

RECOMENDACIONES

León, Guanajuato; a los 14 catorce días del mes de diciembre del año 2018 dos mil dieciocho.

VISTO para resolver el expediente número **53/18-B**, relativo a la queja interpuesta por **XXXXX**, respecto de actos cometidos en su agravio, mismos que considera violatorios a sus Derechos Humanos y que atribuye al **PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE IRAPUATO, GUANAJUATO**.

SUMARIO

La parte lesa se dolió en contra del personal médico adscrito al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato; a quien atribuyó el fallecimiento de su recién nacida, derivado de la deficiente atención del parto.

CASO CONCRETO

- **Violación del Derecho a la Protección de la Salud.**

Uno de los aspectos a destacar es la protección del derecho a la vida y la salud de las personas, recogido en pactos y convenios internacionales en los que se observa la protección en situaciones muy específicas, como es el caso de la protección ante la pena de muerte, tortura o prisión, tratos inhumanos y degradantes, lo que limita y condiciona la protección a otras incidencias que puedan presentarse dentro de estos mismos derechos, como son los de mala práctica médica. No obstante, se considera que los referidos casos no son los únicos que atentan contra la vida y la salud de las personas, por lo que la protección jurídica debe ser ampliada.

En ese sentido, se hace necesario establecer mecanismos de protección que puedan contemplar el riesgo manifiesto al cual se exponen las personas víctimas de un error médico, que bien por acción u omisión, pudiera causar una lesión a la vida y en consecuencia a la salud, limitando su derecho a éstos, y a una integridad psíquica, física y moral. Por ello, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal no sólo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de la Convención Americana. Una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida y a la integridad de las personas.

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer estableció específicamente la obligación de los Estados de garantizar el derecho de las mujeres a servicios de maternidad gratuitos asignando para ello el máximo de recursos disponibles; concretamente, en la Recomendación General 24, La Mujer y la Salud anotó:

“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.

Así mismo, se advierte el estudio actual al tenor de conceptos previstos en la Ley de Salud del Estado de Guanajuato, como lo es que, servicios de salud son todas aquellas acciones realizadas en beneficio de la salud del ser humano, clasificándose en tres tipos: De atención médica, de salud pública y de asistencia social. Además, que para efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Siendo la atención médica, el conjunto de servicios que se proporcionan al ser humano con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

La violencia obstétrica, es “una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida 24/36 de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.¹

En este orden de ideas, XXXXX, narró que el día 4 cuatro de diciembre de 2017 dos mil diecisiete se encontraba embarazada de 40 cuarenta semanas de gestación, cuando comenzó con sangrado, motivo por el que acudió al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, donde le comentaron que esa situación era normal, por lo que acudió diariamente y que el día 7 siete del mes y año en cita, le indicaron que acudiera hasta el día 11 once de diciembre del mismo año.

¹ CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, de 31 de julio de 2017, p. 94.

De igual forma, refirió que el día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, a las 10:00 diez horas asistió al citado nosocomio, continuando con sangrado y que al ser atendida le refirieron que estaría internada, por lo que fue atendida por varios médicos, quienes le aplicaron un medicamento que le provocaba dolores sin que ocurriera la dilatación, refiriendo que transcurrieron 24 veinticuatro horas en esas condiciones sin que su bebé naciera; asimismo, indicó que el 12 doce de diciembre del año en cita, una doctora de apellido Mendoza al revisarla a las 16:20 dieciséis horas con veinte minutos le indicó que presentaba un líquido verdoso y que si ya se había muerto su bebé era su responsabilidad por *no echarle ganas*. Así también, indicó que una ginecóloga de apellido Mendoza le refirió que su bebé debía nacer de forma natural, ya que eran reglas del Hospital.

Agregó que a las 16:40 dieciséis horas con cuarenta minutos aproximadamente fue trasladada al área de expulsión, momento en el que nació su bebé quien no lloró ni respiró; por último, refirió que la recién nacida la tuvieron internada hasta el día 14 catorce de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, día que falleció por una infección.

Ahora bien, se confirmó el fallecimiento de la recién nacida, hija de la quejosa, con Acta de defunción XXX, con fecha de registro 15 quince de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, cuya madre es XXXXX y su padre XXXXX.

De frente a la imputación, el doctor Salvador Ramírez Pastrana, Subdirector Médico del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, señaló que en efecto, la paciente fue internada el día 11 once de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, a efecto de inducir el parto por la edad gestacional, aludiendo que el trabajo de parto fue seguido y registrado en pantograma con dilatación progresiva; informó que el día 12 doce del mes y año en cita a partir de las 14:00 catorce horas, la paciente se encontraba con parto avanzado con 8 cm de dilatación y 80% de borramiento, y a través de parto eutócico, se obtuvo a la recién nacida de 41 semanas de gestación, a las 16:47 horas, precisando que sí lloró y respiró.

Así también, aludió que la recién nacida desde su nacimiento se le hospitalizó en la unidad de cuidados intensivos neonatales por presentar el diagnóstico de síndrome de aspiración de meconio, insuficiencia respiratoria secundaria, riesgo de sepsis con infecciones maternas, sepsis temprana e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, mencionó que a pesar del citado manejo, la recién nacida evolucionó tórpidamente y con mala respuesta al tratamiento, suscitándose falla pulmonar, falla metabólica, falla cardíaca, que originó paro cardiorespiratorio el día 14 de diciembre de 2018 dos mil dieciocho.

A su vez, el Subdirector Médico, remitió copia del expediente clínico del Hospital Materno Infantil de Irapuato a nombre de XXXXX, documental en el cual consta la atención brindada a la paciente del cual se aprecia y se describe lo siguiente:

- Nota de Urgencias Obstétricas de fecha 11 once de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, a las 10:51 diez horas con cincuenta y un minutos, así como la Hoja de control del trabajo de parto, ambas documentales suscritas por la doctora Graciela Morales, quien apuntó como tratamiento *pasar a labor*. (Foja 34)
- Hoja de indicaciones médicas fechada el 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, a las 11:21 once horas con veintiún minutos, en el que la doctora Graciela Morales Solorio, ordenó estudios de laboratorio, administración de soluciones Hartman y glucosa. (Foja 39)
En la citada documental, se aprecia que a las 13:10 trece horas con diez minutos, se ordenó la colocación de misoprestol y inervaginalDU, posteriormente a las 18:00 dieciocho horas, se solicitó la colocación de la misma solución, sin que se plasmara la firma del médico (a) que lo requirió.
- Así también, se aprecia que fue hasta las 08:00 ocho horas del día 12 doce de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, que la doctora Estrada, prescribió la solución Hartman, Glucosa y Oxitocina. Así también se aprecia que el mismo día a las 14:00 catorce horas, la doctora Mendoza, indicó aumento de dosis de infusión con oxitocina y la vigilancia de actividad uterina.
- En la nota de postparto de fecha 12 doce de diciembre de 2017 dos mil diecisiete se anotó que a las 16:47 dieciséis horas con cuarenta minutos se registró el evento obstétrico, de una recién nacida que nació viva sin ninguna complicación y con la aplicación de oxitocina. Posteriormente, se aprecia anotaciones hasta el día 13 trece de diciembre de 2017 dos mil diecisiete a las 08:00 ocho horas, en el que la doctora Rocío Téllez Solórzano, asentó nota de evolución. (Foja 36 y 36v).

Nótese que del expediente clínico a nombre de XXXXX, no se desprende la atención que haya recibido la entonces paciente, en un lapso de las 18:00 dieciocho horas del día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete hasta las 08:00 ocho horas del día 12 doce del citado mes y año, así como de las 14:00 horas del día 12 doce de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, hasta la nota postparto del día 13 trece de diciembre del mismo año a las 08:00 ocho horas, ni así constan los reportes de supervisión constante a la paciente, ni del producto de la gestación.

Del mismo modo, este organismo recabó al caso, la declaración de la doctora Eva Mendoza Barrera, quien además admitir su participación en la atención brindada hacia la paciente que surgió a partir de las 14:00 catorce horas del día 12 doce de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, asistiendo el parto de la quejosa conduciéndose

con respeto en todo momento sin atribuirle responsabilidades, precisó el nombre de las servidoras públicas que participaron en la atención médica de la quejosa, según lo observado por el expediente clínico, al decir:

“...no fui la única doctora que atendió a esta paciente, de hecho fui la última y fui yo quien atendió su parto, por lo que no estoy de acuerdo con los señalamientos que realiza de que hubo una alguna atención inadecuada de mi parte. Conforme al expediente clínico, esta paciente ingresó por el área de urgencias el día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete de donde fue canalizada al área de labor de parto del Hospital Materno Infantil de Irapuato; obra en el expediente nota médica de que a las 11:21 once horas con veintiún minutos fue atendida por la doctora Graciela Morales Solorio, luego a las 13:10 trece horas con diez minutos por la doctora Shaila Berenice Soria Torres; a las 19:40 diecinueve cuarenta horas de la misma fecha fue valorada por la doctora Liliana Hernández; por la noche hubo otros ginecólogos, desconozco quién estuvo pero a las 08:00 ocho horas del día 12 doce de diciembre, esto es antes que yo, la valoró la doctora Yuri Estrada; y, fue hasta las 14:00 catorce horas del día 12 doce de diciembre de 2017 dos mil diecisiete que tuve el primer contacto con la paciente al recibir la guardia y puede observarse en las notas médicas que aparecen en el expediente clínico que al momento en que yo valoré a la paciente, ésta se encontraba en condiciones para un parto natural....momento en que yo atendí a la paciente, sus condiciones eran adecuadas para un parto natural...”

Así mismo, aseveró que el nacimiento del producto de la gestación resultó sin complicaciones precisando que no hubo meconio, a literalidad dijo:

“...En cuanto a las condiciones en que se dio el parto, me refiero a la nota que al efecto se elaboró, puede advertirse de la misma que el nacimiento fue sin complicaciones, yo no ubico a la paciente por el número de personas que atendimos, pero en la nota post-parto que se elaboró inmediatamente después de la atención, aparece que no hubo meconio, no hubo complicaciones y la calificación que otorgó el pediatra fue un apgar de 7 siete, el cual aun cuando no aparece asentado en el apartado correspondiente de la nota de post-parto, sí aparece en el certificado de nacimiento con folio XXX en el punto 22 veintidós, y del cual presento copia en este momento, dicha calificación corresponde a una calificación buena en un parto natural y dicho certificado lo llenó el pediatra que recibió al niño...”

En este orden de ideas, se tiene acreditado por el dicho de la doctora Eva Mendoza Barrera y por las notas médicas que integran el expediente clínico de la inconforme, que además de ella, el siguiente personal médico tuvo participación directa en la atención brindada a la quejosa del día 11 once al 12 doce de diciembre de 2017 dos mil diecisiete: Graciela Morales Solorio, Shaila Berenice Soria Torres, Liliana Hernández, Yuri Estrada Montufar; sin que hasta este momento se conozca el personal médico encargado del turno nocturno del día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, es decir de las 18:00 dieciocho horas del día 11 once a 08:00 ocho horas del día 12 doce de diciembre 2017, pues ni la autoridad en su informe, ni en las notas médicas del expediente clínico existe referencia en atención médica brindada hacia la quejosa durante ese lapso de tiempo.

Por su parte, la doctora Graciela Morales Solorio, refirió que el único trato que tuvo con la quejosa, fue recibirla en urgencias, y que al revisarla determinó canalizarla al área de labor de parto, para aplicación de inducto-conducción, ya que contaba con un embarazo de 41.2 semanas de gestación y lo recomendable como máximo para trabajo de parto son 41 semanas, pues mencionó:

“...Enterada de la queja que fue presentada por la persona que me indican es de nombre XXXXX, preciso que no recuerdo físicamente a esta persona pero conforme a las copias certificadas que se me ponen a la vista del expediente clínico que de dicha paciente obra glosado en el expediente de queja, puedo señalar que la suscrita únicamente tuve trato con esta persona al recibirla en urgencias que es el área al que me encuentro adscrita; como puede apreciarse en la nota de urgencias obstétricas, esta persona se presentó el día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete a las 10:00 diez horas con 51 cincuenta y un minutos; al revisarla no presentaba pérdidas vaginales, ni dilatación alguna; sin embargo por última fecha de regla tenía 41.2 semanas de gestación, por lo que determiné que debía pasar al área de labor ya que como máximo es una espera de 41 cuarenta y un semanas para que se presente el trabajo de parto y de no ser así, se canaliza a la persona al área de labor para que le sea aplicada inducto-conducción; es importante señalar también que al momento en que yo revisé a la paciente, el producto se encontraba vivo, con foco fetal de 140 latidos por minuto, esto es, en buenas condiciones; en el momento en que yo la vi no presentaba ningún signo de algún requerimiento de cesárea por lo que, únicamente le informé que pasaría al área de labor y sería en esta área donde se le daría seguimiento a su atención para su alumbramiento...”

En tanto, la ginecóloga Shaila Berenice Soria Torres, aceptó haber atendido a la quejosa el día 11 de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete a las 13:20 horas, señaló haber apreciado a la quejosa en óptimas condiciones para un parto vía vaginal, al no existir ninguna situación de riesgo, refirió haber indicado la aplicación de medicamento para provocar las contracciones uterinas, entregando el servicio a las 14:00 horas, pues mencionó:

“...una vez que fue ingresada a labor por el área de urgencias, al revisarla, la paciente no presentaba alguna indicación que nos llevara a no intentar la resolución por vía vaginal, sino por el contrario sus condiciones eran óptimas para intentar un parto vía vaginal ya que presentaba pelvis adecuada y condición fetal normal por lo que conforme a los protocolos médicos, cuando existen estas condiciones debe procurarse el parto vía vaginal al no haber alguna situación de riesgo; en razón de ello tal como se aprecia en mi indicación a las 13:20 trece veinte horas del 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, se determinó la inducto-conducción que es el inicio para el trabajo de parto, la prescripción de medicamento para provocar las contracciones uterinas; a las 14:00 catorce horas entregué servicio...”

Ahora bien, se resalta que la Jefa de Pediatría, Rosalinda Pérez Zamudio, desvirtuó la información rendida por la doctora Eva Mendoza Barrera, quien recordemos fue quien atendió el parto, pues contrario a lo indicado por la servidora pública, la primera de las mencionadas indicó que la recién nacida presentó síndrome de aspiración de

meconio lo que originó insuficiencia respiratoria, además que presentaba meconio en los pulmones lo cual fue la causa fundamental de su fallecimiento, al decir:

“...la recién nacida de apellido XXXXX, presentó síndrome de aspiración de meconio, ello fue asentado en la nota médica que elaboró la neonatóloga Laura María Lerma Pérez, quien fue requerida por el médico general ya que la recién nacida presentó problemas al nacimiento; como datos para determinar el síndrome de aspiración de meconio, la doctora consideró la presencia de líquido meconial del cual se hace una graduación que inicialmente fue realizada por médicos que atendieron a la paciente XXXXX, ya que, según lo que obra en el expediente, antes del nacimiento de la niña se había detectado ya la presencia de este líquido, el cual en base a su aspecto se realiza una graduación en cruces y en el presente caso se graduó como “+++”; según el expediente, al nacer la bebé lloró y respiró pero inmediatamente dejó de hacerlo, por lo que se iniciaron las maniobras para recuperar la respiración y se logró, requiriendo en este momento la presencia de la neonatóloga quien indicó el tratamiento a seguir para la atención así como la realización de estudios y radiografía, siendo ésta última la que confirmó con los datos antes indicados la presencia de un síndrome de aspiración de meconio, como consecuencia de ello, la presencia de una insuficiencia respiratoria. Se identificó también un riesgo de sepsis por infecciones maternas...En cuanto a la presencia del meconio en los pulmones fue la causa fundamental que se determinó generó el fallecimiento de la recién nacida ya que el meconio llegó a los pulmones pero además se impactó en ellos, este es, se absorbió en varias partes del pulmón, lo cual no permitió a la bebé llevar a cabo el proceso de respiración de manera adecuada, a pesar de haber dado seguimiento al protocolo médico establecido para este tipo de casos...”

De tal forma, también se encuentra probado que en dicho proceso médico se presentaron complicaciones con la recién nacida, las cuales derivaron su fallecimiento el día 14 catorce de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, a causa de complicación respiratoria por presentar meconio en los pulmones.

El punto de las diversas divergencias advertidas hasta este momento, aunado a que se desconoce si la quejosa recibió atención médica durante el turno nocturno del día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, es necesario entonces conocer sobre si la autoridad brindó o no la atención adecuada, cuestión eminentemente técnica, para lo cual esta Procuraduría solicitó apoyo a la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico, la cual de conformidad con las pruebas glosadas al expediente de la oficina de este *Ombudsman*, emitió la opinión médica XXX/18 en la que concluyó que sí se encontró una mala praxis por parte de la autoridad estatal, en específico del personal de ginecología y obstetricia, a saber:

1. La Atención brindada a la paciente XXXXX, por parte de los médicos especialistas del Servicio de Ginecología y Obstetricia en el área TOCO-CIRUGIA que indicaron la inducto-conducción del trabajo de parto, no fue apegada a las obligaciones de medios y seguridad dictados tenía NOM-007-SSA2- 2016, así como en la Guía de Vigilancia y Manejo del trabajo de parto de bajo riesgo, al no otorgar la adecuada vigilancia como se establece en los numerales: 5.5.7, 5.5.10, 5.5.11.

2. La Atención brindada por los médicos especialistas en Gineco-obstetricia que valoraron y brindaron el seguimiento de la atención obstétrica a la C. XXXXX durante su estancia en el servicio de TOCO CIRUGIA, no fue apegada a las obligaciones de medios y seguridad especificados en la "Guía de Inducción y conducción de trabajo de Parto", al no valorar y vigilar de manera adecuada, completa, metódica, descriptiva y no haber documentado, la evolución del binomio.

3. La asfixia perinatal que presento el recién nacido, derivaron de diversos factores, entre los que se encuentran los siguientes: Diabetes gestacional, presencia de líquido amniótico meconial, mal uso de los inductores del trabajo de parto (Misoprostol, oxitócica), parto prolongado, presencia de ruptura precoz de membranas y la falta de vigilancia adecuada del trabajo de parto.

Aunado a lo anterior, señala incumplimiento a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, por el servicio de ginecología y obstetricia, en los diferentes turnos en cuanto a la integración de la documentación con la que debe de contar el expediente clínico de XXXXX, pues advierte:

4. Existe falta de apego y observancia a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004- SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO, en cuanto a la integración de la documentación con la que debe de contar el expediente clínico en base al APEN DICE A (Informativo) Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad por parte de los médicos de Ginecología y Obstetricia en los turnos matutino y vespertino que atendieron a la C. XXXXX...”

La narrativa anterior, permite colegir con certeza que la atención médica brindada a la quejosa, responsables de la inducto-conducción del trabajo de parto, así como los que realizaron valoración y seguimiento, no fue apegada a las obligaciones de medios y seguridad dictados por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, ni así en la Guía de vigilancia y manejo del trabajo de bajo riesgo, al no otorgar la adecuada vigilancia y valoración, sin que además se documentara la evolución del binomio, así como el no seguimiento de los estándares establecidos por normas oficiales mexicanas, lo cual fue profundizado en el apartado de análisis de la opinión médica, en la cual se expuso:

“...De acuerdo a la Valoración de la Dra. Hernández indica la administración del medicamento anteriormente señalado, no obstante no se encuentran documentadas la totalidad de los criterios señalados con antelación como lo son: Dilatación, Borramiento y consistencia del cérvix, Actividad uterina y Frecuencia cardíaca fetal y registro cardiotocográfico, aunado a esto no existe la elaboración del consentimiento informado como lo indícala NOM-007-SSA2-2016 en su numeral 5.52 "La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado". El cual no existe por lo que se

incurre en su obligación de medios y seguridad. De acuerdo a la Guía de práctica clínica en la inducción del trabajo de parto deben de estar disponibles los recursos electrónicos para vigilar la frecuencia cardíaca fetal y el monitoreo de las contracciones uterinas. Sin embargo no existe evidencia dentro del expediente clínico de este precedente. Considerando como un punto de práctica clínica el valorar el bienestar fetal después de la colaboración mediante un trazo de cardiotocograma sin embargo no fue realizado...Al día siguiente se inicia con la conducción del trabajo de parto con oxitócica a partir de las 08:00 horas, siendo aumentada la dosis de infusión sin especificar la dosificación en las indicaciones a las 14:00 horas. De acuerdo a lo signado en el partograma existe una vigilancia deficiente en el trabajo de parto a pesar de encontrarse la paciente bajo la conducción de trabajo de parto desde las 08:00 horas del día 12 de diciembre del 2017, cuando fue iniciada la infusión de oxitócica, de acuerdo a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 en su numerales 5.510, 5.511; en primer lugar al no monitorear cada 30 a 60 minutos por periodo de 10 minutos la frecuencia cardíaca fetal, además de que no existe a partir de esta hora una vigilancia cada hora de las modificaciones cervicales, variedad y descenso para identificar oportunamente la condición del binomio de manera integral teniendo en cuenta la posibilidad de identificar alguna distocia. De acuerdo lo anterior y a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos, al igual que la frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos, Cuidando en todo momento la frecuencia cardíaca basal detectando descensos o ascensos bruscos de dicho parámetro, que pudieran comprometer cambios que originen hipoxia en el producto. Además de que deberán realizar el chequeo de las modificaciones cervicales cada hora para evitar oportunamente las distocias...existe una falta de previsión de los riesgos para el binomio existe evidencia clínica documentada de factores maternos que aumentaban los riesgos de posibles complicaciones al momento del parto, sin embargo no hubo una valoración ni seguimiento adecuado durante la evolución el trabajo de parto en el cual se presentaron complicaciones. De acuerdo a las diferentes valoraciones obstétricas, es indicado en diferentes ocasiones la aplicación demisoprostol sin embargo se reitera la falta de vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y contractibilidad uterina dentro del partograma, donde existe falta de vigilancia completa a partir de las 07:00 horas del 12 de diciembre del 2018 hasta el momento del parto a las 16:47 horas...

Incluso, de la opinión médica confirma la omisión previamente advertida por quien resuelve, respecto a la nula vigilancia del turno nocturno matutino hasta el momento del parto vespertino por el servicio de Ginecología y Obstetricia, así como la discrepancia advertida con anterioridad respecto a que la Jefa del Servicio de Pediatría, aseveró que existieron complicaciones en el nacimiento de la recién nacida al presentar meconio, pues se lee:

"...Con relación al partograma se debe de reiterar su gran importancia en el expediente clínico obstétrico, ya que en él se registran todos los procedimientos realizados a la paciente durante el trabajo de parto, destacando en este caso en particular su llenado fue deficiente, de la mayoría de los apartados, existiendo nula vigilancia en el turno nocturno matutino hasta el momento del parto en el turno vespertino. Recordemos que es una paciente que se encontraba con inducto-conducción del trabajo de parto. En diferentes estudios ha sido muy criticada La inducción y conducción del trabajo de parto normal, porque se ha observado que es utilizada mucha de las veces solo con el objetivo de aprontar el parto, sin embargo en este caso en particular si se encontraba justificada por ser un embarazo pos termino, sin embargo existe no existe la evidencia documentada de la adecuada valoración para llevar la inducción y conducción del trabajo de parto y aún menos de una vigilancia adecuada...

Existe una discrepancia importante en los datos signados en la Nota Posparto en relación a lo signado por el servicio de enfermería y el resumen realizado la Dra. Rosalinda Pérez Zamudio Jefe del servicio de Pediatría en donde se reporta la evidencia de la presencia de meconio más un síndrome de aspiración de meconio, ya que en el reporte se reportó como líquido amniótico claro...En ningún parámetro de la Nota posparto establece las condiciones o el momento que se presentó el Síndrome de Aspiración de Meconio, de acuerdo a lo señalado en el resumen de la Jefatura del Servicio de Pediatría en recién nacido presento Insuficiencia respiratoria secundaria, o también llamada Asfixia en el recién nacido la cual se sospecha cuando aparecen de manera temprana: Dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular y/o reflejos, y alteraciones de la perfusión; debemos recordar que existían factores de riesgo Maternos por la presencia de comorbilidad obstétrica por la presencia de diabetes gestacional..."

Por último, explica la deficiencia en el correcto llenado del expediente clínico al mencionar:

"...además de que se omiten datos relevantes establecidos tanto en la NOM-004-SSA3-2012 en la numeral 5.10 la cual establece: "Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables" Además de omisiones e inobservancias de acuerdo a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 de acuerdo a las numerales: 5.5.20 Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:5.5.20.3 Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar; sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, de conformidad con los Apéndices E, F, G y 1-I Normativos, de esta Norma, y5.5.20.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones".

Se considera entonces, que la asfixia perinatal de la recién nacida, derivó de factores como la diabetes gestacional, presencia de líquido amniótico meconial, mal uso de inductores de parto como misoprostol y oxitocina, parto prolongado, ruptura precoz de membranas y falta de valoración, seguimiento y vigilancia durante el trabajo de parto tras el mal uso de inductores de trabajo de parto.

Luego, la actuación del personal médico que intervino en el proceso de inducto-conducción del parto de la quejosa, fue en desapego de lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, la cual advierte que para la inducción y conducción del trabajo de parto así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de

la paciente, además de que las contracciones uterinas deben estar monitoreadas de 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos, verificando la frecuencia cardíaca fetal, antes, durante y después de las contracciones, control a cada 30 a 45 minutos, lo que en la especie no ocurrió, pues el expediente clínico no revela que tales acciones se hayan emprendido en favor de la quejosa, pues se lee:

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016:

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado...

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

Así mismo el mismo expediente clínico revela Notas Médicas con abreviaturas, con indicaciones sin contener el nombre y firma del médico que las llevó a cabo, incluso la carencia de anotaciones médicas durante el lapso de las 18:00 dieciocho horas del día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete a las 08:00 ocho horas del 12 de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, así como de las 14:00 horas del día 12 doce de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, hasta la nota postparto del día 13 trece de diciembre del mismo año, en desapego a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico:

5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.7 En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

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

*5.10 **Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.***

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

5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

Por lo anterior, es dable invocar lo decantado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que ha reafirmado que el derecho a la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana y no puede ser suspendido bajo ninguna circunstancia; en este orden de ideas, la citada Corte ha desarrollado el vínculo entre los derechos a la integridad personal, la vida, y el derecho a la salud, estableciendo que se rencuentran directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana, concretamente en la sentencia del caso **Albán Cornejo y otros vs Ecuador**, en el cual a la letra asumió el siguiente criterio:

La Corte ha reiterado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana. Asimismo, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público (artículo 10)... La responsabilidad estatal puede surgir cuando un órgano o funcionario del Estado o de una institución de carácter público afecte indebidamente, por acción u omisión, algunos de los bienes jurídicos protegidos por la Convención Americana. También puede provenir de actos realizados por particulares, como ocurre cuando el Estado omite prevenir o impedir conductas de terceros que vulneren los referidos bienes jurídicos... De las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos derivan deberes especiales, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre (...)

Continuando bajo la misma línea argumentativa, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 14 catorce, intitulada “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, determinó cuatro características del derecho a la salud que se encuentran interrelacionadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Así, la Observación General señala que por lo que hace a la disponibilidad debemos entender:

“Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”.

En tanto, la accesibilidad se refiere a que: “*Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte*”. En lo relativo a la aceptabilidad, se entiende que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Además, cabe mencionar que la integración de los expedientes clínicos es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, historial inherente a su tratamiento, por lo que las instituciones de salud son responsables de su cumplimiento.

Al respecto, en la sentencia del caso *Albán Cornejo y otros vs Ecuador*, en el numeral 68 sesenta y ocho, refiere:

“En términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza...”

Por otra parte, se considera que la protección otorgada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, concretamente lo descrito en el artículo 4° cuarto, en el que se establece como una prerrogativa del Estado el proteger la salud de los gobernados; y para dar cumplimiento a dicha obligación se deben crear tanto legislación como políticas públicas encaminadas a otorgar entre otros, servicios para promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, regulados para que en forma eficiente respondan a las demandas y necesidades vitales de la población, en todos los establecimientos que formen parte del sector salud.

De esta forma, existen en el sumario elementos suficientes para acreditar que las funcionarias médicas adscritas al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, que participaron en el proceso de inducto-conducción entre las que se tiene identificadas dentro del sumario como Eva Mendoza Barrera y Shaila Berenice Soria Torres, así como el servicio del área de Ginecología y Obstetricia que laboró en el turno nocturno- matutino del día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete al 12 doce del citado mes y año en cita, incurrieron en omisiones que tuvieron relación directa en el desenlace desfavorable de la atención médica del binomio conformado por la señora **XXXXX y su hija**, ello en el mes de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, pues entre otras circunstancias, se encuentra plenamente acreditado la falta de apego de dichos funcionarios a las directrices normativas relativas al uso de oxitocina e inducción al parto, seguimiento, valoración y vigilancia, así como la integración del expediente médico, razón por la cual es dable emitir señalamiento de reproche al respecto en contra de la citada autoridad estatal en cuanto a la **Violación del Derecho a la Protección de la Salud** que le fuera reclamada.

- **Violencia Obstétrica**

Esta Procuraduría no desdeña, que si bien la doctora Eva Mendoza Barrera, negó haberle generado violencia obstétrica a la quejosa al realizarle comentarios relativos a que sería su culpa si su hija recién nacida falleciera por no *echarle ganas*, también es cierto que el personal médico que intervino en el proceso de inducto-conducción de la quejosa entre los que se encontraba la citada profesionista y la doctora Shaila Berenice Soria Torres, así como el servicio del área de Ginecología y Obstetricia que laboró en el turno nocturno- matutino del día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete al 12 doce del citado mes y año, realizaron un mal uso de los inductores de trabajo de parto (Misoprostol, oxitócica) al ocasionar un parto prolongado con presencia de ruptura precoz de membranas sin la vigilancia adecuada para el trabajo de parto, lo cual generó que XXXXX, padeciera un sufrimiento adicional durante la labor de parto, que razonablemente pudo haber sido evitada si la atención médica hubiera sido adecuada, pues recordemos que a literalidad mencionó:

“...varios médico, ordenaron que me aplicaran medicamento para provocarme los dolores, yo les decía que me sentía muy mal, pues pasaban las hora y yo no dilataba...pedía a los médicos que me revisaron que fueron hombres y mujeres que por favor ya me hicieran la cesárea pero una doctora me decía que no me iban a operar que yo tenía buena cadera para aliviarme normal. Transcurrieron 24 veinticuatro horas sin que yo dilatara a pesar del medicamento y los fuertes dolores que me provocaron el bebé seguía sin nacer y los doctores sin hacer caso...la ginecóloga de apellido Mendoza no quería que según son reglas del hospital que tenía que aliviarme de forma natural...”

Por tal motivo, se tiene acreditada que la quejosa sufrió violencia obstétrica por el personal de salud anteriormente invocado, ante lo cual es dable invocar que en la Recomendación General XXX/2017, precisa que las acciones u omisiones que realicen los integrantes del personal de salud, pueden incurrir menoscabo de diversos derechos humanos de las mujeres en relación con la protección de la salud reproductiva a saber:

“...el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva...”²

La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.

Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.

La violencia obstétrica resulta en una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que en casos severos llega a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.

Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo concluye que las funcionarias médicas adscritas al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, que participaron en el proceso de inducto-conducción entre las que se tiene identificadas dentro del sumario como Eva Mendoza Barrera y Shaila Berenice Soria Torres, así como el servicio del área de Ginecología y Obstetricia que laboró en el turno nocturno- matutino del día 11 once de diciembre de 2017 dos mil diecisiete al 12 doce del citado mes y año en cita, son responsables de la violencia obstétrica en agravio de **XXXXX**, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, motivo por el cual es de formularse pronunciamiento de reproche en su contra.

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

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

² CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, de 31 de julio de 2017, p.8.

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.

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 109 fracción III tercera 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 violación del Derecho a la Protección de la Salud de **XXXXX** y su hija, 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 en derecho fundado, se emiten las siguientes conclusiones:

RECOMENDACIONES

**Al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato,
Doctor Daniel Alberto Díaz Martínez:**

PRIMERA.- Se inicie procedimiento administrativo en los términos siguientes y en contra del siguiente personal de la salud involucrado en los hechos materia de las presentes inconformidades, a saber:

- Doctoras **Shalia Berenice Soria Torres** y **Eva Mendoza Barrera**, adscritas al **Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato**, respecto de la **Violación del Derecho a la Protección de la Salud y Violencia Obstétrica**, acreditada en agravio de **XXXXX** y su hija recién nacida.
- Se realice una investigación profunda que determine la identidad de todos los médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia responsables en la atención de la paciente **XXXXX**, durante el proceso de inducción-conducción de parto y una vez hecho lo anterior, se realice procedimiento disciplinario en su contra respecto de la **Violación del Derecho a la Protección de la Salud y Violencia Obstétrica**, en agravio de **XXXXX** y su hija recién nacida.

SEGUNDA.- Gire instrucciones a quien corresponda y se indemnice pecuniariamente como forma de Reparación del Daño a:

- **XXXXX**, por la violación a sus derechos humanos a causa de los actos atribuidos al personal médico del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato.

TERCERA.- Como medida de reparación del daño:

- Se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requiera la quejosa **XXXXX**, además de los familiares directos que lo necesiten respecto de las afectaciones físicas y emocionales que haya sufrido a consecuencia de los hechos que nos ocuparon, siempre y cuando ellos así 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.- Se diseñen e impartan al personal médico, de enfermería y trabajo social del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, un curso de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de violencia obstétrica y otro en la debida observancia de la **NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**, el cual deberá ser impartido por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al citado personal de salud, así como de la **NOM-004-SSA3-2012** a efecto de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento.

QUINTA.- Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, en la que se les proporcione información de los siguientes estándares:

- 1) **Del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez;** y
- 2) **Sobre las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la mujer**, en el que también se les exhorte a su debida observancia y cumplimiento.

SEXTA.- Realice las acciones conducentes para que el personal adscrito a la Unidad Médica y de enfermería, adopte las medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que sean

generados con motivo de la atención médica, se encuentren debidamente integrados y protegidos conforme a la normatividad aplicable.

La autoridad se servirá 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 **José Raúl Montero de Alba**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.

L.JRMA*L. LAEO* L. MMS.