

RECOMENDACIONES

León, Guanajuato, a los 12 doce días del mes de agosto de 2016 dos mil dieciséis.

Visto para resolver el expediente número **176/15-A**, relativo a la queja iniciada de manera oficiosa por nota periodística publicada en el **Diario a.m.** titulada **“Acusan Negligencia”**, y ratificada por **XXXXX** y **XXXXX**, de la cual se desprenden hechos que estiman violatorios de sus derechos humanos y que se atribuyen a **Personal del Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, Guanajuato**.

SUMARIO

XXXXX y **XXXXX**, se inconformaron por el deficiente servicio recibido por parte del Personal del Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, doliéndose en particular de la falta de diligencia al momento de atender el parto de la señora **XXXXX**, lo cual afectó las condiciones de salud del recién nacido, así como por la falta de equipo que requería éste para su atención, provocando a la postre su fallecimiento.

CASO CONCRETO

Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

1.- Planteamiento del problema

XXXXX y **XXXXX** señalaron que en fecha 08 ocho de junio del año 2015 dos mil quince asistieron al Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, Guanajuato a solicitar atención médica a **XXXXX**, en concreto en el alumbramiento de su hijo; sin embargo indicaron que en dicho nosocomio se les brindó una atención inadecuada que derivó en la muerte de su hijo.

Al respecto los quejosos dijeron:

“...la atención médica que se brindó en el Hospital Comunitario de Purísima del Rincón se vio afectada por deficiencia en el servicio ya sea porque se demoraron 24 veinticuatro horas en resolver el parto, de un embarazo que tenía ya 41 cuarenta y un semanas, pese a ello llegamos al Hospital el día 08 ocho de junio por la mañana, y no fue sino hasta el 9 nueve de junio que se desocupó el quirófano donde se podía dar atención al evento obstétrico, ello consideramos provocó las complicaciones en nuestro hijo quien al nacer en esas condiciones requirió atención especial que no se le dio en este hospital el cual carece de equipo y herramientas para atender la urgencia de nuestro bebé, de ahí que dichas carencias consideramos elevaron el riesgo y agravaron la condición de nuestro niño quien muy grave fue trasladado a León donde era inminente su fallecimiento según ...”.

En tanto la autoridad señalada como responsable, mediante el informe rendido por el Dr. **Aníbal Hernández Mendoza**, Coordinador de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, indicó que la atención brindada a la parte lesa, fue la adecuada.

2.- Hechos probados

De conformidad con la narración de **XXXXX** y **XXXXX**, así como con el informe rendido por el doctor **Aníbal Hernández Mendoza**, Coordinador de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, y el médico **José Antonio Barba Orozco**, Director del Hospital Comunitario de Purísima, se tienen como hechos probados y no controvertidos los siguientes:

Que efectivamente la señora **XXXXX** acudió al Hospital Comunitario de Purísima del Rincón el día 08 ocho de junio del 2015 dos mil quince.

Asimismo, se tiene acreditado que la señora **XXXXX** fue sujeta a una intervención quirúrgica cesárea el día 09 nueve de junio de la misma anualidad en el referido Hospital, en la que se dio a luz a un niño, quien posteriormente fallecería en el Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato.

3.- Declaraciones de funcionarios señalados como responsables

Este organismo recabó al caso, una serie de declaraciones a diversos funcionarios médicos quienes atendieran a la aquí quejosa en el mes de junio del 2015 dos mil quince, quienes en lo esencial dijeron que su actuación fue apegada a los estándares aplicables.

No obstante lo anterior, como se verá en las siguientes declaraciones, el personal médico entrevistado confirmó haber observado que el expediente clínico de la señora **XXXXX** se encontraba indebidamente conformado, o bien, se habían aplicado métodos no idóneos en su atención.

En este orden de ideas se tiene acreditado que el siguiente personal médico tuvo participación directa o indirecta en la atención brindada a la quejosa y su hijo en el mes de junio del 2015 dos mil quince: **Lugarda Carrillo Durán, Gustavo Hernández Estala, Cassandra Escamilla Medina, Luis Enrique Bernardino Murguía, Alain Israel Hernández Ramírez, Eduardo Guani Toledo, Lorena Quiroz Parada, Héctor Alejandro Servín Manrique y Edgar Jaziel Barroso Bermúdez.**

Al respecto **Lugarda Carrillo Durán** indicó que su actuación fue valorar a la señora **XXXXX** en el área de urgencias el día 08 ocho de junio de 2015, ello en coordinación con el médico **Gustavo Hernández Estala**, galeno especialista quien indicó la aplicación de oxitocina a la paciente. Finalmente indicó que esa fue toda su actuación, pues salió de turno y dejó el mismo a cargo del médico **Luis Enrique Bernardino Murguía**; en concreto refirió:

*“...en el caso que nos ocupa la señora **XXXXX** recibió atención del servicio de urgencias, del cual formo parte, a las 14:00 catorce horas del día 08 ocho de junio de este año, en ese horario se hizo una valoración conjunta del servicio de urgencias con el de ginecología, en lo particular valoré a la paciente junto con el médico especialista **Gustavo Hernández Estala**, en esa ocasión el médico especialista dio indicaciones para la paciente que se resumen en la inducción de trabajo de parto, es decir la aplicación de oxitocina, como estaba saturada el área de toco cirugía, se dejó en el área de urgencias durante mi turno que terminó a las 15:00 quince horas, momento en que me retiré entregando el turno al médico **Luis Enrique Bernardino Murguía** quien por consiguiente quedó a cargo de la paciente junto con el médico a cargo del área de Hospitalización **Eduardo Guaní Toledo**...”*

En esta tesitura **Gustavo Hernández Estala** aceptó haber valorado a la paciente aquí quejosa, ello en fecha 08 ocho de junio, así como el día 09 nueve del mismo mes del año 2015 e indicó haber encontrado un expediente clínico incompleto y llenado de forma deficiente, así como carencias en insumos y quirófanos del Hospital. Igualmente reconoció el uso de oxitocina en la paciente y la determinación de realizar una cesárea, pues resumió:

*“...el pasado día 08 ocho de junio de este año conocí a la quejosa **XXXXX**, en esa ocasión siendo aproximadamente el medio día valoré a la entonces paciente en conjunto con la doctora **Carrillo** de urgencias, en esa ocasión determiné que la paciente se encontraba en trabajo de parto y que debía ingresar al área de toco cirugía para conducción del parto, durante la valoración que realicé de la paciente se realizó el PSS que es “Pruebas Sin Estrés”, o registro cardio-tocográfico; con ello determiné que el estado del bebé se encontraba en los rangos de normalidad, es decir, todo parecía estar en orden.*

(...)

*Di las instrucciones para el ingreso de la paciente al área de toco cirugía, quedando a cargo de la misma la médica general de apellido **Escamilla**. Terminé así mi turno el día 08 ocho de junio a las 15:00 quince horas y regresé a laborar al día siguiente a las 07:30 siete horas con treinta minutos, en ese día estuve a cargo del área de consulta externa de ginecología y obstetricia, y fue así que por ahí de las 08:30 ocho horas con treinta minutos, después de haber visto a todas las pacientes de hospitalización y de Toco Cirugía, vi a la paciente **XXXXX**, revisión que realicé con la médica **Escamilla**, encargada del área de Toco-cirugía, en esa ocasión revisé el expediente percatándome que no había notas ni indicaciones médicas de los turnos previos, es decir del turno vespertino y del turno nocturno, además no había actualización del partograma, es decir no había ningún registro de atención a la paciente posterior a la valoración que realicé de la misma el día 08 ocho de junio junto con la médica **Carrillo** del área de urgencias.*

Por consiguiente, revisé a la paciente y la encontré con un fondo uterino de treinta centímetros, una actividad uterina irregular, dos contracciones de diez segundos en diez minutos, además de que el bebé tenía una frecuencia cardíaca fetal de 126 ciento veintiséis latidos por minuto, en el tacto vaginal encontré cinco centímetros de dilatación con ochenta por ciento de borramiento, una vagina elástica, eutérmica, además de que encontré salida del líquido amniótico teñido con meconio, no fétido.

Después de lo anterior revisé los registros cardio tocográficos encontrando registros normales, vale destacar que el equipo cardio tocográfico no cuenta con papel adecuado para lectura del registro, en vez del apropiado, ante las carencias del hospital, las enfermeras utilizan otro papel que es blanco, que no está cuadrículado y graduado con las lecturas, lo que complica conocer con certeza el número de latidos por minuto del bebé, sin embargo vale destacar que cuando revisé a la paciente en esa ocasión, ésta estaba aún conectada al equipo, y durante la valoración que hice obtuve durante cinco o diez minutos el registro, el cual se reportó normal, de 140 ciento cuarenta latidos por minutos, es decir dentro de un rango de 110 ciento diez a 160 ciento sesenta latidos por minuto.

*Después de revisar a la paciente y el expediente, determiné reiniciar la conducción del parto, ya que se encontraba sin medicamento alguno en la solución aplicada a la paciente; así las cosas regresé a mi área de consulta externa, recordando que la médica **Escamilla** se avocó a la realización de notas médicas y actualización de datos en los expedientes.*

Más tarde, por ahí de las 09:15 nueve horas con quince minutos, detectamos una caída en la frecuencia cardíaca del bebé, reportando 115 ciento quince latidos por minutos, por lo que se suspendió la oxitocina y se le explicó a la paciente que íbamos a intervenirla quirúrgicamente de urgencia, ya que la frecuencia cardíaca del bebé era baja, le explicamos el procedimiento así como la urgencia habiendo aceptado el seguimiento que se le iba a dar.

Me dirigí a solicitar sala, quirófano, anunciando la cesárea de urgencia, encontrando que éste estaba ocupado con una cirugía programada, de ahí que tuvimos que esperar, de suerte que ingresamos a quirófano por ahí de las 09:55 nueve horas con cincuenta y cinco minutos, fue así que aproximadamente a las 10:10 diez horas con diez minutos nació el bebé, externado que los quince minutos que trascurrieron fueron utilizados en la preparación de la paciente, en la aplicación de la anestesia, y demás procedimientos previos a la cirugía...asimismo se encontró un líquido meconial de tres cruces, es decir de conformidad a las características de la coloración, que era verde, le asigné tres cruces, señalando en este momento que no hay una escala en bibliografía para la asignación de cruces a la coloración del meconio, dicha escala es discrecional del ginecólogo que realiza la valoración. Así las cosas se dejó en manos del pediatra al bebé, y fue él quien continuó con la atención del mismo perdiendo yo el contacto con éste, ya que me quedé con la mamá dando la atención conducente

(...)

Establezco que la decisión que tomé para la realización de la cesárea se centró en el supuesto de que la paciente tenía apenas cinco centímetros de dilatación, y que se empezaba a reportar una leve variación de la frecuencia cardíaca del bebé, ya que había bajado de 126 ciento veintiséis a 115 ciento quince, ésta última, pese a estar en el rango de lo clínicamente considerado como normal, me dio pie a considerar que la paciente podría demorar en dilatar a diez centímetros unas cinco horas más, lo que me permitió considerar que el bebé no soportaría cinco horas más, de ahí que decidí realizar la cesárea; respondiendo al cuestionamiento que me realiza el personal que me entrevista establezco que la presencia de meconio no es un indicativo de sufrimiento fetal, además, de conformidad con las lecturas y valoraciones que se realizaron a la paciente, no se reportó en momento alguno sufrimiento fetal y desconozco de algún diagnóstico semejante con el cual se haya referenciado al bebé de la paciente al hospital materno infantil...”

A su vez la médica **Cassandra Escamilla Medina** indicó que ella no atendió directamente a la quejosa, pero que sí realizó una nota médica bajo las indicaciones del profesionalista **Gustavo Hernández Estala**, quien indicó la aplicación de oxitocina:

“...el día 09 nueve de junio de este año siendo las 08:30 ocho horas con treinta minutos, acompañé al médico especialista, el ginecólogo de turno matutino **Gustavo Hernández Estala**, al pasé de visita de la paciente, en este pase el ginecólogo valoró a la paciente, la exploró e interrogó; y fue de esa forma que me solicitó el apoyo para elaborar la nota médica que obra en el expediente clínico, debajo de aquella que está fechada de día 08 ocho de junio de dos mil quince y que se reporta como elaborada por la médica **Lugarda Carrillo Durán**; en esa ocasión, por instrucciones del médico especialista **Gustavo**, asenté en la nota médica lo siguiente:

La paciente refiere dolor tipo obstétrico acompañado de actividad uterina irregular, movimientos fetales presentes, salida de líquido transvaginal a las 02:15 hrs, resto negado. Exploración física, buen estado general, adecuada coloración e hidratación de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante con FU (fondo uterino): 30 cm, con producto único, vivo, longitudinal, cefálico, FCF (frecuencia cardíaca fetal) 126 x', se palpan dos contracciones en diez minutos, tacto vaginal con 5 cm de dilatación, 80% borramiento, plano de Hodge I, se observa salida de líquido meconial teñido con maniobra de Valsalva y Tarnier, pelvis ginecoide, extremidades sin alteraciones neurovasculares, LLC (llenado capilar) 2", A: (análisis) primigesta 19 años + embarazo de 40 sdg (semanas de gestación) x fum (fecha de última menstruación)/ trabajo de parto en la fase activa. Reiniciamos oxitocina la cual fue suspendida en turnos previos. P: (plan) se indicó por parte de ginecología continuar con inductoconducción de trabajo de parto con vigilancia estrecha”.

Ahora bien, aunque observé las actividades del médico especialista **Gustavo**, yo en lo personal no realicé en esa fecha alguna valoración de la paciente, ni tuve contacto directo o comunicación con ella; así pues el ginecólogo indicó que se le aplicara oxitocina de manera intravenosa para regularizar las contracciones uterinas y seguir con la atención expectando un parto natural.

Más delante ese mismo día mientras atendía un diverso evento obstétrico, siendo las 09:21 nueve horas con veintiún minutos supe que la paciente **XXXXX** pasó de urgencia a cesárea por indicaciones del especialista **Gustavo**, de hecho dejé anotación de dicho supuesto a las 09:21 nueve horas con veintiún minutos del día 09 nueve de junio. Lo anterior fue toda mi intervención con la paciente...”

Por otro lado el médico **Luis Enrique Bernardino Murguía** expuso que efectivamente recibió el turno por parte de la médica **Lugarda Carrillo Durán**, y que en ese lapso de tiempo monitoreó a la paciente aquí quejosa, esto a la espera de que pasara al área de tococirugía a cargo del médico **Alain Israel Hernández Ramírez**, pues previamente el médico **Eduardo Guani Toledo** se encontraba ocupado.

Sin embargo indicó que cuando recibió a la quejosa, a esta se le suministraba oxitocina, y que al final de su turno ya no se le aplicaba tal sustancia, por lo que infirió que tal determinación pudo haber sido dada por **Eduardo Guani Toledo**; en concreto narró

“...la atención que le brindé a la paciente **XXXXX** se suscitó por ahí de las 19:00 diecinueve horas del día 08 ocho de junio de este año, ello en el área de urgencias. Quiero destacar que en esa ocasión me encontraba solo en el servicio de urgencias...ese día todas las áreas del servicio de urgencia estaban ocupadas, además de que había

dos mujeres embarazadas en las camas de observación, ambas tenían un ingreso al área de toco cirugía, pero ésta estaba llena, por lo que se les dispuso de forma temporal en dicha área.

Quiero destacar que fue en esta área donde vi a la paciente **XXXXX**, recuerdo que recibí el servicio de la médica **Lugarda** quien me indicó que la paciente **XXXXX** había sido valorada por el médico especialista, que estaba aguardando únicamente a ingresar al área de toco cirugía, recuerdo que se me precisó que la indicación con ella era el monitoreo cada hora del registro cardiotocográfico, para mantenerse al tanto de la frecuencia cardíaca fetal.

Así las cosas siendo aproximadamente las 19:00 diecinueve horas, antes de ingresar a la paciente al área de Toco Cirugía, la valoré, sin que detectara alguna irregularidad en su condición, además de que la frecuencia fetal se reportaba estable en 143 ciento cuarenta y tres latidos por minuto, la paciente reportaba de cuatro a cinco centímetros dilatación, y en general el binomio estaba estable.

En esa condición es que ingresó al área de toco cirugía cuando no había médico en el área, siendo que el encargado es el médico **Guaní Toledo**, quien creo estaba atendiendo un parto; por esta situación no entregué a la paciente sino hasta el turno nocturno por ahí de las 20:05 veinte horas con cinco minutos, esto así con el médico **Alain Israel Hernández Ramírez**.

Al entregar a la paciente le comenté de las indicaciones del médico especialista entre las que estaba la aplicación de oxitocina, momento en que nos percatamos que ésta estaba cerrada, cuando no era sí al momento en que la ingresé el área de toco cirugía, ello me hace pensar que el médico **Guaní** pudo haberla valorado en algún momento y determinado el cierre de la oxitocina, lo que no es de extrañarse, en el entendido de que bien pudo haberse suspendido en atención a que no hay médico especialista a cargo de la vigilancia de la paciente, y a sabiendas de que la oxitocina requiere la vigilancia de un obstetra, ya que puede desencadenar un evento quirúrgico de urgencia.

Es así que es dable suponer que el médico del área haya determinado suspenderla para reducir el riesgo de cirugía de emergencia, en esas condiciones es que entregué a la paciente al médico **Alain**, determinación que estimé pertinente ante las características del servicio.

Es cierto además que las características del servicio definen al mismo como insuficiente, ya que por la población que atendemos, las áreas son pequeñas y no dan abasto a los eventos que se presentan; por eso es que entregué a la paciente al médico del turno nocturno, en el entendido de que no tuve contacto alguno con el médico a cargo del área de Toco Cirugía; esa fue la atención que brindé a la paciente...”.

En tanto **Eduardo Guani Toledo** indicó haber estado de turno entre las 14:00 catorce a 21:00 veintiún horas del día 08 ocho de junio del 2015 dos mil quince como médico encargado del área de tococirugía, ello sin haber atendido a la quejosa, ni haber dado indicación alguna al respecto:

“...el día 08 ocho de junio de 2015 dos mil quince, durante mi turno que comprende de las 14:00 catorce horas a las 21:00 veintiún horas, la paciente hoy quejosa no ingresó al área de toco cirugía, de la cual estuve a cargo junto con el servicio de hospitalización, de ahí que no di atención a la misma ese día, es más no supe que estaba ella en el hospital sino hasta el día 09 nueve de junio que le di atención durante el seguimiento del puerperio de la mamá; esa fue toda la atención que le di, y puntualmente desconozco y no tengo relación alguna con las decisiones médicas que se tomaron el día 08 ocho de junio o el día 09 nueve previo y durante la cesárea de la paciente...”.

Por su parte **Alain Israel Hernández Ramírez** expuso que efectivamente recibió a la quejosa por parte del médico **Luis Enrique Bernardino Murguía**, quien le indicó que al principio de su turno la paciente recibía oxitocina y que al final del mismo ya se le había retirado la misma, probablemente por instrucciones del médico **Eduardo Guani Toledo**.

Asimismo narró que encontró el expediente sin notas médicas por lo que elaboró una propia, que durante su intervención la hoy agraviada no presentó signos de alarma y dejó su turno con normalidad, dejando la paciente bajo encargo de **Lorena Quiroz Parada**, pues explicó:

“...el día 08 ocho recuerdo haber tenido contacto con la paciente, destacando que se les da prioridad a las pacientes obstétricas; recuerdo que ese día el médico **Bernardino** me entregó a la paciente y al pasar al área de labor consulté el expediente, resultando que el personal de enfermería, me indicó que el médico **Guaní** había dado instrucciones verbales de suspender la oxitocina; revisé el expediente y noté que no había notas médicas, y realicé una propia, con la cual asenté que la paciente ingresó a las 12:00 doce horas, que se le indicó oxitocina, cinco unidades, haciendo énfasis de que en el turno vespertino la encontré ya sin oxitocina.

Chequé a la paciente a las 20:30 veinte horas con treinta minutos notándola tranquila, consciente, cooperadora, con abdomen globoso, a expensas de útero grávido, con producto único con una frecuencia cardíaca fetal de 141 ciento cuarenta y un latidos por minuto, se le realizó un registro toco cardiográfico, para medir tanto la frecuencia cardíaca fetal como la contractibilidad uterina, resultando reactivo, con una variabilidad de 140 ciento cuarenta a 150 ciento cincuenta, y con una contracción uterina cada 20 veinte minutos.

A la exploración vaginal la paciente se encontraba con 3 tres centímetros de dilatación, ello denotaba un trabajo de parto latente, que se mantuvo hasta las 02:15 dos horas con quince minutos, cuando el trabajo de parto era

efectivo ya que había una dilatación de 4 cuatro centímetros con 40 cuarenta por ciento de borramiento, además de que presentó la ruptura de membranas, lo que indica la presencia de un oxitócico natural.

Además presentó trasvaginal salida de líquido amniótico claro, que denota bienestar fetal, ya que de existir un líquido hemático o verdoso son datos de urgencia o de alarma obstétrica.

Quiero destacar que la última vez que di atención a la paciente fue a las 04:30 cuatro horas con treinta minutos, cuando ésta presentaba una dilatación de 6 seis centímetros, con 50 cincuenta por ciento de borramiento en segundo plano de Hodge, éste último indica el nivel de descenso del producto, o la altura de la presentación del mismo; durante todo mi turno, la frecuencia cardíaca fetal se mantuvo en un rango de 140 ciento cuarenta a 150 ciento cincuenta latidos por minuto.

Posterior a este horario ya no valoré a la paciente porque en atención a los servicios que tenía a cargo, le pedí a la compañera **Lorena Quiroz** o **Lorena Parada Quiroz** que se mantuviera al tanto de la misma; egresé de mi turno a las 07:00 siete horas en atención a un pase de salida que deriva de un derecho que tenemos como trabajadores, sin que durante mi horario se haya reportado alguna anomalía o sufrimiento fetal...”.

A los hechos, **Lorena Quiroz Parada** negó que el médico **Alain Israel Hernández Ramírez** le hubiese dejado a su encargo a la aquí agraviada, pues dijo:

“...el día 08 ocho de junio del presente año, estuve laborando en turno nocturno en el Hospital Comunitario de Purísima, el cual abarca de las 20:00 a las 08:00 horas del día siguiente; y estuve en guardia en el área de urgencias, el cual estuvo muy saturado y no me dio la oportunidad de checar a los pacientes que se encontraban en el servicio de toco, área que no estaba a mi cargo, ya que el médico que estaba en turno en esa área lo era el doctor **Alain Hernández**, y que yo recuerde, en ningún momento el doctor **Alain** me pidió me mantuviera al tanto de la paciente **XXXXX**...”.

Hasta lo expuesto se conoce que la atención directa y la determinación de aplicación de oxitocina y de operación cesárea fue por parte del médico **Gustavo Hernández Estala**, mientras que existe reconocimiento pleno o indicios de atención por parte de los médicos **Lugarda Carrillo Durán**, **Cassandra Escamilla Medina**, **Luis Enrique Bernardino Murguía**, **Eduardo Guani Toledo**, **Alain Israel Hernández Ramírez** y **Lorena Quiroz Parada**, todo ello previo y durante el parto en cuestión.

Ya en el puerperio se tiene conocimiento de que fue el médico **Héctor Alejandro Servín Manrique** quien intervino, pues reconoció:

“...la única atención que brindé a la paciente se verificó el día 09 nueve de junio de 2015 dos mil quince a las 23:50 veintitrés horas con cincuenta minutos, es decir durante el puerperio de la paciente, por consiguiente no tuve conocimiento o intervención en la atención que recibió la señora **XXXXX** previo a esos instantes, lo que me impide conocer de las circunstancias que estiman tanto ella como su esposo o pareja, como lesivas. Ahora bien, en atención al cuestionamiento que me realiza el personal que me entrevista refiero que la nota médica que asenté en el expediente el día nueve, contiene información que obtuve de las manifestaciones hechas por el ginecólogo en su nota postquirúrgica, es decir en dicha nota se reportó que la paciente resolvió su embarazo de forma quirúrgica, embarazo que se identificó como de 40 cuarenta semanas de gestación según la fecha de última menstruación y que se estimó resolver vía cesárea bajo éste diagnóstico al que se le sumó una bradicardia fetal, es decir una disminución abrupta de la frecuencia cardíaca del feto; además de lo anterior se reportó según la nota postquirúrgica líquido amniótico escaso con coloración meconial de dos cruces, es decir muy notoria, además de placenta calcificada. En lo personal al revisar a la paciente ésta reportaba un discreto dolor abdominal en hipogastrio en Escala Visual Análoga (EVA) dos de diez, reportaba signos vitales estables, con temperatura normal (eutérmica), emuntorios al corriente, es decir había orinado y defecado con la adecuada regularidad, con frecuencia cardíaca y presión arteriales en rangos adecuados; básicamente esa fue la atención que brindé a la paciente; y contestando a la pregunta que me realiza el personal que me entrevista refiero que la placenta calcificada, el escaso líquido amniótico, además de meconial; la pérdida de líquido transvaginal y la variación de la frecuencia cardíaca fetal abrupta constituyen en conjunto un indicativo que debe ser valorado por sí y amerita concretarse a un caso particular para considerar así si tales signos y síntomas son o no constitutivos de un sufrimiento fetal...”.

Finalmente se sabe que el pediatra **Edgar Jaziel Barroso Bermúdez** fue quien brindó la atención al bebé recién nacido, funcionario que en lo general narró una serie de carencias en el Hospital que lo obligaron a improvisar en la atención brindada al niño recién nacido.

Como datos extras confirmó el pediatra **Edgar Jaziel Barroso Bermúdez** que efectivamente en el turno vespertino del 08 ocho de junio del año 2015, el médico **Gustavo Hernández Estala** había indicado la aplicación de oxitocina, la cual fue suspendida en el mismo turno sin indicación concreta, así como que en primera instancia no se encontró quirófano disponible, pues expuso:

“...mi intervención en el caso se derivó de una solicitud del médico especialista ginecobstetra **Gustavo Hernández Estala**, quien el pasado día 09 nueve de junio de este año, por ahí de las 09:20 nueve horas con veinte minutos

cuando realizaba yo un recorrido por el área e Toco Cirugía y veía en concreto a la paciente hoy quejos, me pidió que lo asistiera en la cesárea de urgencia, recuerdo que en esos momentos veía a la paciente con el cardio tocógrafo y me llamó la atención que el bebé presentaba frecuencias muy irregulares, presentaba desaceleraciones cardíacas de 120 ciento veinte hasta 106 ciento seis o 109 ciento nueve latidos por minutos, tal lectura fue advertida por el ginecólogo, quien me indicó en ese momento que lo asistiera en la cesárea, además de que ordenó suspender la aplicación de oxitocina que tenía indicada desde hacía una hora.

Recuerdo que me anunció que un día anterior había indicado la colocación de la misma, que se la habían puesto a la paciente en el turno vespertino y que en el mismo turno la habían suspendido, por lo que había indicado de nueva cuenta su aplicación ese día por la mañana; tal manifestación llamó mucho mi atención, **ya que las condiciones en las que se encontraba el bebé podrían haberse visto agravadas por la aplicación de oxitocina**, esto no es concluyente, pero en el entendido de que el bebé presentaba circular de cordón umbilical, había presencia de meconio, y en un primer uso de la oxitocina no había existido evolución regular en la labor de parto, todos ellos en su conjunto son datos que deben considerarse para la toma de decisiones médicas, ya que sumadas denotan datos de alarma, de ahí que, el colocar de nueva cuenta la oxitocina eleva los riesgos de un desenlace difícil para el bebé.

Así las cosas ocurrió que en ese momento el quirófano estaba ocupado, de ahí que tuvimos que esperar creo yo, sin estar muy seguro, hasta las 09:40 nueve horas con cuarenta minutos.

Ya en quirófano, una vez practicada la cesárea, recibí un producto único, masculino, sin llanto, destacando que nunca lo escuché llorar durante la cesárea, flácido, es decir sin tono muscular, sin esfuerzo respiratorio, es decir no respiraba, de ahí que lo catalogué como no vigoroso, estaba cianótico y cubierto en meconio de dos o tres cruces, ante el estado de niño lo que indica la práctica médica es la inmediata intubación traqueal con aspiración para sacar de los pulmones el líquido meconial, vale destacar que esa actividad la realicé con un equipo propio, ya que el hospital no tiene, en esa ocasión sustraje hasta negativizar, hasta que no saliera más líquido meconial, cuatro mililitros de meconio que es la capacidad aproximada de la tráquea.

Hecho lo anterior procedí con maniobras de ventilación viéndome obligado a utilizar el equipo de ventilación con que cuenta el hospital, el cual carece de manómetro de presión, que mide, valga la redundancia, la presión pico inspiratoria, es decir la fuerza con que se ventila, además hay que destacar que si bien el equipo cuenta con una válvula que libera la presión que pudiera exceder de los estándares adecuados, al ser el equipo viejo, dicha válvula se atasca, impidiendo la liberación del exceso de presión.

Una vez realizado el primer ciclo de ventilación no se reportó mejoría, por lo que debí proceder con un segundo ciclo, utilizando el mismo equipo.

Después de este segundo ciclo volví a valorar al paciente pero no mejoró, así que se realizó un tercer ciclo, sólo entonces noté una mejoría ya que hubo un llanto espontáneo, la frecuencia cardíaca se elevó por arriba de 100 cien latidos por minuto, y noté la presencia de tono muscular, es decir, el bebé ya se movía, para ese entonces noté que presentaba acrocianosis, es decir las puntas de las extremidades se encontraban aun moradas; vale decir que la saturación de oxígeno en sangre según el oxímetro de pulso, que es mío, ya que el hospital no cuenta con ese equipo, era de 88% ochenta y ocho por ciento, bajo este esquema es que determiné colocar un casco cefálico con oxígeno, habiéndose elevado la saturación hasta 92 % noventa y dos por ciento.

En esas condiciones determiné sacarlo del campo quirúrgico en una incubadora, la cual está quebrada, situación que he reportado, junto con otras carencias, a las autoridades del hospital, vale decir que las condiciones de la incubadora pueden llegar a influir en el bebé, ya que la calidad del aire en la misma se ve afectada de forma tal que el bebé puede presentar hipotermia, lo que derivaría en que se reduzcan los niveles de glucosa y se agrave una situación de asfixia o un daño cerebral.

En ese entendido pasó el bebé a hospitalización donde tomamos la glucosa del bebé obteniéndose una lectura de 92 mg por decilitro, en ese momento ocurrió que el bebé tuvo un deterioro ventilatorio, es decir, empezó a respirar con dificultad además de que el tórax del bebé se encontraba notoriamente expandido, sin buenos movimientos respiratorios; por lo anterior decidí intubarlo, en un primer intento utilicé una cánula orotraqueal de 3.5 tres punto cinco French, que es la adecuada para este procedimiento según las medidas del bebé, la fijé en el número nueve buscando que quedara colocada exactamente en la bifurcación de los pulmones, solicité así una radiografía de tórax portátil, reportándome entonces que el bebé tenía un neumotórax bilateral, por consiguiente, **al carecer de sondas endopleurales neonatales, me vi en la necesidad de colocar dos sondas nelaton, al colocarlas aspiré y saqué algo de aire reduciendo así la presión, destacando que durante este procedimiento el personal médico estuvo ayudándome a dar ventilación al paciente, con la bolsa reservorio que describí anteriormente, la que no cuenta con manómetro de presión y es vieja.**

De la anterior forma se fijaron las sondas y se tomó la radiografía de control, al no existir en el hospital dobles conectores para las sondas, y habiendo sólo un pleurovac, resultando que en teoría se necesitan dos, se improvisó un conector doble con el material que se contaba, me parece que el conector empírico corrió a cargo del personal de enfermería y de la médica **Cassandra Escamilla** quien en ese momento estaba en hospitalización.

En ese tenor se resolvieron ambos neumotórax, pero en imagen se atendía la presencia de lo que denominamos panal de abeja, esto significa que ante la presencia de meconio, este se instala en los bronquios haciendo las veces de una válvula que impide que salga el aire que ingresa a los pulmones, esto incrementa de un 20% veinte por ciento hasta en un 40% por ciento la presencia de fuga aérea o neumotórax; luego entonces lo que procedió hacer ante la sospecha de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, así como miocardiopatía hipóxico/isquémica, lo que hice fue colocar una vía central, un catéter umbilical, venoso, de calibre 5 french con la técnica del manual de reanimación, dando un buen retorno, es decir estaba bien colocado, lo fijé y estando fijo coloqué dobutamina por medio de un microgotero al no contar con bombas de infusión que había solicitado desde el mes de octubre de 2014 dos mil catorce, este medicamento era para ayudar a la contractibilidad del corazón, ya que podría haber daño por el periodo de hipoxia que presentó, coloqué suero y glucosa para mantener estado hídrico adecuado a requerimientos del bebé, y ante la sospecha de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido consideré el uso indicado de un ventilador mecánico regulado por presión que no hay en hospital, además de que hay que emplear los medicamentos sildenafil y milrrinona que no hay en el hospital.

*Mientras acomodaba el catéter la médica **Casandra Escamilla** se comunicó al sistema de urgencias del estado de Guanajuato, conocido como SUEG, se obtuvo respuesta rápida dándonos un lugar en el hospital materno infantil de León, y sin recordar en cuánto tiempo llegaron los paramédicos y la ambulancia, en la misma incubadora de transporte que está quebrada, porque es la única que hay, abordamos al paciente, en el tiempo que se preparaba al mismo aproveché para hablar con el padre del bebe, y con los familiares, a quienes les dije que el bebé estaba grave y que el pronóstico era reservado, que lo íbamos a trasladar al Hospital Materno Infantil.*

Me fui con la ambulancia resultando que ésta no contaba ventilador adecuado y aspirador, por lo que tuvimos que pinzar las sondas y ventilar manualmente con suavidad; en esas condiciones llegamos al hospital materno infantil de León, donde fue recibido por el Neonatólogo, quien cambió sondas y conectó al paciente al ventilador, con ello dejó de estar bajo mi cuidado; esa fue mi intervención en el caso.

Quiero precisar que las carencias con las que cuenta el servicio del hospital comunitario y que he descrito durante mi declaración, como ya lo expuse, fueron hechas de conocimiento de las autoridades del hospital, para ello giré oficio que se recibió el día 16 dieciséis de octubre de 2014 dos mil catorce, ante la falta de respuesta al mismo, giré un nuevo comunicado el día 22 veintidós de octubre del mismo año, en éste oficio hice referencia y documenté el alto número de cesáreas que se realizan en el hospital, además del número elevado por partos distócicos por empleo de fórceps, y el número elevado de pacientes graves que se atendieron en el hospital, además de la atención mediante evento quirúrgico que se dio a un embarazo gemelar sin que hubiera alguna indicación de urgencia; todos estos eventos concatenados al conocimiento que se tiene de que el área de pediatría no cuenta con el equipo adecuado, denotan un incremento innecesario en el riesgo al tender a los pacientes, tanto así que suele haber referencia de urgencia a hospitales ancla. Debemos sumar a lo anterior la inexistencia de banco de sangre y de laboratorios, todos ellos de vital importancia para la programación regular de eventos quirúrgicos.

Así también entrego en este momento el último de los oficios que giré a las autoridades del hospital, este es de fecha 26 veintiséis de junio de este año, donde informo de la atención de eventos obstétricos de alto riesgo sin siquiera consultar si hay lugar en los hospitales ancla en el sistema de emergencias del Estado de Guanajuato...”.

4.- Opinión 15/2015 de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico

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

Así, más allá de que existan indicios de carencias sistémicas en insumos hospitalarios, aplicación no controlada de oxitocina, omisión en llevar un expediente clínico de manera ordenada, así como una determinación específica que permita conocer bajo responsabilidad de quién se encontraba **XXXXX** durante su internación en el Hospital, existe la necesidad de profundizar en el estudio de las acciones médicas tomadas y su razonabilidad, motivo por la cual este organismo solicitó el auxilio de la **Comisión Estatal de Arbitraje Médico**, quien a través del expediente propio **15/2015**, emitió una opinión especializada basada en la documental que obra dentro del expediente **176/15-C** de este organismo, y en la que determinó que al caso, existió atención indebida por parte de las autoridades sanitarias.

Las conclusiones pueden agruparse en conjuntos:

- Referentes a la atención obstétrica a la señora **Mariana Muñoz González**.
- Referentes a la atención obstétrica a la atención pediátrica al bebé **López Muñoz**;
- Referentes a la integración del expediente clínico en general.

I.- En el primer grupo referente a la atención obstétrica:

SEGUNDA: Referir si del expediente clínico puesto a consideración se puede abstraer si la atención brindada a la paciente **XXXXX** y el niño que durante el mismo se identificó como R.N. **XXXXX** y/o R.N. **XXXXX**; cumplió los protocolos médicos obstétricos relativos a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido.

No se cumplió con los protocolos médicos obstétricos establecidos en la NOM-007-SSA21993, encontrándose observaciones que se encuentran descritas en el apartado de análisis.

TERCERA: Y de ser el caso, si de la desatención de dichos protocolos influyo en el desenlace advertido en el caso concreto, concretamente en el fallecimiento de mi niño R.N. **XXXXX**.

Sí influyeron, ya que hubo una falta de apego en la obligación de medios y seguridad en la atención obstétrica, la suma de cada uno de los factores no vigilados desde su ingreso y no atendidos en el transcurso de su atención contribuyeron al desenlace advertido del recién nacido.

CUARTA: Indicar si es considerada adecuada la atención obstétrica de conducción del parto con oxitócina sin la presencia un médico especialista a cargo del seguimiento del mismo.

La NOM-007-SSA2-1993 en su apartado 5.4.1.4 es clara ya que nos explica lo siguiente "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".

Por lo tanto no hay apego a la obligación de medios y seguridad debido a la falta de personal especialista en la atención gineco obstétrica durante el turno vespertino y nocturno, a pesar de que el modelo de atención a la salud, tiene considerado a la atención del embarazo, parto y recién nacido, un programa prioritario.

QUINTA: Indicar si la presencia de meconio; el manejo conducción del parto con oxitócina que se dio en el caso concreto; la circular de cordón umbilical apoyo del bebé; y el registro cardiotocográfico del niño R.N. **XXXXX** y/o R.N. **XXXXX**; por sí solos, sumados algunos de ellos hubo la totalidad de los mismos, son indicativos de sufrimiento fetal; ese es el caso le pide indique cual sería la atención médica específica que amerita tal condición y si la misma será identificada en los rastros documentados dentro del expediente de este organismo estatal de derechos humanos que se pone su consideración.

La presencia de meconio sumado a la conducción del trabajo de parto con oxitocina, más la circular de cordón referida en el ultrasonido y comprobada por el médico pediatra al momento del evento quirúrgico, el registro toco cardiográfico en un papel inadecuado, Sí contribuyeron en el resultado final del recién nacido. La atención médica correcta debió ser:

- *Valoración y seguimiento adecuado.*
- *Referencia a una Unidad Médica con el personal médico, la infraestructura, y los insumos materiales suficientes para resolver complicaciones en pacientes con complicaciones obstétricas.*
- *Reanimación fetal en útero adecuada.*
- *Cesárea de urgencia sin retrasos al detectar el compromiso del bienestar fetal.*

SEXTA: referir si la presencia de meconio; el manejo o conducción del parto con oxitocina que se dio en el caso concreto; la circular de cordón umbilical a cuello del bebé; y el registro cardiotocográfico del niño R.N. **XXXXX** y/o R.N. **XXXXX**; por sí solos, sumados algunos de ellos o la totalidad de los mismos, son indicativos de asfixia severa; de ser el caso le pido indique cual sería la atención médica específica que amerita tal condición y si la misma ser identificada en los rastros documentados dentro del expediente de este organismo estatal de derechos humanos que se pone su consideración.

Ninguno de los anteriores por si solo son indicativos sino factores predisponentes para desencadenar asfixia severa, para tener el diagnóstico de certeza se requiere lo siguiente.

- *Acidosis metabólica; con pH igual o mayor a 7.00 y exceso de base inferior a -10,*
- *Apgar 0-3 después de los 5 minutos.*
- *Alteraciones neurológicas y/o falla multi sistémica (Sistema nervioso central, renal, pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, hepático y hematológico).*

SÉPTIMA: Indicar si de los rastros documentados dentro del expediente que este organismo estatal de derechos humanos que se pone a su consideración, se desprende que el niño R.N. XXXXX y/o R.N. XXXXX tuvo sufrimiento fetal, y de ser el caso le pido además precise si dicha condición fue debidamente identificada y atendida por el personal médico, debiendo indicar por último si esta fue la principal causa de su fallecimiento.

No fue debidamente identificada y documentada en los registros obligatorios que se establecen la NOM-007-SSA2-1993, existe un sub registro en la vigilancia del bienestar fetal, el sufrimiento fetal fue una condición que no fue abordada y resuelta de manera oportuna.

OCTAVA: Informar si de los rastros documentados dentro del expediente de este organismo estatal de derechos humanos que se pone a su consideración, se desprende que el niño R.N. XXXXX y/o R.N. XXXXX padeció asfixia severa, y es el caso le pido de más precisa el momento en la cual padeció la misma, si dicha condición fue debidamente identificada y atendida por el personal médico y si ésta fue la principal causa de su fallecimiento.

De acuerdo a los documentales medicas la variabilidad en la frecuencia cardiaca fetal de 106 a 115 latidos que fue detectada el día 09 de junio a las 09:21 horas, este es un reflejo del bienestar fetal, en el cual se podría sospechar de una hipoxia severa, sin embargo no se cuenta con el registro o la realización de un perfil biofísico.

DECIMO SEGUNDA: Indicar si del contenido del expediente puesto a su consideración se desprende alguna irregularidad relativa a la actuación de los médicos que brindaron atención a la paciente XXXXX, y al niño R.N. XXXXX y/o R.N. XXXXX.

Existen irregularidades en el servicio y atención materno fetal, las mismas fueron manifestadas de manera específica en el apartado de análisis.

II.- En el segundo grupo referente a la atención pediátrica:

SEGUNDA: Referir si del expediente clínico puesto a consideración se puede abstraer si la atención brindada a la paciente XXXXX y el niño que durante el mismo se identificó como R.N. XXXXX y/o R.N. XXXXX; cumplió los protocolos médicos obstétricos relativos a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido.

Se cumplió con los protocolos médicos de la atención del recién nacido establecidos en la NOM-007-SSA2-1993, sin embargo se aprecian deficiencias administrativas en el suministro de insumos específicos para la atención complementaria del recién nacido (observaciones realizadas en el apartado de análisis).

NOVENA: Referir si de los rastros documentados dentro del expediente de este organismo estatal de derechos humanos que se pone su consideración, es posible considerar la condición médica bajo la cual nació el niño R.N. XXXXX y/o R.N. XXXXX, cuyo parto fue atendido por el médico GUSTAVO HERNÁNDEZ ESTALA.

El estado clínico que guardaba el paciente al momento de su nacimiento es considerado como grave ya que presentaba liquido meconial +++ al momento del parto, circular de cordón a cuello apretada, hipo tónico, teñido de meconio, no llanto espontaneo y no respiración espontanea al nacimiento, con cianosis generalizada, flacidez y sin esfuerzo respiratorio.

DECIMA: Manifestar si de los rastros documentados dentro del expediente de este organismo estatal de los derechos humanos que se pone a su consideración, es posible considerar la condición médica bajo la cual recibió el niño R.N. XXXXX y/o R.N. XXXXX el médico pediatra EDGAR JAZIEL BARROSO BERMÚDEZ, y si dicha condición fue debidamente atendida.

Es estado clínico grave que guardaba el paciente posterior a su nacimiento, fue atendido en apego a la obligación de medios y seguridad, atendiendo las condicionantes de tiempo, modo y lugar con las que se contaba en la unidad hospitalaria, antes de su envío al segundo nivel de atención.

DECIMO PRIMERA: Informar si de los rastros documentados dentro del expediente este organismo estatal de derechos humanos que se pone su consideración, es posible considerar que la atención que recibió el niño R.N. XXXXX y/o R.N. XXXXX de parte del médico pediatra EDGAR JAZIEL BARROSO BERMÚDEZ, fue la adecuada, si los insumos e instrumental médico es el apropiado y o suficiente para atender adecuadamente la condición del niño; en caso negativo le pido identifique cuál es el procedimiento adecuado.

La atención del paciente fue apegada a lo establecido en el Manual de Reanimación Neonatal por parte del médico pediatra; sin embargo fueron manifestados por el médico tratante una serie de carencias de instrumental e insumos específicos necesarios para la atención optima del recién nacido; como lo son ambu con bolsa y reservorio

pediátrico, que garantice la ventilación adecuada y limite el riesgo de neumotórax en pacientes que requieren de ventilación mecánica asistida, de igual manera la necesidad de contar con ventiladores mecánicos, insumos de pleurovac para realizar la colocación de sellos de agua y resolver complicaciones derivadas de la ventilación mecánica, bombas de infusión para la dosificación exacta en la administración de medicamentos en pacientes pediátricos, garantizar la toma, procesamiento y resultados de laboratorio en los tres turnos para garantizar que se cuente con este servicio complementario para la evaluación permanente del paciente.

III.- En el tercer grupo referente a la integración del expediente clínico:

PRIMERA: Indicar si el expediente clínico integrado por el hospital comunitario de Purísima del Rincón, Guanajuato; cubre los requisitos normativos de la norma oficial mexicana.

No cubre los requisitos normativos, existen inobservancias mencionadas en el APÉNDICE A (Informativo) del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), por parte del personal médico involucrado en la atención de a paciente XXXXX y del recién nacido XXXXX

Con lo referido en las conclusiones del expediente **5/2015** de la **Comisión Estatal de Arbitraje Médico**, se tiene acreditado que efectivamente existió una deficiente atención médica hacia la señora **XXXXX** durante su labor de parto durante el mes de junio del 2015 dos mil quince.

En cuanto a la atención dada al recién nacido, la misma fue apegada a la norma, pero existieron deficiencias en el instrumental médico, y finalmente se sabe que el expediente médico no cubrió los requisitos normativos exigibles.

IV.- Apartado de consideraciones

Una vez que se han expuesto las conclusiones del expediente **5/2015** de la **Comisión Estatal de Arbitraje Médico**, vale hacer referencia al contenido de sus consideraciones, pues en estas se trata con mayor amplitud las circunstancias del caso en concreto, pues por lo que hace a la atención obstétrica se indica de forma clara en qué consistió la inadecuada atención, tal y como el uso de oxitocina y un incorrecto seguimiento en la evolución del parto, esto a pesar de que existían señales de riesgo, pues se apuntó:

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez".

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados.

(...)

Existen documentadas contraindicaciones para el uso de oxitocina como lo son: un embarazo normal con feto pre término, antecedente de cesárea corporal previa o ruptura uterina, cirugía uterina previa, sufrimiento fetal, desprendimiento de placenta.

De acuerdo a esto debemos ponderar que la paciente presentaba cuando menos dos de los criterios de ingreso a hospital ya que presentaba cinco centímetros de dilatación con un 50 % de borramiento, sin embargo, no fue descrito la presencia de cuantas contracciones en 10 minutos presentaba al momento de su revisión de ingreso, recordando que se considera que debe de presentar de 2 a 4 contracciones en 10 minutos para justificar su ingreso además de los mencionados anteriormente.

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 deberá 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.

(...)

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.

*Existen factores de riesgo establecidos en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO, que no fueron valorados de manera adecuada desde su ingreso al servicio de ginecología y obstetricia, se trataba de un embarazo de término de un poco más de 40 semanas de gestación con el precedente ultrasonográfico del día 27 de mayo del 2015 en el medio privado realizado por el Dr. **Julio Manuel Maldonado Mares** de encontrar una circular de cordón, aunado propiamente a los precedentes establecidos en la Norma anteriormente mencionada era una gestante menor de 20 años de edad, no se hizo referencia al peso y talla para valorar en su momento la presencia de obesidad, no se tiene contemplados el Grupo sanguíneo y el factor Rh, a pesar de que se desconocía este dato, no se encuentra el precedente de la realización de un estudio de laboratorio para valorar formular roja y algún estado de anemia, 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 señalar que se inicia con la conducción del trabajo de parto con oxitocina en una solución de 500 mililitros más 5 unidades de oxitocina a razón de 20 gotas por minuto, la cual fue iniciada a las 12:30 horas de acuerdo a las anotaciones del servicio de enfermería, es importante ponderar que el médico obstetra indica el registro toco cardiográfico, y la valoración de la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos, además del decúbito lateral izquierdo y posición semifowler, sin embargo si nos ajustamos a las indicaciones podemos observar que no se cumplió por parte del servicio de enfermería esta indicación ya que dentro de los registros de la FCF solo se efectuaron a las 12:00 hrs, 14:30 hrs, 19:00 hrs y 20:30 horas y los mismos desde su ingreso debería de haber sido cada 30 minutos como lo señala la NOM-007 -SSA2- 1993

(...)

Sin embargo, es pertinente realizar las siguientes observaciones: el papel utilizado no tiene ningún tipo de trazado, por lo que los parámetros mínimos valorables como lo son contracciones uterinas, frecuencia cardíaca basal, variabilidad, presencia de aceleraciones y presencia de desaceleraciones (precozes-tardías o variables) en un periodo de treinta minutos.

Se desconoce la causa del no utilizar el papel adecuado. No puede ser valorado este tipo de estudios si el papel en que es impreso no cumple con los estándares métricos necesarios, porque las valoraciones se consideran inadecuadas.

Es importante señalar que no se observa un adecuado seguimiento de la evolución del trabajo de parto, por parte del personal médico, la amniorexis a las 02: 15 horas con salida de líquido claro en el turno nocturno lo cual no se encuentra signado en notas médicas.

Existe una falta de apego a lo establecido en la NOM 004 del expediente clínico en el sentido que debe de realizarse una nota médica de evolución por día o por turno según el caso se trate, de acuerdo a las declaraciones de los médicos adscritos al turno vespertino tanto de urgencias como del área de hospitalización, ninguno de los mismos valoró a la paciente en el transcurso de los turnos, además de que no existe evidencia por parte de los servicios de enfermería de la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal de acuerdo a las indicaciones realizadas por el servicio de ginecología, es importante inferir que por parte del área de hospitalización infiere que tenía desconocimiento de la existencia de la paciente y que la misma se encontraba el servicio de urgencias, existen falta de apego a la obligación de medios y seguridad por parte de ambos servicios incluyendo el personal de enfermería.

*Esta situación no es ajena en el turno nocturno, del servicio de hospitalización o de toco, ya que no existe ninguna nota de evolución integrada al expediente clínico, existen tres notas de evolución realizadas por el médico **Alain Israel Hernández**, agregadas en la comparecencia realizada el día 18 de agosto del 2015, en relación a la atención de la paciente ya citada en supra líneas a las 20:30 horas y 23:00 horas, del día 08/06/15 a las 04:40 horas del día 09 de junio del 2015, en donde se justifica que no fueron entregadas por falta de sistema al momento de su realización, sin embargo no existe la evidencia de acuse de recibido o la señalización por parte de las áreas encargadas de su entrega en tiempo y en forma; por lo que faltó a su obligación de medios y seguridad al no realizar el expediente clínico de acuerdo a la NOM 004y el seguimiento y valoración adecuada del trabajo de parto como lo establece la Norma oficial Mexicana 007 y a las Guía de atención del trabajo de Parto en su actualización 2014.*

(...)

Existe una anotación a las 09:31 horas, realizada por la médica Casandra Escamilla donde refirió que el presentaba frecuencia cardíaca fetal de 106 a 115 datos sugestivos de sufrimiento fetal siendo esta una indicación

de la realización de cesárea de urgencia.

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.

Los movimientos fetales y la aceleración de la FCF son funciones sincronizadas. Si la paciente refiere disminución de los movimientos fetales deberá confirmarse el bienestar fetal y deberá de realizarse un PSS (prueba sin estrés y puede ser usada como método de vigilancia ante el parto; pero no debe ser usada como única herramienta de investigación.

(...)

Es importante señalar que hasta las 09: 15 horas presentaba un trabajo de parto prolongado ya que presentaba 5 centímetros de dilatación con 80% de borramiento, al momento de su ingreso el día anterior a las 12 horas presentaba 5 centímetros de dilatación y el 50% de borramiento, por lo tanto es evidente que había un problema materno o fetal que afectaba la mecánica normal del parto (distocia materno o fetal), en la bibliografía es señalado que aproximadamente la fase activa del trabajo de parto presenta una temporalidad entre 8 y 18 a pesar de haber estado por algunas horas con la conducción del trabajo de parto, porque no hubo apego por parte del servicio de ginecología y obstetricia a su obligación de medios y seguridad...

Como resumen de las fallas por parte de la autoridad sanitaria en el caso materia de estudio, encontramos dentro del citado capítulo de consideraciones de la opinión médica los siguientes razonamientos:

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, es una paciente de 19 años, de primer embarazo, la cual fue sometida a conducción de trabajo de parto con oxitocina, sin una justificación clínica evidente, no hubo adecuada vigilancia del trabajo de parto y de las condiciones fetales, no existía personal con capacidad resolutoria en caso de una complicación durante los turnos vespertino y nocturno; las impresiones del registro toco cardiográfico no pueden ser valorados, ya que no es el papel adecuado para la impresión, 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, existían el precedente de circular de cordón en día previos la cual es confirmada al nacer el producto de cordón la cual no fue adecuadamente valorada, no hay evidencia médica en los documentos señalados dentro del expediente por parte del servicio médico y si del servicio de enfermería de la realización de amniorexis, existe una evidencia de inobservancia que deberá de ser valorada de manera más minuciosa, correspondiente a la resolución del evento obstétrico cuando fue detectado el sufrimiento fetal a las 09: 15 horas del día 09 de junio del 2015, ya que a la Ley General de Salud (LGS), en su capítulo quinto artículo 61 lo consideran un programa prioritario, al igual que en los lineamientos de operación del seguro popular lo tiene por derecho.

En cuanto la atención pediátrica, se señaló que la atención brindada al recién nacido fue la correcta de conformidad con los medios con que contaba, pues en este orden de ideas se apuntó:

“...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 cardíaca 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.

(...)

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 deba de referirse antes de la atención del trabajo de parto de manera oportuna.

(...)

Fue trasladado al área de hospitalización en incubadora con saturación de oxígeno de 88%, se deja con oxígeno casco cefálico, sin embargo es reportado la presencia de deterioro ventilatorio abrupto, y de saturación de 50%, por lo que se procede intubación oro traqueal, número 3.5 French, se fija en número 9.5 centímetros, corroborando colocación aunque poca expansión torácica, se continúa con bolsa con reservorio al no contar con ventilador mecánico, se solicita radiografía de tras donde se evidencia neumotórax bilateral.

El neumotórax es una complicación frecuente con la reanimación cardiopulmonar avanzada con ventilación con presión positiva, especialmente si existían la presencia de meconio o en su momento una malformación pulmonar, desafortunadamente la presencia de un neumotórax bilateral nos habla de un neumotórax iatrogénico, el cual en la reanimación pediátrica será con mayor frecuencia por la presencia de la ventilación con presión positiva inadecuada por el uso de bolsas con reservorio no adecuadas para la edad del paciente o por elevada presión en el reservorio de la bolsa.

El tratamiento convencional es la colocación de sondas endopleurales, el médico tratante hace la referencia que solo cuenta con un pleurovac lo que nos habla de un desabasto de los insumos necesarios para enfrentar estas complicaciones, la falta de estos insumos es corregida muchas de las veces mediante la improvisación con sondas y frascos de soluciones; el médico tratante manifestó la falta de mejora en el estado ventilatorio, lo que lo hace sospechar de una hipertensión pulmonar, fue colocado catéter umbilical para la administración de líquidos y aminos cardíacas mediante micro gotero, sin embargo el médico tratante hace referencia de no contar con bombas de infusión, se solicita apoyo a segundo o tercer nivel de atención al con no contar con los insumos necesarios y un servicio de cuidados intensivos pediátricos o neonatales.

(...)

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...”.

Finalmente en cuanto a las circunstancias estructurales del **Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, Guanajuato** también se indicaron cuáles fueron sus fallas, pues en este orden de ideas se opinó:

“...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 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 adversas del binomio.

(...)

Existe además falta de obligación de medios y seguridad por parte de las autoridades administrativas, al tener un hospital con área de hospitalización y quirúrgica y no contar con lo establecido en la numeral número 11 en materia de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Ya que para momento no se contaba con lo establecido en el apartado a del numeral anteriormente citada en donde obliga a la institución a prestar y localizar los servicios de laboratorio clínico, radiológicos, puesto desangrados y otros, lo que dificulta la atención oportuna de los pacientes. Esta falta de obligación de medios y seguridad por parte del ente administrativo cada contemplada en el numeral número 6 inciso "C", del presente reglamento ya que no se encuentra evidencia de los procedimientos que garanticen la debida operación de la unidad y de supervisar su correcta aplicación...”.

5.- Conclusiones

En seguimiento a las razones expuestas en los párrafos que anteceden, se está en la posibilidad de indicar que existió una falta de apego en la obligación de medios y seguridad en la atención obstétrica hacia la señora **XXXXX**, así como en la previsión de los riesgos que implicaba el alumbramiento de su hijo, a lo que se suma una serie de carencias en el **Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, Guanajuato**, lo que a la postre derivó en una violación al goce al grado máximo de salud de la señora **XXXXX** y su hijo recién nacido.

Las omisiones por parte de la atención deben ser reprochadas a los profesionistas que tuvieron intervención de la misma, esto es los médicos **Lugarda Carrillo Durán, Gustavo Hernández Estala, Cassandra Escamilla Medina, Luis Enrique Bernardino Murguía, Alain Israel Hernández Ramírez, Eduardo Guani Toledo, Lorena Quiroz Parada y Héctor Alejandro Servín Manrique**; mientras que las omisiones administrativas del hospital deben ser reprochadas objetivamente a la propia Secretaría, omisiones que en suma resultan de suyo ya suficientes para emitir juicio de reproche, pues bajo el principio de causalidad se entiende que de haber valorado y atendido de manera adecuada y oportuna a la paciente, la probabilidad posterior de no afectar desfavorablemente la salud del particular era ostensiblemente mayor.

El citado principio de causalidad se sigue en el entendido de que el acto médico se conforma de varias etapas, y que el

éxito de cada una, depende de la satisfacción de la anterior, tal y como se explica en la tesis judicial de rubro **ACTO MÉDICO. DISTINTAS ETAPAS O FASES QUE LO CONFORMAN PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA**, que a la letra indica:

El acto Médico se divide en distintas etapas o fases. La fase diagnóstica, la fase terapéutica y la fase recuperatoria. Sin embargo, cada una de estas fases constituye la totalidad del acto Médico. Por tanto, para determinar la existencia de mala práctica médica, el acto Médico no debe ser analizado de manera separada, sino que debe hacerse de manera conjunta, pues cada una de las fases que lo componen se encuentra estrechamente vinculadas. Así las cosas, segmentar el acto Médico sin tomar en consideración todas las etapas que forman el acto Médico, como un conjunto inseparable para la determinación en un caso concreto sobre la existencia de mala práctica médica, sería incongruente e ilógico, pues las fases siguen una secuencia en el tiempo.

En el caso de que el personal médico y de enfermería del Hospital hubiese valorado debidamente los signos de alarma en la salud del hoy quejosa desde su ingreso, esto de acuerdo a los estándares aplicables, existía la posibilidad de que el resultado consistente en la afectación a la parte quejosa no se hubiese presentado o hubiese sido más moderada.

Si bien se hace referencia a una posibilidad, eso no es óbice para emitir el respectivo juicio de reproche, pues se entiende que si bien la práctica médica cuenta con elementos aleatorios, las y los profesiones médicos deben realizar todas las acciones que les son razonablemente exigibles, esto a efecto de disminuir al menor grado la posibilidad siempre presente, de un imprevisto que afecte la salud de sus pacientes; en este orden de ideas encontramos la tesis de rubro **ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA**, que reza:

El Médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. El Médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. Consecuentemente, el Médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones, en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional o especialista normal. En consecuencia, el Médico debe adoptar, de forma continuada, decisiones trascendentes para la vida humana. En el curso del acto Médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible. Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto Médico, para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible.

Luego, la citada falta la atención a los signos de alarma que presentaban **XXXXX**, influyó indudablemente el resultado reprochado, por lo que resulta aplicable la **doctrina de la pérdida de oportunidad o pérdida de chance**, criterio jurisprudencial aplicado por diversos tribunales a nivel mundial.

Esta doctrina de la pérdida de la oportunidad, sostenida por tribunales españoles, argentinos, italianos y estadounidenses, implica una reducción de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo de causalidad, pues el presupuesto básico de esta doctrina es inferir la culpa del profesional cuya actuación no puede asegurarse que haya sido causante del daño objeto de reclamación o al menos la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

Dentro del ámbito jurídico mexicano la tesis de rubro **LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA**, indica que precisamente la medicina no es una ciencia exacta y que representa una práctica de riesgo, cuyos resultados no van ligados únicamente a las actuaciones del personal médico sino de condiciones contingentes, sin embargo de tal tesis se infiere que a pesar de la complejidad y variabilidad de los resultados que pueden resultar de la práctica médica, los profesionales de esta tienen la obligación de actuar de la manera más diligente a efecto de garantizar en las y los pacientes la mayor probabilidad, no seguridad, de éxito, pues la tesis reza:

La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, dada la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, finalmente, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto. Por tanto, puede decirse que la lex artis ad hoc es un concepto jurídico indeterminado que debe establecerse en cada caso, en el que el Médico, a través de un proceso de deliberación, aplica las medidas con prudencia a la situación clínica concreta y en la medida de las condiciones reinantes. En la órbita del derecho comparado, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo español ha delineado paulatinamente el referido término hasta definirlo como "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto Médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte Médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del

paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/Médico por el resultado de su intervención o acto Médico ejecutado)."

Este deber de máxima diligencia en los médicos para garantizar la mayor posibilidad razonable de una atención exitosa, encuentra desarrollo en la tesis de rubro **PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA** que expone:

El ejercicio de la medicina está fundamentado en que el profesional que la práctica: a) posee conocimientos científicos; b) permanentemente se actualiza; c) ha desarrollado habilidades y destrezas que le permiten una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente; y, d) formule un diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes. Así, el objetivo de la evaluación respectiva es identificar si el acto médico se realizó o no de acuerdo con los procedimientos y la literatura médica universalmente aceptada, así como en la adopción de una tecnología sanitaria o procedimiento Médico pertinente; todo este proceso debe ser realizado con la debida diligencia, pericia y prudencia. En este contexto, la indicación médica y la lex artis son dos conceptos que se hallan estrictamente vinculados, pero esencialmente distintos. La indicación médica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica, mientras que en la lex artis se trata, una vez emitido ese juicio, de aplicar adecuada y correctamente el tratamiento indicado. Consecuentemente, la indicación responde al "sí del tratamiento", a si debe aplicarse ésta u otra medida, mientras que la lex artis se refiere al "cómo del tratamiento", al procedimiento o método que se ha de seguir; distinción que es relevante, pues la práctica médica se ajustará a la técnica correcta y será conforme, por tanto, a la lex artis, cuando no sea contraria a la técnica establecida por la indicación ni al cuidado debido, tomando en cuenta que el ejercicio profesional no termina en la sola competencia del médico para la toma de decisiones frente a una situación clínica determinada, ya que existen además actitudes de alto valor moral que deben acompañar a todo acto médico, pues el actuar profesional debe ser enriquecido con virtudes tales como el respeto a la autonomía del paciente, el cuidado, el conocer responsablemente los límites de su capacidad y, sobre todo, la prudencia.

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

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

La aplicación de esta doctrina a actos de médicos, es explicada por el tratadista **Álvaro Luna Yerga**, quien indica: "Es precisamente en responsabilidad médicosanitaria donde muestra mayor dificultad la prueba del nexo causal, motivada por la multiplicidad de causas y causantes a que puede obedecer el daño sufrido por el paciente que, además, se acrecienta cuando nos hallamos ante lo que podemos denominar daños pasivos, esto es, aquellos daños que suceden no por la acción directa del facultativo (daños iatrogénicos) sino debido a errores de diagnóstico o a omisiones en el tratamiento que privan al paciente de los cuidados Médicos adecuados".

Ejemplos de la aplicación de esta doctrina los encontramos en una serie de sentencias de derecho comparado, a saber:

Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de España, de fecha 20 de abril de 2006 en relación a un error de diagnóstico de un infarto agudo de miocardio que desemboca en una encefalopatía postanóxica, en el que se sentenció al personal Médico a pagar una indemnización, pues se razonó: "la asistencia prestada no fue conforme a la atención que se exige por los protocolos para supuestos semejantes al que nos ocupa, a pesar de no resultar acreditado que de haberse prestado una asistencia correcta se hubiera conseguido un resultado distinto y más favorable, pues no consta que la encefalopatía anóxica que ha llevado al paciente al estado vegetativo en el que se encuentra se hubiera producido de todos modos en el caso de que la asistencia hubiera sido distinta, ni que el

resultado se hubiera podido evitar en el caso de que el paciente hubiera estado ingresado el día 27”.

Juzgado local de Mérida, España, concretamente el 13 de diciembre de 2012, resolvió: *“una pérdida de oportunidad para el paciente como consecuencia de la demora en el diagnóstico del cáncer de pulmón que ya era objetivable desde que en febrero de 2009 se le realizó radiografía para el preoperatorio del cáncer de vejiga que también padecía”.*

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 15 de noviembre de 2012 admitió que *“existió una pérdida de oportunidad de haber diagnosticado y tratado la patología urológica y con ello evitar la pérdida del riñón”.*

En conclusión, con los elementos de prueba previamente expuestos y analizados tanto en lo particular como en su conjunto y atendiendo a su enlace lógico-natural, los mismos resultaron suficientes para tener por acreditada la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** cometida en agravio de la señora **XXXXX**; razón por la cual se realiza juicio reproche en contra del referido personal médico en cuanto a la indebida atención dada, así como a la responsabilidad objetiva de la institución consistente en no brindar las herramientas suficientes para garantizar el mayor grado de salud de la doliente y su hijo recién nacido.

REPARACIÓN DEL DAÑO

Al análisis de los hechos probados que con antelación y mismos que han sido materia de reproche por parte de quien resuelve y que confluyeron en la incorrecta Prestación del Servicio Público brindado por el Sector Salud al paciente **XXXXX** y su hijo recién nacido, 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.

En mérito de lo anteriormente expuesto y fundado, se emiten las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se inicie procedimiento administrativo en contra de los médicos **Lugarda Carrillo Durán, Gustavo Hernández Estala, Cassandra Escamilla Medina, Luis Enrique Bernardino Murguía, Alain Israel Hernández Ramírez, Eduardo Guani Toledo, Lorena Quiroz Parada y Héctor Alejandro Servín Manrique** adscritos al **Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, Guanajuato**, respecto de la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** en agravio de **XXXXX** y su hijo recién nacido.

SEGUNDA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **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** en agravio de la misma.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requiera **XXXXX** así como sus familiares directos, siempre y cuando así 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.

CUARTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **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 Comunitario de Purísima del Rincón, Guanajuato**, se encuentre dotado permanentemente del personal suficiente y capacitado, así como de la infraestructura, equipamiento y protocolos que permitan 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.

Notifíquese a las partes.

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

L'GRJ*L'JSG*L'FAARP