

León, Guanajuato, a los 27 veintisiete días del mes de julio del año 2015 dos mil quince.

VISTO para resolver el expediente **113/14-D** relativo a la queja presentada por **XXXXX** y ratificada por **XXXXX**, respecto de actos que consideran violatorios de Derechos Humanos cometidos en su agravio, que atribuye a **PERSONAL MÉDICO ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL “FELIPE G. DOBARGANES” DE SAN MIGUEL DE ALLENDE, GUANAJUATO.**

Sumario.- XXXXX, señaló que fue vulnerado el derecho humano a la vida de su hermana **XXXXX**, a quien en fecha 5 de agosto de 2014 dos mil catorce, se le realizó procedimiento médico en el Hospital General “Felipe G. Dobarganes” de la ciudad de San Miguel de Allende Guanajuato, consistente en que le fue colocado un catéter de diálisis peritoneal. Con posterioridad el día 15 de agosto de ese año fue nuevamente internada en el mencionado hospital, porque se detectó enrojecimiento en el sitio de inserción del catéter, lo que le ocasionó una infección, se ordenaron baños, la sacudieron en su cama, la voltearon y doblaron en forma fetal, informándole que sería intervenida quirúrgicamente el 17 del mes y año en mención, pero se pospuso hasta el día 19 de agosto, sin embargo falleció a las pocas horas, es decir el día 20 de agosto de 2014. **XXXXX**, hija de la agraviada ratifico la queja y abundó que se percató de la falta de higiene en el lugar en que permaneció su mamá.

CASO CONCRETO

Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

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

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

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

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

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

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

- *Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas (...) esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal Médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.*
- *Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y Médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal Médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.”.*

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

Mala Práctica Médica

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

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

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

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

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

La Corte Interamericana de Derechos Humanos dentro de este contexto, respecto al derecho a la vida, ha establecido en esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.

Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.

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

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

En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.

Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.

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

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

XXXXX, atribuyó el fallecimiento de su hermana **XXXXX**, por la deficiente atención médica que se le brindó en el Hospital General “Felipe G. Dobarganes” de la ciudad de San Miguel de Allende, Guanajuato, al retrasar su intervención quirúrgica, todo derivado de que le fue colocado un catéter de diálisis peritoneal para tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal intermitente, en fecha 5 cinco de

agosto 2014 dos mil catorce, pero que el día 15 quince de agosto 2014 dos mil catorce, tuvo que ser internada ya que presentaba enrojecimiento en el sitio de inserción del catéter y un fuerte dolor a la palpación del trayecto del mismo, lugar en donde estuvo hospitalizada desde el día 15 al 20 de agosto del mismo año y pese a que era evidente la dificultad para la salida de líquido, y que había sido programada para intervención quirúrgica para cambio o retiro del catéter para el día 17 de agosto, fue hasta el día 19 del mismo mes y año en que fue intervenida, localizando una infección de peritonitis secundario a la diálisis peritoneal de varios días de evolución, teniendo como consecuencia la pérdida de la vida, el día 20 de mismo mes y año.

Señalando como responsables a los Doctores **Alberto Meza Estala, Juan Carlos Medina Vázquez, Antonio Alejandro Rojas Lozano, Raúl Alejandro Núñez Torres, Héctor Gustavo López García, María Renee Ramírez Loustalot Laclette**, así como al Director del mismo Hospital **Jorge Vidargas Rojas**.

Con el **Certificado de Defunción** a nombre de **XXXXX** (foja 53), se confirmó su fallecimiento el día **20 de agosto del 2014**, con causa de **muerte por choque séptico de evolución de un día y por peritonitis con evolución de 5 días**, con diverso estado patológico de Insuficiencia Renal crónica de un año de evolución, documento suscrito por el Doctor **Heriberto Martínez Flores**.

Al respecto, el Doctor **Heriberto Martínez Flores** (foja 168) (en contra de quien no se dirigió queja), confirmó haber emitido el aludido Certificado de Defunción, pero no haber participado en el seguimiento de atención medica de la paciente **XXXXX**, aunque si apoyó al Doctor **Alberto Meza Estala** el día **20** de agosto del 2014, para **reanimación** de la citada paciente, lo que no se logró, hasta **registrarse su deceso**.

Reanimación aludida por el enfermero **Luis Enrique Rubio Galicia** (foja 173), al referenciar que recibió en piso a la citada paciente, luego de su intervención quirúrgica por la que le retiraron el catéter *tenckoff* disfuncional, con presencia de dolor que se incrementaba a pesar de los analgésicos indicados, ello con baja de presión.

A.- Imputación al Cirujano Alberto Jorge Meza Estala

Por su parte, el Doctor **Alberto Meza Estala** (asignado al servicio de cirugía general y en contra de quien si se enderezó queja), indicó que el día **19** de agosto de 2014 **le llamó su Jefe de Servicio**, el Doctor **Juan Carlos Medina Vázquez**, instruyéndole para atender a la paciente de mérito por encontrarse “muy delicada”, por lo que la valoró encontrándola con respiración rápida, fiebre, baja grave de presión y frecuencia cardiaca rápida, esto a las 21:00 horas, emprendiendo las acciones de reanimación, pero la paciente falleció a las 4:00 horas del día 20 de igual mes y año.

Pero llama la atención que el mismo Médico acotó que **desde el día 17 de agosto del 2014, él mismo había valorado a la misma paciente** a solicitud del Doctor **Samuel Cabrera Ruíz** para recambio de catéter de diálisis peritoneal, por lo que ambos acudieron a valorar a la paciente, a quien le encontró *exudado a través del orificio de salida del catéter*, que estaba acompañada con una familiar, a quien le comentó que tenía otra paciente grave en urgencias; según se desprende de su informe (foja 143):

*“...17 DE AGOSTO DEL 2014: Donde dice que el Médico de turno determino que la operaria para remover el catéter del sitio donde se colocó, comento lo siguiente: No existe en esa fecha solicitud del servicio de medicina interna por escrito en el expediente de interconsultas para dicha acción de retiro de catéter hacia el servicio de cirugía general a cual YO pertenezco; sin embargo a solicitud verbal del Dr. **Samuel Cabrera Ruiz** encargado del turno del día **17 de agosto** del año en curso el cual me pidió que valorara la posibilidad de recambio de catéter de diálisis peritoneal de la paciente **XXXXX** a lo cual en compañía del Dr. Cabrera nos dirigimos a la cama de la*

*paciente donde se encontraba un familiar acompañándola, al ver a la señora XXXXX la encontramos despierta sin fiebre, sin dolor abdominal y **si exudado a través del orificio de salida del catéter** así mismo le comente en presencia del Dr. Cabrera a la paciente XXXXX y a su familiar que tenía un paciente grave en urgencias que requería atención quirúrgica de emergencia a la cual me dirijo a quirófano a atenderla (paciente XXXX de 77 años a lo cual se le realizo laparotomía exploradora)”*

*“Al ingresar a mi turno del día 19 de agosto del presente (21:00 horas.) y, previa llamada telefónica de mi jefe de servicio Dr. **Juan Carlos Medina Vázquez**, en relación a que la paciente XXXXX **se encontraba muy delicada** en el servicio de medicina interna del hospital donde laboramos me dirijo inmediatamente a valorar a la paciente a su cama donde la encontraba en mal estado general, con respiración rápida, fiebre, frecuencia cardiaca rápida y baja grave de presión arterial por lo que tome acciones de inmediato (en compañía del Médico encargado de turno Dr. Heriberto Martínez Flores) para reanimar a la paciente XXXXX y explicándole a su vez a la familiar que se requería intubación endotraqueal ya que la paciente se encontraba en condiciones graves y en riesgo su vida, dicha familiar acepto el procedimiento en inclusive lo presencio a petición de ella, sin embargo a pesar de las medidas básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar la paciente fallece el 20 de agosto del 2014 a las 04:00 a.m., hago mención que durante mi turno nocturno de las 0:00 horas a las 6:50 a.m. del 20 de agosto del año en curso realice 2 procedimientos quirúrgicos de urgencias: XXXX. 4 años exploración inguinal y XXXXXX. 32 años resección intestinal y anastomosis”.*

Se cuenta con la declaración del enfermero **Edgar Ortiz Laguna** (foja 171), señalando que durante el día del **17** de agosto de 2014, la entonces paciente, tenía restricción de líquidos por su patología de insuficiencia renal e indicados enemas evacuantes para ayudar a eliminar excretas y para mover el intestino y provocar con ello la posible liberación del catéter reportado disfuncional, lo cual pudiera evitar una intervención quirúrgica, señalando que él hizo nota con catéter disfuncional, sin aparecer en sus notas que la paciente estuviera programada para cirugía, pues indicó:

*“... una vez que se me muestra la hoja de enfermería correspondiente al día **17 diecisiete de agosto**, que fue cuando me toco laborar en el área de hospitalización concretamente en medicina interna donde estaba ingresada precisamente en la cama número 34 treinta y cuatro, yo ese día ingrese a laborar a las 8:00 ocho de la mañana y terminé mi turno a las 20:00 veinte horas, al llegar registré en la hoja los signos vitales que presentaba la paciente misma que tenía una temperatura de 36.2°C, una frecuencia cardiaca de 74 setenta y cuatro y presión arterial de 130/90, con una frecuencia respiratoria de 18 dieciocho, estas lectura vitales se encontraban dentro de los **parámetros normales**, volví a hacer la lectura a las 16:00 dieciséis horas de los mismos signos registrando lo siguiente temperatura 36.4°C, frecuencia cardiaca 76 setenta y seis, presión arterial 140/90 y frecuencia respiratoria de 18 dieciocho, por lo que se siguió considerando dentro de los normal, se observa que dentro del reporte la **paciente tenía restricción de líquidos, esto derivado a la patología de base que era insuficiencia renal**, ese turno que estuve yo a cargo no se le estuvieron administrando soluciones parenterales (soluciones intravenosas) solo se le mantuvo con la dieta para nefropatía ya que esta está calculada en líquidos y no tenía ningún signos de inestabilidad hemodinámica (es decir sus signos no estaban alterados o fuera de parámetros normales) en administración de medicamentos todos los indicados orales fueron administrados y aceptados por la paciente, **tenía indicados enemas evacuantes que se administran a los pacientes con el fin de ayudar a eliminar la excretas**, estos se les indican cuando los pacientes tienen varios días sin defecar, el enema en estos casos **es indicado para poner en función el catéter, ya que a través de la movilización de los intestinos se puede liberar el catéter** y eso hace que se ponga en función es un procedimiento que se hace con el fin de verificar si es la causa por la cual tiene*

disfunción el catéter, esto lo hacen regularmente para evitar una manipulación quirúrgica, ese día tenía indicados dos enemas pero únicamente aceptó uno, como se indica en la hoja de enfermería; también quiero señalar que en turno del día 16 dieciséis de agosto y en el mismo día 17 diecisiete registré una nota en la que refiero que el catéter tenckoff (para realizar el procedimientos de diálisis) estaba disfuncional pero no puedo precisar si era al ingreso del líquido o al egreso ya que superaba el tiempo del procedimiento, de acuerdo a la hora de control de diálisis peritoneal en mi turno únicamente se hicieron dos recambios el día 16 dieciséis y el día 17 diecisiete, por lo que considero que no hubo cambio con la aplicación de los enemas a la paciente, ya que posteriormente en la misma hoja se observa que el procedimiento de diálisis fue suspendido, y también en la hoja de enfermería hay una nota del turno del día diecisiete por la noche que fue suspendido el procedimiento de diálisis peritoneal...”

“...en mis notas no existe ninguna que diga que la paciente está programada para alguna cirugía, es decir en el expediente seguramente no había indicación para tal procedimiento, y tampoco tenía indicado ayuno que parte del procedimiento para prepararlos para ingreso a quirófano...”

Al punto, el Doctor **Samuel Cabrera Ruíz** de medicina interna (en contra de quien no se dirigió queja) (foja 166), confirmó que en su guardia **nocturna** del día **17 al 18** de agosto de 2014, avisó al Doctor **Alberto Meza Estala** que a su vez el **Doctor Alejandro Rojas** había indicado que la revisión de la paciente que ocupa **seguía pendiente**, ya que el catéter de diálisis estaba disfuncional, **estaba saliendo demasiado lento**, por lo que se requería valoración para cirugía, por lo que el Doctor **Alberto Meza Estala** acudió a valorarla y le dijo que primero iba a intervenir quirúrgicamente a otra paciente y luego a ella, tal como lo mencionó la parte quejosa, pero como la primera cirugía se prolongó, la intervención de la ahora fallecida para el siguiente turno, pues comentó:

“El día 17 diecisiete de agosto de 2014 dos mil catorce, yo me encontraba de guardia en el turno nocturno en el hospital, en el área de urgencias a cargo de la guardia, por lo que el Médico internista Alejandro Rojas, me comentó de forma verbal que estaba pendiente de revisión la paciente XXXXX, así como otra paciente en el área de urgencias y que la primera estaba pendiente de revisión porque durante el día su catéter de diálisis estaba disfuncional es decir que no estaba haciendo la función correctamente porque estaba saliendo demasiado lento, por lo que se necesitaba valoración por el área de cirugía para un posible recambio, lo cual pudo haber ocurrido por diversas causas como son que se tape el catéter por fluidos, que se coagule la sangre y en éste último incluso se puede tratar de destapar con alguna solución siendo un medicamento que se llama heparina, lo cual supongo se había intentado durante la jornada acumulada de fin de semana, y por eso también supongo que el Doctor Rojas quería que se valorara por el Cirujano en este caso el Doctor Alberto Jorge Meza Estala, en razón de lo cual al tener yo estos dos pendientes le comenté de manera verbal la solicitudes al Doctor Meza Estala...”

“...ambos acudimos al área de hospitalización donde se encontraba la señora XXXXX, que al parecer era en la cama 29 veintinueve, donde el Doctor Meza, procedió a valorar a la paciente, determinó que si era necesario el recambio del catéter y le comenta a la paciente y al familiar que la acompañaba que en ese momento no había ningún dato de complicación en la paciente y que por la situación de la paciente de urgencias que estaba grave, trataría de hacer el procedimiento al término de la otra cirugía...”

“... Situación por la cual al ser valorada por el Doctor Meza la paciente XXXXX, se determinó que si era necesario el recambio del catéter, pero al tener una urgencia grave, se determinó intervenir primero a la otra paciente, lo cual en esos términos les fue

explicado tanto a la paciente como al familiar que la acompañaba, diciéndoles incluso que si era posible terminando la cirugía se iniciaba el procedimiento con ella, lo cual no fue posible ya que la primer cirugía se prolongó bastante tiempo, no recuerdo exactamente cuánto, pero ya no se alcanzó a hacer la cirugía de la señora XXXXX, por lo que al término del turno siguió quedando pendiente...

Nótese que la autoridad señalada como responsable (Doctor **Alberto Meza Estala**) no logró aportar elementos de prueba al sumario, a efecto de confirmar la imposibilidad de efectuar la **intervención quirúrgica que anunció** a la entonces paciente y su familiar durante la noche del **17 de agosto del 2014**.

Aplíquese al caso lo establecido por el artículo 43 cuarenta y tres de la **Ley para la Protección de los Derechos Humanos en el Estado de Guanajuato**, que estipula:

“La falta de rendición del informe o de la documentación que lo apoye, hará que se tengan por ciertos los hechos materia de la queja o denuncia, salvo prueba en contrario”.

Reflejado en el criterio del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, a saber del caso **Velásquez Rodríguez vs Honduras**, ventilado en la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que al respecto pronunció:

“180. No se atendieron los requerimientos de la Comisión en el sentido de informar sobre la situación planteada, al punto de que dicha Comisión hubo de aplicar la presunción de veracidad de los hechos denunciados por la falta de respuesta del Gobierno”.

Concatenado con lo dispuesto por el artículo **38 treinta y ocho del Reglamento de la misma Corte Interamericana**, que dispone:

“Se presumirán verdaderos los hechos alegados en la petición cuyas partes pertinentes hayan sido transmitidas al Estado en cuestión, si éste no suministra información relevante para controvertirlos dentro del Plazo fijado por la Comisión (...) siempre que de otros elementos de convicción no resulte una conclusión contraria”.

Retomando el contexto de los hechos, la enfermera **Selene Aguilar Domínguez** (foja 177), avaló la revisión del Doctor **Samuel Cabrera Ruíz** y del Doctor **Alberto Jorge Meza Estala** a la paciente, ordenando la suspensión del procedimiento de diálisis, pues esta presentaba vómitos y dolor de estómago, con presión “poco alta”, siendo ella quien insistió en su nota del día **18** de agosto del año 2014 sobre el catéter disfuncional, pues declaró:

“... yo me encontraba laborando en el área de medicina interna en el turno de la noche del día 17 diecisiete de agosto, entregando el turno en la mañana del día 18 dieciocho de agosto, que por el tiempo y la cantidad de pacientes que se atienden en dicho hospital no recuerdo en particular a la señora XXXXX, pero de acuerdo a las anotaciones que realicé en las hojas de enfermería puedo referir que la señora padecía insuficiencia renal, era hipertensa y estaba en proceso dialítico, es decir se le hacía diálisis peritoneal por la insuficiencia renal que tenía, y ese día yo hice una nota en la que señalé que el catéter estaba disfuncional en la misma nota señalo que se realizó dicho reporte al Doctor Cabrera y al Doctor Meza y éste último acudió a revisarla pero yo no estuve presente al momento de la revisión, refiriendo que cuando salió el Doctor de la exploración a la paciente me dio indicaciones que se suspendiera el procedimiento de diálisis para la paciente, también hice una nota que la paciente tenía dolor estómago y estaba vomitando... ese día se dejó a la señora en ayuno, se le suspendió la diálisis y se le puso suero; debiendo señalar que en el turno en el que yo la atendí no presentaba fiebre, la frecuencia cardíaca estaba bien, la glucosa estaba bien y

la presión la tenía un poco alta pero no alarmante y esto se debe a la insuficiencia renal...”

Siendo importante destacar que el **expediente clínico 80890** a nombre de **XXXXX**, reflejó a foja 57v, la nota del Doctor **Antonio Alejandro Rojas Lozano** el día **16** de agosto del mismo año a las 10:30 horas y 11:30 horas, dando cuenta de alerta, al anotar:

“Alerta, refiere dolor abdominal en los recambios” “La paciente con datos de disfunción, durante la noche solo se logran 3 recambios, se prescriben enemas evacuantes, de persistir con disfunción evaluar Rx abdomen y revalorarse por cirugía”

Siendo la siguiente anotación médica dentro del expediente clínico la del día **18** de agosto de 2014 por parte de la Doctora **María Renee Ramírez Loustalot Laclette**, señalando la disfunción del catéter en la paciente a quien le parecía *“datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, con presencia de dolor en hipocondrio derecho...Paciente con disfunción de catéter, se comenta con el servicio Médico de cirugía para el cambio de catéter, toma de citológico y citoquímico para descartar peritonitis”* (foja 57v). Además de referenciar la atención otorgada, se aprecia indicación de: *“valoración por cirugía”* a las 07:00 horas, y a las 14:10 horas ordena ayuno a partir de las 10:00 pm (foja 58v)

Ayuno ordenado que fue confirmado por la enfermera **María del Carmen Flores Silva** (foja 169), quien acotó que el día **18** de agosto de 2014 por la noche, la paciente de mérito contaba con la presión arterial baja, pero no alarmante y tenía indicado ayuno **a partir de las 22:00 horas** para procedimiento quirúrgico y ante ello presentó baja de glucosa por lo que el Médico (no refirió cuál) le autorizó proporcionarle 100 ml. de jugo y glucosa 10% 200 ml., siendo el nivel de azúcar en la sangre el único dato anormal de la paciente, pues aludió:

*“...trabajé el día **lunes 18 dieciocho de agosto del año 2014** dos mil catorce de las 20:30 veinte horas con treinta minutos a las 7:30 siete horas con treinta minutos del día 19 diecinueve de agosto del mismo año, yo me encontraba asignada al **área de medicina interna**, donde se encontraba según consta en las hojas de enfermería la señora **XXXXX**, señalando que el único día que me toco darle atención a esta señora fue el día 18 dieciocho de agosto... Una vez que se me muestra la hoja de enfermería del día que estuve a cargo de la sala de medicina interna respecto de la señora **XXXXX**, puedo referir que dicha paciente estuvo manejando durante mi turno una temperatura de 36.4°C, que se considera normal, frecuencia cardíaca de 94 pulsaciones por minuto que podría considerarse un poco elevada pero no alarmante, porque esto depende de muchos factores, la presión arterial estaba un poco baja, por lo que no se le administra el medicamento antihipertensivo de nombre telmisartan de las 2:00 dos de la mañana, por presentar hipotensión es decir presión baja, para las cifras que ella manejaba, debiendo aclarar que **tenía indicado ayuno a partir de las 22:00 veintidós horas porque le iban a hacer un procedimiento quirúrgico el día siguiente 19 diecinueve de agosto**, a esa hora más o menor detecto que tiene glicemia es decir tenía un poco baja la glucosa de la normal ya que tenía 68 sesenta y ocho y la normal se considera de 70 setenta, por lo cual **pedí autorización al Médico encargado para darle jugo y que subiera su presión, al autorizarlo le di 100 cien mililitros de jugo**, debiendo aclarar que la señora según la hoja de enfermería **se le estaba administrando antibiótico** de nombre dicloxacilina, y no tenía ningún medicamento para inhibir la temperatura, además se le estaba pasando glucosa al 10 % diez por ciento 200 mililitros, a las 2:00 dos de la mañana le vuelvo a tomar otra glicemia para determinar la cantidad de glucosa en sangre que fue de 69 sesenta y nueve, **a las 2:30 dos treinta se la vuelvo a checar que fue de 157** ciento cincuenta y siete, **y a las 6:00 seis horas fue de 114** ciento catorce, siendo el nivel de azúcar en sangre lo único fuera de lo normal que presentaba la señora según la hoja de enfermería”*

Por su parte el Doctor **Antonio Alejandro Rojas Lozano**, internista, señaló haber atendido a la paciente de mérito el día **16** de agosto de 2014, quien se encontraba hospitalizada con diagnóstico de insuficiencia renal, acudiendo a sesión de diálisis peritoneal programada; reportándose el día **17** de mismo mes y año la dificultad de entrada y salida de líquido por lo que él, solicitó enemas evacuantes y **radiografía** de abdomen, con lo que **advirtió la migración del catéter**, lo que explicó la disfunción de la diálisis, por lo le solicitó de forma verbal al Cirujano de guardia, sin precisar su nombre, la recolocación del catéter de *Tenckhoff* pues informó (foja 140):

*“... Durante el día 16 continua la diálisis reportarme dolor pero continuando con la entrada y salida de líquido dineal. El día 17 por la mañana se me reporta dificultad a la entrada y salida de líquido, por lo que solicito enemas evacuantes, y una **radiografía** de abdomen simple, en la cual se encuentra migración del catéter a la región superior del abdomen lo que explica disfunción de la diálisis. En total se reportan 19 baños con mejoría del síndrome urémico. En ningún momento durante mi guardia la paciente presenta fiebre, líquido turbio, hipotensión o taquicardia que hicieran sospechar de un proceso infeccioso. **Solicite verbalmente al Cirujano de guardia comunique al servicio de cirugía la necesidad de recolocación de catéter de Tenckhoff y termino mi participación en los eventos de la finada...**”*

Lo anterior en relación con la nota médica dentro del expediente clínico (foja 60) que se lee:

“7:00 ...Enema evacuante c/8 hrs”

“15:00 I.-Rx Abdomen”

Quedando establecido que el Doctor **Alberto Jorge Meza Estala** asumió ante la fallecida **XXXXX** su intervención quirúrgica, que como ya se estableció, para el efecto de valorar retirar el catéter *tenckhoff* y descartar o diagnosticar peritonitis, ello durante su turno correspondiente a la noche del día 17 al 18 de agosto de 2014, lo que no llevo a efecto, aduciendo haberse prolongado una cirugía previa, lo que no logró acreditar dentro del sumario, circunstancia que es de recomendarse sea investigada mediante el correspondiente procedimiento administrativo, lo anterior a efecto de determinar si el Médico de referencia aplicó adecuadamente la *lex artis*, en la atención médica brindada a **XXXXX**, conforme a la siguiente tesis jurisprudencial:

2004722. I.4o.A.92 A (10a.). Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, Octubre de 2013, Pág. 1819.

*LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. 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)."

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO. Revisión fiscal 147/2013. Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de la Función Pública, encargado de la defensa jurídica del titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 20 de junio de 2013. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretario: Alfredo A. Martínez Jiménez.

B.- Imputación al Cirujano Raúl Alejandro Núñez Torres

Se considera el dicho del Doctor **Juan Carlos Medina Vázquez**, Jefe del Servicio de Cirugía, al relatar que el día **18** de agosto de 2014 el Jefe de Servicios, el Doctor **Héctor Gustavo López García**, le comentó que **aún se encontraba pendiente** la revisión del catéter de diálisis peritoneal de la paciente que nos ocupa, solicitándole el posible cambio, así que él, a su vez le solicitó al Doctor **Raúl Alejandro Núñez Torres que interviniera a la paciente para llevar a cabo el cambio y ordenó al personal de enfermería la pasaran a quirófano**, pero al termino del turno, el Doctor **Raúl Alejandro Núñez Torres** le notifica que no llevó a cabo el procedimiento por haber intervenido a dos pacientes de urgencia, ello con la conformidad de la internista Ramírez.

Pues el Doctor **Juan Carlos Medina Vázquez**, Jefe del Servicio de Cirugía, apuntó (foja 141):

"... 18 DE AGOSTO DEL 2014: Me comenta verbalmente el Jefe de Servicios, Dr. Héctor Gustavo López García, que se encontraba aún pendiente la revisión del catéter de diálisis peritoneal de la paciente XXXXX ya que éste se encontraba disfuncional y que la paciente aun no terminaba su sesión de diálisis por lo que solicitaba que se llevara a cabo la revisión y posible recambio del catéter para poder terminar con la sesión de diálisis propuesta y poder ser egresada la paciente, por lo anterior le solicité al Dr. Raúl Alejandro Núñez, Cirujano del turno matutino, que interviniera a la paciente para llevar a cabo dicho recambio y ordené al personal de enfermería que pasara a la paciente a quirófano para que esperara ser intervenida en el área de recuperación del mismo, la cual fue llevado a cabo. Sin embargo, casi al término del turno, me notifica el Dr. Núñez que no se llevó a cabo dicho procedimiento ya que tuvo que intervenir a dos pacientes más de urgencia por lo cual le pido que informe de esto a los familiares y a la Dra. René Ramírez..."

Además, el Doctor **Raúl Alejandro Núñez Torres**, Cirujano, informó que el día **18** de agosto de 2014, estuvo asignado a quirófano, avalando el dicho del Doctor **Juan Carlos Medina Vázquez** al citar que le fue solicitada verbalmente la interconsulta por disfunción de catéter peritoneal para hacer cambio del mismo en favor de la hoy fallecida, pero prevalecían dos procedimientos de mayor urgencia y como el procedimiento solicitado habitualmente no es urgente, quedó en espera del siguiente turno, aludió que ese turno atendió dos patologías urgentes, pues indicó (foja 142):

"... El día 18 de agosto estuve asignado al quirófano, ya que es el día que se realizan las cirugías programadas, y ese día en particular se presentaron pacientes con patologías urgentes que requirieron de intervención quirúrgica también urgente. Ese día durante el

turno se me solicitó verbalmente la interconsulta por disfunción del catéter peritoneal para hacer un recambio del mismo; sin embargo, por existir procedimientos de mayor urgencia por realizar, el recambio de catéter que corresponde a un procedimiento habitualmente no urgente quedó en espera para el siguiente turno, quedando el servicio responsable y las autoridades correspondientes enteradas y anotado en el expediente clínico.

El día 19 de agosto fui asignado a la atención de la consulta externa, por lo que tampoco tuve intervención alguna con la paciente o sus familiares...”

Nótese que el Doctor **Raúl Alejandro Núñez Torres**, no acreditó dentro del sumario con elemento de convicción alguno, que previo haya realizado dos procedimientos con mayor urgencia que el de la paciente **XXXXX**, aplicándose al caso, la presunción de veracidad de ineficiencia en la prestación del servicio de salud, según la normativa ya evocada:

Artículo 43 cuarenta y tres de la **Ley para la Protección de los Derechos Humanos en el Estado de Guanajuato**, reflejado en el criterio del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, a saber del caso **Velásquez Rodríguez vs Honduras**, ventilado en la Corte Interamericana de Derechos Humanos y concatenado con lo dispuesto por el artículo **38 treinta y ocho del Reglamento de la misma Corte Interamericana**.

En este sentido resulta necesario contextualizar el hecho de que el expediente clínico reveló desde el día 17 de agosto de 2014, la necesidad de cirugía para recolocación del catéter, al encontrarse migrado, según lo reveló la radiografía de abdomen (foja 57v) y se condujo con la confianza de que “habitualmente los cambios de catéter no son urgentes” (así lo declaró), sin valorar el caso específico de la paciente en cuestión, misma que para entonces ya contaba con un curso de peritonitis de tres días, recordando que el certificado de defunción determinó cinco días de evolución al momento del deceso (4:00 horas del día 20 agosto de 2014) y que además, según lo indicó la Doctora **María Renee Ramírez Loustalot Laclette**, la paciente contaba con antecedentes específicos advertidos de su expediente clínico que la determinaban con mala condición de salud, al haber informado:

“...HAGO INCAPIE EN ESTOS HECHOS PARA HACER NOTAR QUE EL ESTADO GENERAL DE LA PACIENTE AL TENER UN RETRASO POR DECISIÓN DE LA MISMA Y SUS FAMILIARES EN ACEPTAR SUSTITUCION RENAL INVOLUCRA DIRECTAMENTE EL ESTADO GENERAL Y LAS MALAS CONDICIONES DE SALUD DE LA PACIENTE...”

Ello relacionado con la mención del Director **Jorge Vidargas Rojas**:

*“...me permito informar a Ud. que se trata de una paciente que fue vista por primer vez en este Hospital en el Servicio de Urgencias el 02 de Diciembre de 2013 con los diagnósticos de Hipoglicemia más Diabetes Mellitus Tipo II en descontrol, con manejo estándar y alta al día siguiente con envió a Consulta Externa de Especialidad de Medicina Interna en donde se controla de problema de base y se hace el diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica secundaria a la Diabetes y se le propone el tratamiento sustitutivo a base de la diálisis peritoneal, en el mes de febrero aún no se decide por aceptar el tratamiento y es el 05 de agosto de 2014 en una visita a la Consulta Externa en donde acepta el tratamiento sustitutivo **encontrándose con un estado urémico por la gravedad del estadio de la enfermedad con datos de laboratorio que corroboran esta situación**”.*

En este sentido el Doctor **Raúl Alejandro Núñez Torres** ignoró las anotaciones correspondientes al expediente clínico del mismo día **18** de agosto de 2014, realizadas por la Doctora **María Renee Ramírez Loustalot Laclette**, señalando la disfunción del catéter en la paciente a quien debía de descartarse o diagnosticarse peritonitis, sumada esta condición al agravado estado de salud ya advertido a la paciente de mérito, según lo acotó la enfermera **Selene Aguilar Domínguez** al decir que presentaba vómitos y dolor de estómago, con presión “poco alta”, insistiendo en su nota del mismo día sobre el catéter disfuncional (nota foja 65v).

El estado de vulnerabilidad de la paciente en cuestión, reflejado en su expediente clínico no fue valorado y atendido por el Cirujano **Raúl Alejandro Núñez Torres**, quien asumió la responsabilidad de aplazar su intervención quirúrgica a efecto de descartar o diagnosticar peritonitis y el posible cambio de catéter, sin que la autoridad de salud haya documentado dentro del sumario, la prevalencia en la atención médica urgente de diversos casos, dejando a la paciente **XXXXX** agravar su estado de salud hasta que si fue considerado como grave, ya con un diagnóstico de peritonitis y septicemia los cuales desencadenaron su muerte (recordemos el certificado de defunción respecto de los cinco días de evolución de peritonitis y choque séptico de un día de evolución).

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 resultan suficientes para recomendar a la señalada como responsable el inicio de procedimiento de administrativo de **a efecto de determinar si el Doctor Raúl Alejandro Núñez Torres aplicó adecuadamente la *lex artis***, en la atención médica brindada a **XXXXX**; lo anterior al evitar intervenir quirúrgicamente a la entonces paciente **XXXXX**, lo anterior a efecto de descartar o confirmar peritonitis, según lo asentado en el expediente clínico dentro del cual consta la detección de migración del catéter el día 16 de agosto de 2014, y cuya intervención se venía difiriendo desde el día 17 de mismo mes y año

C.- Imputación al Cirujano Juan Carlos Medina Vázquez

Así tenemos que fue el Doctor **Juan Carlos Medina Vázquez**, Jefe del Servicio de Cirugía, fue quien finalmente realizó la cirugía que él había ordenado se realizase desde el día 17 de agosto de 2014, encontrando un cuadro de PERITONITIS, retirando el catéter contaminado y limpiando de material purulento, la cavidad abdominal de la paciente **XXXXX**, pues apuntó (foja 141):

*“...19 DE AGOSTO DEL 2014: Intervengo quirúrgicamente a la paciente con el diagnóstico preoperatorio de probable peritonitis con el hallazgo de que la paciente **sí cursaba con un cuadro de peritonitis** asociada a la diálisis peritoneal por lo cual, durante el procedimiento quirúrgico, tomé una muestra del líquido para su análisis y cultivo por el laboratorio del hospital, así mismo, procedo al **retiro del catéter por encontrarse contaminado y contaminada la cavidad peritoneal y también a la limpieza completa de esta cavidad llevando a cabo el retiro total del material purulento de la misma lo cual consta en la nota postquirúrgica que llevé a cabo en ese día...**”*

Atentos a la solicitud y registro de la intervención quirúrgica acotada (foja 71) y con las notas de cirugía y postquirúrgica (foja 56 y 56v).

Amén de que el mismo Doctor **Juan Carlos Medina Vázquez** instruyó al Doctor **Alberto Meza Estala** para que brindara atención precisa a la entonces paciente por su estado “delicado de salud”, emprendiendo las acciones de reanimación necesarias hasta su fallecimiento.

Se tiene además, que el Cirujano **Juan Carlos Medina Vázquez**, instruyó la intervención quirúrgica de la entonces paciente **XXXXX**, al Cirujano **Raúl Alejandro Núñez Torres** desde el día 18 de agosto de 2014, sin que pueda atribuirse al primero, el hecho de que su instrucción no fuera acatada por el segundo.

Además que fue precisamente el Doctor **Juan Carlos Medina Vázquez** quien terminó realizando personalmente la cirugía requerida por la entonces paciente **XXXXX**, sin que se advierta anomalía en su desempeño en materia de salud y que resultara determinante para el fallecimiento de la parte lesa, derivado de lo cual, este organismo se abstiene de emitir juicio de reproche en su contra por lo que ha

este punto de queja se refiere.

D.- Imputación a la Internista María Renee Ramírez Loustalot Laclette

Sobre los hechos, la Doctora **María Renee Ramírez Loustalot Laclette**, tomó el seguimiento de atención médica brindada a quién en vida atendiera al nombre de **XXXXX**, relatando su ingreso a hospitalización el día 5 de agosto de 2014 para colocación de catéter Tenckoff, siendo reingresada por el Doctor **Héctor Gustavo López García** desde el día 15 de agosto del mismo año, y ella valoró a la paciente a las **14:10** horas, a quien encontró con náuseas y presentaba *hipertermia* (enrojecimiento) en la salida del catéter, así como dolor en la palpación, lo que supondría “tunelitis” por infección o respuesta inflamatoria por cuerpo extraño, lo que no es equivalente a peritonitis, según lo aclaró.

Retomando el relato de la Doctora **María Renee Ramírez Loustalot Laclette**, aseguró que durante su turno realizó recambios a las 14:10 horas, 14:40 horas y 15:00 horas, ésta última culminando cuando ella había terminado su turno; y al reanudar su turno del día 18 de agosto del mismo año apreció en la paciente el catéter migrado, por lo que solicitó valoración por servicio de cirugía para recambio de catéter, por la disfunción del mismo, sin haber forma de tomar muestras para documentar o descartar peritonitis.

Continuó informando que desconoce la causa por la cual se haya reprogramado hasta el día 19 de agosto de 2014 la intervención de la paciente, día en que la ahora fallecida ya presentó evacuaciones diarreas, dolor abdominal e hipoglucemia, presión arterial baja, por lo que ella realizó actividades de reanimación y solicita revaloración por cirugía general, siendo intervenida a las 13:00 horas del 19 de agosto de 2014, encontrando líquido purulento en cavidad peritoneal. Afirmó además que su última nota de evolución la dicta como “paciente grave” lo que informó a sus familiares (foja 108).

Es de considerarse que la internista sí asentó en las notas del expediente clínico del mismo día **18** de agosto de 2014, la disfunción del catéter en la paciente de cuenta, así como la necesidad de la intervención del área de cirugía para descartar o diagnosticar peritonitis, lo anterior sumado al agravante estado de salud ya advertido en la paciente de mérito, y si bien no se advierte la interconsulta escrita, sin embargo ya ha quedado acreditado de manera precedente que la omisa actuación de los Cirujanos para aplazar la cirugía de quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**, lo fue por motivos muy diversos a contar o no con una interconsulta por escrito.

Una vez analizados los elementos de prueba previamente expuestos y analizados, los mismos no resultan suficientes para establecer de manera al menos indiciaria que determinada actividad u omisión con motivo de la intervención de la Doctora **María Renee Ramírez Loustalot Laclette** en los hechos dolidos haya sido determinante en el fallecimiento de **XXXXX**, derivado de lo cual este organismo se abstiene de emitir juicio de reproche en contra de la citada servidora pública.

E.- Imputación al internista Héctor Gustavo López García

El Doctor **Héctor Gustavo López García**, internista y Jefe de Servicios del Hospital en cita, aludió haber atendido a la ahora fallecida el 15 de agosto de 2014 en consulta externa, ingresándola a hospitalización para tratamiento de diálisis peritoneal, limitándose a decir que el día 18 de igual mes y año -dijo- le reportaron disfunción del catéter, pasándose a quirófano para recambio el día 19 de mismo mes y anualidad, pues informó (foja 138):

“... jefe de servicios del hospital Felipe G. Dobarganes de la Ciudad de San Miguel de Allende Guanajuato, me refiero al informe solicitado de la atención Médica de la C. XXXXX, respecto a la atención médica se refiere que atendí el día 15 de agosto en el área de consulta externa, ingresando a hospitalización para continuar con un tratamiento de diálisis peritoneal intermitente, con la solicitud de realización de exámenes de

laboratorio, los que constan en el expediente clínico, con respecto a mi carácter de jefe de servicio niego la no supervisión ya que el día 18 se nos reporta que se encontraba con disfunción de catéter el cual nos mencionas que se realizaron recambios los días previos con dificultad y se habló en ese momento de tratar de pasar a quirófano para su recambio, el cual fue hasta el día martes 19 de agosto...”.

Del análisis del caudal probatorio que integra el sumario así como del expediente clínico se advierte en particular la nota médica del día 15 de agosto de 2014 realizada por el Médico aludido la cual señala: **hospitalización para continuar con un tratamiento de diálisis peritoneal intermitente**, esto sin que se advierta mayor intervención del referido Médico en la atención de la parte lesa y de la cual sea posible advertir contribución en el deterioro del estado de salud de quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**, derivado de lo cual este organismo se abstiene de emitir juicio de reproche en su contra.

F.- Imputación del internista Antonio Alejandro Rojas Lozano

El Doctor **Antonio Alejandro Rojas Lozano**, aseguró que la atención brindada por su persona a quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX** se registró los días 16 y 17 de agosto de 2014, cuando la paciente se encontraba en sesión de diálisis peritoneal programada, reportándose el día 17 la dificultad en la entrada y salida de líquido, así que solicitó enemas evacuantes, realizándose 19 baños con mejoría del síndrome urémico, ordenando radiografía de abdomen de la que advirtió la migración del catéter, solicitando al servicio de cirugía la necesidad de recolocación de catéter de Tenckhoff, sin que durante su guardia se hubiera presentado fiebre, líquido turbio, hipotensión o taquicardia que hicieran sospechar un proceso infeccioso, pues informó:

“..En relación a la solicitud para el informe de los hechos ocurridos con la finada

XXXXX con expediente clínico 80890 del Hospital General San Miguel de Allende «Dr. Felipe G. Dobarganes». Inicio mi atención a la finada XXXXX, el sábado 16 de Agosto del 2014, la cual se encontraba hospitalizada en sala general del Hospital General de San Miguel de Allende, con diagnóstico de insuficiencia renal terminal, acudiendo a sesión de diálisis peritoneal programada.

Estudios de inicio con cuenta de leucocitos de 6,040, Hemoglobina de 9.4 g/dl. Signos vitales 160/90 FC 80 x minuto, Temperatura 36.5°C. Se me reporta dolor a la entrada y salida de líquido, pero reportarme líquido amarillo claro, el día previo se inició como antimicrobiano dicloxacilina por eritema de sitio de entrada de catéter. Durante el día 16 continua la diálisis reportarme dolor pero continuando con la entrada y salida de líquido dineal. El día 17 por la mañana se me reporta dificultad a la entrada y salida de líquido, por lo que solicito enemas evacuantes, y una radiografía de abdomen simple, en la cual se encuentra migración del catéter a la región superior del abdomen lo que explica disfunción de la diálisis. En total se reportan 19 baños con mejoría del síndrome urémico. En ningún momento durante mi guardia la paciente presenta fiebre, líquido turbio, hipotensión o taquicardia que hicieran sospechar de un proceso infeccioso. Solicito verbalmente al Cirujano de guardia comunique al servicio de cirugía la necesidad de recolocación de catéter de Tenckhoff y termino mi participación en los eventos de la finada...” . .

La actuación activa del Médico en cuestión, se advierte dentro de las notas médicas del expediente clínico 80890 (foja 57v) en el que se advierten los enemas evacuantes, evaluación con Rx de Abdomen para revaloración de cirugía, además de las indicaciones para la atención correspondiente (foja 60), derivado de lo cual se determinó el estado de salud de la paciente con catéter migrado y requerimiento a valoración del área de cirugía.

Luego, no se advierte que las acciones emprendidas por el Doctor **Antonio Alejandro Rojas Lozano**, durante el desarrollo de su turno, hayan mermado la atención en materia de salud de la fallecida **XXXXX**, por el contrario, sus acciones fueron determinantes para conocer el estado de salud que prevaleció en dicho momento, derivado de lo cual este organismo se abstiene de emitir juicio de reproche en su contra.

G.- Imputación al Director del Hospital, Jorge Vidargas Rojas

Por su parte el Director del Hospital, **Dr. Jorge Vidargas Rojas**, en contra de quien se enderezó queja por omisión en la supervisión del personal Médico en la atención de quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**, informó al punto, que en efecto a dicha paciente se le colocó un catéter intra-abdominal el día 05 de agosto de 2014, acudiendo el día 15 del mismo mes y año para consulta externa, siendo hospitalizada por presentar disfunción de catéter, aplicando técnicas de movimiento en cama, con **sospecha de "peritonitis"**, programándose el día 18 de igual mes y año la exploración de abdomen con posibilidad de cambio de catéter, lo que no se hizo por la carga del trabajo del hospital, siendo intervenida hasta el día 19 de agosto de igual año arrojando datos de peritonitis con desarrollo post operatorio de complicación con problemas de pulmones, falleciendo el día 20 de mismo mes y anualidad.

El mismo funcionario acotó que revisa directamente a cada paciente internado, aunque admite que con **XXXXX** pasó hasta el día 18 de agosto de 2014 y constató la disfunción del catéter, así como la necesidad de recambio programado para ese día, lo que no se llevó a cabo por priorizar otras urgencias, pues informó (foja 26):

"... El día 05 de agosto de 2014 se coloca el catéter intra abdominal con diagnóstico preoperatorio por parte de Cirugía de IRC terminal dándose el alta hospitalaria el día 08 de agosto de 2014, citándose a la Consulta Externa de Medicina Interna el día 15 de agosto de 2014 en donde se revisa y se indica el ingreso al área de hospitalización para continuar con su tratamiento sustitutivo.

Se reingresa a hospitalización para reanudar su tratamiento sustitutivo en donde los días 15, 16 y 17 de agosto de 2014 presenta disfunción pero continua con la entrada y salida en base a la aplicación de técnicas de movimiento de la paciente en cama para tratar de mejorar el funcionamiento, el día 17 de agosto de 2014 una vez realizadas las maniobras externas para la recuperación del catéter, movimientos en la cama, se realiza el diagnóstico de disfunción de catéter y se sospecha de la posibilidad de otra complicación como es la peritonitis. El funcionamiento del catéter tuvo dificultades sin embargo durante estos días se lograron recambios lo cual se comprueba con la hoja de enfermería específica para este control de procedimiento, durante estos días los signos vitales de la paciente se mantuvieron estables, hoja de enfermería, lo que no es compatible con complicaciones infecciosas como es la peritonitis. El día 18 de agosto de 2014 se programa para la realización de exploración de abdomen con posibilidad de recambio de catéter, lo cual no se realiza debido a la carga de trabajo del Hospital en donde se encontraban otros pacientes con datos de alarma, sin embargo la paciente presenta signos vitales estables lo que no evidenciaba una urgencia para la intervención y se pospuso para el día siguiente, se anexa hoja de quirófano del día 18 de agosto de 2014. Finalmente en día 19 de agosto de 2014 se realizó el recambio de catéter encontrando como hallazgo de la exploración abdominal datos de peritonitis consistentes en líquido blanquecino dentro de la cavidad el cual es extraído y limpieza de la cavidad. Posteriormente a la cirugía la paciente presente una evolución tórpida en donde se complica con problemas pulmonares falleciendo el día 20 de agosto de 2014 a las 04:00 horas.

*Respecto a lo hechos atribuidos a mi persona en término de la "omisión en supervisar al personal Médico" lo niego ya que todos los días realizo la supervisión directa con cada uno de los pacientes internados en el Hospital conociendo de propia voz de los enfermos y familiares la calidad de la atención, lo problemas pendientes y la información otorgada por el personal de salud, **en el caso específico pase con ellos el día lunes 18 de agosto de 2014** encontrándome con la situación de la disfunción del catéter y la necesidad de requerir el recambio del mismos, estando programado para ese día, sin*

embargo por la presencia de la carga de trabajo se valoró y priorizo la urgencia de la misma, resolviendo entre los servicios de Medicina Interna y Cirugía que la paciente se encontraba con signos vitales normales y que podría realizarse la sustitución de catéter al día siguiente, sin repercusión para la evolución del paciente. Lo cual se corrobora con las notas médicas y las anotaciones del personal de enfermería del día citado, al día siguiente se vuelve a tener contacto con los familiares de la paciente refiriendo la suspensión del procedimiento y la necesidad del mismo por lo que se dio indicaciones al jefe de cirugía para que se garantizara la realización del procedimiento de la paciente, sin embargo los datos de gravedad de la paciente se mantenían intactos y solo había los correspondientes a la historia natural de la enfermedad de la Insuficiencia Renal Crónica y la Diabetes Mellitus.

Lo anterior lo puedo afirmar porque además de la visita a cada uno de los pacientes y conocer sus inquietudes a las 09:00 horas de la mañana se realiza la entrega de pacientes por parte de los Jefes de Servicio y esta Dirección en donde se abordan los pendientes de cada paciente y en el caso específico de esta paciente los días 18 y 19 de agosto de 2014 se realizó esta actividad...

Es de hacerse notar que contrario a lo acotado por el doctor **Jorge Vidargas Rojas**, el **expediente clínico 80890**, **reveló desde el día 17 de agosto de 2014, la necesidad de cirugía para recolocación del catéter, lo anterior al encontrarse migrado** (radiografía de abdomen) y el personal a su cargo se condujo con la confianza de que “habitualmente los cambios de catéter no son urgentes”, sin valorar en el caso específico de la paciente en cuestión, que para entonces ya contaba con un curso de Peritonitis de tres días, (atentos al certificado de defunción que determinó cinco días de evolución al momento del deceso) y que según lo hizo ver la Doctora **María Renee Ramírez Loustalot Laclette**, la paciente contaba con antecedentes específicos advertidos de su expediente clínico que la determinaban con mala condición de salud, cuando dijo:

“...HAGO INCAPIE EN ESTOS HECHOS PARA HACER NOTAR QUE EL ESTADO GENERAL DE LA PACIENTE AL TENER UN RETRASO POR DECISIÓN DE LA MISMA Y SUS FAMILIARES EN ACEPTAR SUSTITUCION RENAL INVOLUCRA DIRECTAMENTE EL ESTADO GENERAL Y LAS MALAS CONDICIONES DE SALUD DE LA PACIENTE...”

Tal como lo reconoció el mismo Doctor al haber informado:

*“...me permito informar a Ud. que se trata de una paciente que fue vista por primer vez en este Hospital en el Servicio de Urgencias el 02 de Diciembre de 2013 con los diagnósticos de Hipoglicemia más Diabetes Mellitus Tipo II en descontrol, con manejo estándar y alta al día siguiente con envió a Consulta Externa de Especialidad de Medicina Interna en donde se controla de problema de base y se hace el diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica secundaria a la Diabetes y se le propone el tratamiento sustitutivo a base de la diálisis peritoneal, en el mes de febrero aún no se decide por aceptar el tratamiento y es el 05 de agosto de 2014 en una visita a la Consulta Externa en donde acepta el tratamiento sustitutivo **encontrándose con un estado urémico por la gravedad del estadio de la enfermedad con datos de laboratorio que corroboran esta situación**”.*

En tal sentido, se colige que el **Jorge Vidargas Rojas**, se condujo en la confianza de que la paciente **XXXXX** no ameritaba atención de urgencia, ignorando los datos de alerta establecidos en su expediente clínico, concediéndole atención urgente hasta que su condición de gravedad resultaba patente, al punto que falleció derivado de una evolución de peritonitis de cinco días de evolución, mismos días en los que había permanecido en el hospital a su cargo, y si bien alegó que contaban con diversas prioridades de cirugía de mayor relevancia que la requerida por la entonces paciente, tal circunstancia no logró ser acreditada dentro del sumario y tampoco acreditó que de haber sido tal el

caso, se hubiera entonces solicitado auxilio del servicio SUEG para traslado de la paciente a diverso hospital en el cual se le hubiera brindado el servicio que requería, lo anterior en previsión del conocido deterioro de la salud de la paciente y que a postre derivó en su fallecimiento por peritonitis de cinco días de evolución y choque séptimo de un día de evolución, con el antecedente de insuficiencia renal crónica.

Atentos a la prevención del **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato** que en su artículo 3 prevé en su estructura organizacional, como unidad de salud para cumplir funciones de prevención, curación, etc. al Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato (fracción VIII.15).

De tal forma, se colige la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, en agravio de quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**, cuya prestación de servicio en materia de salud resulta obligación del Estado a través de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, y en el particular a través del Hospital Felipe G. Dobarganes de San Miguel de Allende, bajo la dirección del Doctor **Jorge Vidargas Rojas**.

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

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

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

A más de lo establecido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el sentido de que el derecho a la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana y no puede ser suspendido bajo circunstancia alguna, desarrollando el vínculo entre los derechos a la integridad personal y a la vida y el derecho a la salud, los cuales se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana, concretamente en la sentencia del caso **Albán Cornejo y otros vs Ecuador** determinó:

“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...

A su vez el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, en su Observación General 14 catorce, determinó cuatro características del derecho a la salud que se encuentran interrelacionadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Así, la Observación General 14 catorce, intitulada **El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**, señala que por lo que hace a la **disponibilidad**: *“Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. 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 que: *“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte”.* En tanto que 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.

Finalmente se señala en la Observación General en comentario que la calidad, significa que además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y Médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal Médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Elementos de prueba previamente expuesto y analizados tanto en lo particular como en su conjunto y atendiendo a su enlace lógico-natural, los mismos resultan suficientes para recomendar a la señalada como responsable, instaure procedimiento de responsabilidad administrativa en contra del Director del Hospital Felipe G. Dobarganes de San Miguel de Allende, Doctor **Jorge Vidargas Rojas**, lo anterior por la **Inadecuada Prestación del Servicio Público** ofrecido por **Dependencias del Sector Salud**, concedida a quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**.

Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud por la falta de asepsia en las instalaciones del Hospital “Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, Guanajuato.

María Cecilia Monjaras Fajardo también se inconformó por la falta de higiene prevaleciente en el Hospital Felipe G. Dobarganes de San Miguel de Allende, en tanto estuvo internada su madre, la fallecida **XXXXX**, señalando haber visto moscas y hormigas, cuando es sabido que un enfermo renal debe permanecer en higiene impecable.

Lo que guarda relación con la nota de trabajo médico social, suscrita por Aurora Cervantes Calixto (foja 74v), sobre el reporte de la diversa quejosa en el que se registró queja la correspondiente queja, en fecha 19 de agosto del 2014, en el que se acotó:

“la Srita. Lucia Luna externa su molestia debido a que refiere que su tía se contagió en esta unidad por el mal manejo que le han dado...reporta que los baños están muy sucios...”

Se recabó el testimonio de **XXXXX** quien señaló: *“... Me daba cuenta que en el área de hospitalización donde estaba mi tía había moscas y el baño que ella usaba al igual que todos los pacientes hospitalizados y familiares estaba muy sucio, uno de los días que me quedé toda la noche y hasta el día siguiente, siendo el 17 diecisiete de agosto del año en curso, me di cuenta que solamente pasaba personal de limpieza por la mañana alrededor de las 08:00 ocho horas y por la noche aproximadamente a las 20:00 veinte horas, fuera de dicho horario no pasaba nadie a limpiar y como yo veía muy sucio el baño y con moscas en el área, el día 19 diecinueve de agosto del año que transcurre fui a hablar con la trabajadora social y le dije que no era posible que posible que el área donde estaba mi tía estuviera tan desatendida en cuanto a la limpieza...”*

Por su parte, dentro del oficio **591D/2014**, suscrito por el **Doctor Jorge Vidargas Rojas**, Director del Hospital General “Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, Guanajuato, negó los hechos atribuidos, al mencionar que si se realiza la limpieza de las instalaciones, para lo cual agregó las bitácoras de limpieza, de fumigación y control de plagas y los informes automatizados del comité que evalúa la presencia de infecciones hospitalarias, pues asentó:

“...Respecto a la limpieza de las instalaciones lo niego ya que la misma se realiza por parte del personal de la unidad y se consigna en las diferentes bitácoras de los involucrados, además el hospital cuenta con un programa de fumigación y control de plagas que nos permite asegurar la calidad de la atención, para lo cual anexo copias de las bitácoras de los aseos realizados en las diferentes áreas así como de la empresa externa que se encarga de los trabajos de control de plagas en la Unidad. De igual manera informo que se cuenta con un comité que evalúa la presencia de infecciones hospitalarias en la Unidad del cual envío copia de los informes automatizados que arrojan los diversos sistemas en donde se observa una tasa de infecciones (número de casos x100/número de egresos) de 3.43 por debajo del estándar esperado de 5...”

En efecto, se agregó al sumario, copia certificada de servicio de fumigaciones América S.A. de C.V. (foja 29 y 30, 32 a 35), copia certificada de formatos de actividades de limpieza, lavado de material, registro de pacientes de cirugía, hojas de vigilancia epidemiológica hospitalaria de los servicios de ginecología, hospitalización, pediatría, formato de notificaciones de brotes de infecciones nosocomiales, formato de notificación de egresos hospitalarios, formato de notificación de Infecciones Nosocomiales Hospitalario,, formato de notificación según sitio de infecciones por servicio (foja 36 a 39) y copia certificada de Formatos de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (foja 42 a 52)

Lo que se relaciona con la carencia de evidencia respecto de presencia de moscas y hormigas en el área de hospitalización de la paciente **XXXXX**.

Al mismo punto, personal de este organismo realizó la inspección del hospital de mérito, de la cual se advierte que el área de hospitalización donde se ubican las camas de la 29 a la 33, así como del área donde se ubican las camas de la 34 la 38, del Hospital General “Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, Guanajuato, (dentro del expediente clínico 80890 se advierte que la entonces paciente ocupó la cama 34), se hizo constar que el lugar de hospitalización y baño se observa limpio, sin moscas, ni hormigas, pues se acotó:

“...hacemos constar que nos constituimos física y legalmente en el Hospital “Felipe G Dobarganes” con domicilio ubicado en avenida 1° primero de mayo, número 7 siete fraccionamiento Ignacio Ramírez, de esta ciudad, hospital que se ubica al este de la calle avenida primero de mayo, de color azul con blanco, una vez que ingresamos previa autorización del Director del Hospital en compañía de una enfermera, ubicamos el área conocida de hospitalización la cual se encuentra pasando la entrada diez metros hacia el este en el primer pasillo del lado izquierdo hacia el norte.

Caminando aproximadamente veinte metros se localiza un acceso de dos metros de ancho que es el pasillo de hospitalización ingresando por este, existen cubículos donde se encuentran las camas de hospitalización, una vez que se ubica el área de camas de la 29 a la 33 por así indicarlo un señalamiento ubicado en la parte superior de la pared ubicada hacia el norte y ubicado en la parte superior izquierda del área de acceso a dicho lugar, para mejor ubicación se localiza frente a la primer central de enfermeras ubicado del lado sur y frente a el área de camas 29 a 33.

Una vez en el área de camas se ingresa por un marco que mide aproximadamente dos metros de ancho por dos metros de alto que se ubica hacia el norte del pasillo del área de camas de hospitalización en el interior se observa un espacio de aproximadamente diez metros de fondo por ocho de ancho, del lado izquierdo hacia el oeste se cuenta con tres camas enumeradas en la parte superior con el número 29, 30 31, frente a estas existen dos camas marcadas con el número 32 y 33 el espacio se observa limpio, en buen estado de conservación, las camas se dividen por una cortina en color azul con blanco la cual está sujeta de la parte superior y corre por una especie de riel para circundar el área de cama, las camas son de hospitalización en color crema con colchón en color negro si existe paciente se utilizan sábanas color blanco, empotrado sobre la pared se observan instrumentos propios de hospitalización como oxígeno, monitor de signos vitales, se observan mesas de hospital y sillas plásticas en color crema lo cual se observa limpio no se observan moscas en el lugar, ni hormigas que se localicen en el área.

*En la parte del fondo hacia el norte del lugar a un metro se observa una pared con un marco de dos metros cuadrados en la parte media y a los costados ranuras rectangulares, en color azul, pasando el marco se observa un lava manos con espejo rectangular con dispensador de jabón del lado derecho y del lado izquierdo el dispensador de papel, a la derecha se observa una puerta de color azul de noventa centímetros por un metro ochenta de alto una vez que se abre hacia afuera se observa que en el interior cuenta con taza sanitaria con cesto para basura el lugar se observa limpio sin que exista basura en el lugar no se observan moscas, ni hormigas, se observa un aviso que dice **“A TODOS NUESTROS PACIENTES Y A SUS FAMILIARES ACOMPAÑANTES: Les solicitamos su apoyo para mantener limpias las áreas, haciendo uso adecuado de las mismas. Y les pedimos que al terminar de usar un***

*cómodo y/o orinal avise al personal de limpieza o enfermería para que sea llevado al séptico donde el personal de limpieza lo lavara. Los desechos se tiran en la taza del baño para evitar malos olores o infecciones. **NO USE EL LAVAMANOS PARA LAVAR LOS COMODOS, GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, HOSPITAL DR. FELIPE G. DOBARGANES, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA***

Posteriormente y frente el lugar antes descrito se observa frente a este hacia el oeste otra puerta azul, lugar donde se encuentra la ducha o regadera, lugar donde se observa regadera fija, regadera de mano, se observa limpio y frente a la regadera se observa una silla plástica en color blanco así como una banca de madera rectangular con herrería y sobre de esta una bata para baño.

Se hace constar que saliendo del área hacia el lado izquierdo y al norte se encuentra la pared que da al exterior del hospital tiene ventanas que permiten el acceso de la luz natural.

Posteriormente nos dirigimos a el área de camas numeradas de la 34 a la 38, espacio que se aprecia igual que el anterior ya inspeccionado mide las mismas dimensiones, pero la distribución es contraria a la ya inspeccionada es decir, entrando del lado derecho están tres camas frente a estas se ubican dos es decir ingresando del lado izquierdo, al fondo donde se ubica el lavamanos del lado derecho se observa la regadera o ducha y del lado izquierdo se ubica la taza sanitaria, el lugar se observa limpio sin que existan moscas, no se observan hormigas, el lugar se observa en buenas condiciones de uso.

*Asimismo se observó el aviso para mantener limpias las áreas del lugar que se inspecciona que dice **“A TODOS NUESTROS PACIENTES Y A SUS FAMILIARES ACOMPAÑANTES: Les solicitamos su apoyo para mantener limpias las áreas, haciendo uso adecuado de las misma. Y les pedimos que al terminar de usar un cómodo y/o orinal avise al personal de limpieza o enfermería para que sea llevado al séptico donde el personal de limpieza lo lavará. Los desechos se tiran en la taza del baño para evitar malos olores o infecciones. NO USE EL LAVAMANOS PARA LAVAR LOS COMODOS, GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, HOSPITAL DR. FELIPE G. DOBARGANES, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA”**.*

Los lugares antes mencionados se encuentran limpios al momento de realizar la presente no se encontraron moscas, ni hormigas en el lugar. Una vez terminada la presente se levanta para los efectos legales a que haya lugar.”

Los elementos probatorios recabados a efecto de confirmar la dolencia de la parte lesa, no logran abonar a la misma, lo que determina a quien resuelve no tener por probada la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud (Por la falta de asepsia en las instalaciones del multicitado Hospital)**, imputada al Doctor **Jorge Vidarga Rojas**, Director del Hospital General “Felipe G. Dobarganes” de la ciudad de San Miguel de Allende, Guanajuato, derivado de lo cual, este organismo se abstiene de emitir juicio de reproche en contra de la referida autoridad de salud.

REPARACIÓN DEL DAÑO

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

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

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

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

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

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

“(…) 110.- el origen de la responsabilidad internacional del Estado se encuentra en “actos u omisiones de cualquier poder u órgano de éste, independientemente de su jerarquía, que violen la convención Americana y se genera en forma inmediata con el ilícito internacional atribuido al Estado. Para establecer que se ha producido una violación de los derechos consagrados en la Convención, no se requiere determinar, como ocurre en el derecho penal interno, la culpabilidad de sus autores o su intencionalidad, y tampoco es preciso identificar individualmente a los agentes a los cuales se atribuyen los hechos violatorios. Es suficiente la demostración de que ha habido apoyo o tolerancia del poder público en la infracción de los derechos reconocidos en la Convención, u omisiones que hayan permitido la perpetración de esas violaciones (…)”

111.- (…) Los Estados partes en la convención tienen obligación erga omnes de respetar y hacer respetar las normas de protección y de asegurar la efectividad de los derechos allí consagrados en toda circunstancia y respecto de toda persona (…) La atribución de responsabilidad del Estado por actos de particulares (…)”.

Cuando el Estado a través de algunas de sus instituciones, ha incurrido en responsabilidad debido a la conducta de cualquiera de sus funcionarios, es su obligación reparar las consecuencias de tal violación; en el caso que nos ocupa, esta Procuraduría toma para los efectos de la presente resolución los criterios establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al aplicar el primer párrafo del artículo 63 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que establece lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sirva así de fundamento:

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

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

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

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

Por ello, sostenemos válida y fundamentadamente 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.

CONCLUSIÓN

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 en razones y fundado en derecho, resulta procedente emitir las siguientes conclusiones:

Acuerdos de Recomendación

PRIMERO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya el inicio de procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de los Médicos Cirujanos **Alberto Meza Estala** y **Raúl Alejandro Núñez Torres**, ambos adscritos al **Hospital General "Felipe G. Dobarganes"**, de San Miguel de Allende, Guanajuato, respecto de la imputación realizada por **XXXXX** y **XXXXX**, misma que hicieron consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, en agravio de quien en vida atendió al nombre de **XXXXX**.

SEGUNDO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya el inicio de procedimiento de responsabilidad administrativa en contra del Médico **Jorge Vidargas Rojas**, Director del **Hospital General "Felipe G. Dobarganes"**, de San Miguel de Allende, Guanajuato, respecto de la imputación realizada por **XXXXX** y **XXXXX**, misma que hicieron consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, en agravio de **XXXXX**.

TERCERO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que gire instrucciones a quien corresponda y se indemnice pecuniariamente como forma de reparación del daño, a los familiares de quien en vida atendió al nombre de **XXXXX**.

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.

Acuerdos de No Recomendación

PRIMERO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de No Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, por la actuación del Médico Cirujano **Juan Carlos Medina Vázquez**, así como de los Doctores Internistas **Héctor Gustavo López García**, **María Renee Ramírez Loustalot Laclette** y **Antonio Alejandro Rojas Lozano**, adscritos al **Hospital General “Felipe G. Dobarganes”**, de San Miguel de Allende, Guanajuato, respecto de la imputación realizada por **XXXXX** y **XXXXX** en agravio de quien en vida atendió al nombre de **XXXXX**, misma que hicieron consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**.

SEGUNDO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Acuerdo de No Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, por la actuación del Médico **Jorge Vidargas Rojas**, Director del **Hospital General “Felipe G. Dobarganes”** de San Miguel de Allende, Guanajuato, respecto de la imputación realizada por **XXXXX** y **XXXXX** en agravio de **XXXXX**, misma que hicieron consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud (Por la falta de asepsia en las instalaciones del citado Hospital)**.

Notifíquese a las partes.

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