe ser consecuencia de su actuar administrativo irregular, es decir, derivado del incumplimiento de los deberes legales de los servidores públicos, establecidos en leyes o reglamentos. Sin embargo, tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, dicha responsabilidad también se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores *-lex artis ad hoc-*, o al deber de actuar con la diligencia que exige la *lex artis*.

Suele señalarse que la medicina no es una ciencia exacta, pues existen matices en el curso de una enfermedad o padecimiento que pueden inducir a diagnósticos y terapias equivocadas. Así, una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error excusable, pues lo que se le pide al "buen médico" es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente, haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia.

Por otro lado, el término *malpraxis* (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional

frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la *lex artis* médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica; este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada.

Por tanto, la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado.

II. Trato Indigno

Al respecto **XXXXX** narró que la médica **Adriana Casas Navarro** se dirigió hacia ella de forma indebida durante la atención que le brindó el día 20 veinte de mayo del 2015 dos mil quince, al decir:

*“...Recuerdo en lo especial que uno de los médicos, por ahí de las 14:00 catorce horas me rompió la fuente, lo que provocó que se desencadenaran con mayor intensidad las contracciones así como el dolor que sentía, por lo anterior me quejaba mucho siendo que la médica **Adriana Casas Navarro** se dirigió para conmigo y de forma grosera me dijo que no porque me quejara mucho me iban a atender más rápido...me duelo del trato grosero que recibí de la profesionista **Adriana Casas Navarro** quien alejada de un espíritu de servicio se dirigió para conmigo de forma hostil durante el tiempo que estuvo a cargo del área de labor el día que permanecí en esa área...”*

Por su parte la médica **Adriana Casas Navarro** negó haber incurrido en tal trato indebido, a lo que se suman los testimonios de personal del Hospital, quienes en lo general dijeron no haber presenciado hechos como los descritos por la particular, pues cada uno de ellos apuntó:

Jaqueline Alvarado Mata.- *“... aquél día hubo mucho trabajo y por ello yo no me di cuenta de que la doctora **Casas** tratara mal a alguna paciente o a la quejosa, tampoco observé si estaba manipulando su teléfono celular, también refiero que no recuerdo que tantos pacientes estaba atendiendo la doctora **Casas**, pero sí observé que tanto la doctora **Casas** como los internos, de los que desconozco sus nombres, estaban dando atención a la quejosa...”*

Juana Patricia Goytortua González.- *“...yo no observé que la doctora **Casas** le hablara mal a ninguna paciente incluyendo a la quejosa, además tampoco observé que todo el tiempo estuviera viendo su celular, ya que lo que me consta es que estaba revisando a las pacientes, dándome indicaciones sobre las analgesias, y atendiendo los legrados y partos...”*

Paola Guadalupe Cabrera Gómez.- *“... yo no observé que la doctora **Casas** tratara de mala manera a la quejosa, aunque como dije yo llegué a las 13:50 horas por lo que no la vi mucho rato ya que ella salió aproximadamente a las 14:30 horas, también quiero referir que no recuerdo que era lo que estaba haciendo la doctora **Casas** aquél día, pero yo no recuerdo haberla visto que estuviera distraída con su teléfono celular...”*

Del análisis de los indicios previamente expuestos se tiene que en el presente no resultó posible establecer que **XXXXX** hubiese recibido un Trato Indigno por parte de la médica **Adriana Casas Navarro**, pues a la negativa de la autoridad, se suma la ausencia de testigos u algún otro dato que permita robustecer el dicho de la agraviada, el cual se encuentra aislado del resto del caudal probatorio, esto al ser la única persona que se pronuncia en tal sentido; razón por la cual no se emite juicio de reproche en contra de la señalada como responsable, esto respecto del **Trato indigno** dolido por la parte lesa.

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

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya el inicio de procedimiento disciplinario en contra de la médica **Adriana Casas Navarro**, adscrita al Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato; lo anterior respecto de la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** que le fuera reclamada por **XXXXX** en agravio propio y de su menor hijo **N1**.

SEGUNDA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya el inicio de procedimiento disciplinario en contra del personal de enfermería adscrito al Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato, de nombres **Jaqueline Alvarado Mata, Paola Guadalupe Cabrera Gómez, Celene Noemí Hernández Razo, Jorge Jaramillo Gil, Guadalupe Rodríguez Torres, Adelina Fuentes Ramírez, Juana María Celia Escobar Tovar, Beatriz Guadalupe Araiza Arreola, Sandra Paola Ramírez Cervantes y Sandra Karina Calderón Casimiro**; lo anterior respecto de la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** que les fuera reclamada por **XXXXX** en agravio propio y de su menor hijo **N1**.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite Recomendación al **Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se indemnice pecuniariamente como forma de **Reparación del Daño** a **XXXXX**; lo anterior respecto de la acreditada violación a sus derechos humanos, consistente en la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, reclamada por **XXXXX** en agravio propio y de su menor hijo **N1**.

CUARTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana** a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requiera la quejosa **XXXXX**, además de los familiares directos, siempre y cuando ellos así todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento, todo lo cual deberá incluir los exámenes, tratamientos y medicamentos que en cada caso se requieran, hasta el momento en que sean dados de alta por personal médico especializado.

QUINTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se adopten las medidas legales y administrativas necesarias, con el propósito de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la Salud, ello en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana; verificando al caso, que el **Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato** se encuentre dotado permanentemente del personal suficiente y capacitado, así como de la infraestructura y equipamiento que permita brindar una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes.

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

NO RECOMENDACIÓN

ÚNICA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite no Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, médico **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, respecto del **Trato indigno** que le fuera reclamado a la médica **Adriana Casas Navarro**, adscrita al Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato, por parte de **XXXXX**.

Notifíquese a las partes.

Así lo resolvió y firmó el licenciado **Gustavo Rodríguez Junquera**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.