

## RECOMENDACIONES

León, Guanajuato, a los 28 veintiocho días del mes de junio de 2016 dos mil dieciséis.

**Visto** para resolver el expediente número **151/15-C**, iniciado con motivo de la queja presentada por **XXXXX**, quien señala actos presuntamente violatorios de Derechos Humanos, cometidos en agravio de su pareja quien en vida respondiera al nombre de **XXXXX**, los cuales atribuyó a **Personal Médico adscrito al Hospital Materno de Celaya, Guanajuato**.

### SUMARIO

**XXXXX**, se dolió de la actuación de Personal Médico del Hospital Materno de Celaya, Guanajuato, que atendió el parto de su pareja **XXXXX**, ya que le manifestaron que al momento de nacer su hija detectaron que su pareja tenía la placenta pegada al útero, por lo que le realizaron una intervención quirúrgica que él autorizó, empero al término de la misma ésta falleció, presumiendo alguna negligencia en la actuación del citado personal.

### CASO CONCRETO

#### Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

Por Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud, se entiende cualquier acto u omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud, por parte del personal encargado de brindarlo que afecte los derechos de cualquier persona.

Asimismo, por Mala Práctica Médica se entiende la actuación incorrecta en el ejercicio de la profesión médica capaz de provocar daño al paciente. En este contexto, la práctica médica errónea, negligente o descuidada causa, en algunos casos, un gravamen irreparable; de ahí que, a juicio de este Organismo, se considere pertinente 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, veamos:

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

En ese sentido, se hace necesario establecer mecanismos de protección que puedan contemplar el riesgo manifiesto al cual se exponen las personas víctimas de un error médico, que bien por acción u omisión, pudiera causar una lesión a la vida y en consecuencia a la salud, limitando su derecho a éstos, y a una integridad psíquica, física y moral. Por ello, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal no sólo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de la Convención Americana (*“Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”*). 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.

**XXXXX**, consideró que el fallecimiento de su pareja **XXXXX**, pudo haber sido resultado de una negligencia médica, luego de que la intervinieran quirúrgicamente posterior al parto por el que naciera su hija, ya que la placenta había quedado pegada al útero, por lo que tenían que retirarle el útero y la matriz, falleciendo al término de dicha intervención quirúrgica, según relató:

*“...mi pareja de nombre XXXXX, se encontraba embarazada con 8 ocho meses de gestación...”*

*“...se había programado realizarle cesárea el día 12 doce de agosto de 2015 dos mil quince...”*

*“...11 once de agosto del presente año, acudimos al Hospital Materno, esto aproximadamente a las 08:30 ocho horas con treinta minutos, específicamente al área de urgencias, lugar en donde ingresaron únicamente a mi pareja y después de 20 veinte minutos, aproximadamente, salió una enfermera de quien desconozco su nombre, informándome que mi esposa ya se quedaría hospitalizada...”*

*“...me manifestaron que ya había nacido mi niña, que pesó 2.400 dos kilos cuatrocientos gramos, y que se encontraba en buen estado de salud; sin embargo, también me indicaron que mi pareja tenía la placenta pegada al útero, y que por lo tanto la iban a intervenir a efecto de retirarle la matriz y el útero, y que por esa razón ella ya no podría tener hijos, que para esto requerían mi autorización, ya que iba a ser una operación delicada, por lo cual yo firmé dicha autorización...”*

“...a las 20:30 veinte horas con treinta minutos, sale del área de quirófano, la Trabajadora Social me menciona que mi pareja había entrado en un paro respiratorio y que estaban haciendo todo lo posible por estabilizarla, pero ya fue hasta las 22:30 veintidós horas con treinta minutos, la Trabajadora Social nos pide a Paty y a mí pasar a una sala donde había una mesa redonda y varias sillas en la que estaban sentados entre 8 u 9 médicos, entre los que se encontraba el Director del Hospital Materno, mencionando que precisamente el Director nos informa sobre el fallecimiento de mi pareja, explicándome “que a mi pareja ya la iban a pasar a piso cuando su grado de respiración comenzó a descender primero a 80 ochenta y luego quedó en 0 cero totalmente, provocándole un paro respiratorio y que pese a su intervención ya no se pudo hacer nada para salvarla...”

“...hasta la fecha ella permanece en el área de Crecimiento y Desarrollo, ya que tiene un problema de salud relacionado con su sangre, esto según me indicaron porque su mamá la había transmitido un poco de su sangre, lo cual repercutió en la salud de mi hija...”

**“...yo no considero creíble la causa de su fallecimiento, considerando que este resultado se debió tal vez a una negligencia médica...”**

Se confirmó el fallecimiento de quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**, con el **certificado de defunción folio 150270831** (foja 4) en el que se asentó como causa de la defunción: **“choque mixto” “como consecuencia de hemorragia obstétrica por acretismo placentario, derivado de puerperio quirúrgico patológico, incompatibilidad a grupo “A”, “B” “O”**

De frente a la imputación, el **Subdirector Médico del Hospital Materno Celaya**, doctor **Timoteo Medina Rodríguez**, informó que se le hizo saber al quejoso por parte del personal médico tratante de su esposa, que la causa del fallecimiento de la paciente derivó de un choque anafiláctico debido a las transfusiones que había tenido anteriormente, pues aludió que posterior al procedimiento de cesárea, se encontró placenta acreta por lo que se realizó histerectomía obstetricia, más ligadura de arteria hipogástricas, lo anterior con el consentimiento del quejoso, no obstante ello, la paciente presentó bradicardia persistente, y pese a las maniobras de resucitación cardiopulmonar, la paciente falleció, pues aludió:

“...Se prepara para cesárea, permaneciendo en el servicio en espera de tiempo quirúrgico. Se ingresa a cirugía obteniéndose un producto femenino de peso 2400 con hora de nacimiento a las 17:20, en el transoperatorio se encuentra placenta acreta y se le notifica a su esposo la necesidad de realizarle histerectomía obstetricia, más ligadura de arteria hipogástricas, firmando consentimiento informado y autorizado el procedimiento”.

“...Se le realiza el procedimiento quirúrgico sin incidentes ni accidentes con un sangrado aproximado de 1500 mls totales incluyendo pérdidas placentarias y otras pérdidas ordinarias en las cesáreas; y durante la colocación de la venda una vez que se había cerrado la herida quirúrgica y se le estaba infundiendo gelafundin (solución coloidal) (19:48 horas, aproximadamente) **presenta bradicardia persistente**, se inicia manejo médico de acuerdo a las guías internacionales de **resucitación cardiopulmonar**, se pasan 3 dosis de adrenalina y dos más de atropina, se inició manejo con Norepinefrina, vasopresina, bicarbonato, sulfato de magnesio, sin respuesta a maniobras avanzadas de reanimación, informando al esposo de la paciente, posteriormente se le hace pasar para informar lo ocurrido con su esposa, a una mesa redonda, como lo refiere el señor, donde se encontraban los médicos tratantes, y aclaro que no se encontraba el director del hospital, por lo que él se encontraba en periodo vacacional, cuando el señor pasa a quirófano **se le manifestó que la paciente se complicó por un choque anafiláctico debido a las transfusiones previas que había tenido anteriormente...**”

La misma autoridad médica, informó que la paciente había desarrollado sensibilización, derivado de múltiples transfusiones como consecuencia de un accidente automovilístico, incluso la recién nacida también presentó isoimmunización e incompatibilidad a grupo, encontrando en su análisis sanguíneo la presencia de anticuerpos irregulares que ocasionaron sensibilización y alta posibilidad de presentar reacciones anafilácticas.

Agregando que el comité de expertos de la Secretaría de Salud, sesionó sobre el caso que nos ocupa, confirmando la sospecha de presencia de anticuerpos irregulares, Anti K 1, AntiFya y un anticuerpo no identificado, que se relacionan con reacciones transfusionales de intensidad moderada a severa que pueden ocasionar la muerte y enfermedad hemolítica en el recién nacido, pues acotó:

“...La paciente tenía como antecedente una fractura resultante de un accidente automovilístico, por la cual se le aplicaron múltiples transfusiones, debido a ello presentó una sensibilización, como ya comentó el esposo, su recién nacida se ingresó al área de pediatría para continuar con vigilancia y tratamiento debido a que presentó isoimmunización e incompatibilidad a grupo, encontrando en su análisis sanguíneo la presencia de anticuerpos irregulares que ocasionaron sensibilización y alta posibilidad de presentar reacciones anafilácticas como le pasó a la paciente”.

“Cabe señalar que al interior de la Secretaría de Salud, un comité de expertos se reúne para analizar el 100% de las muertes ocurridas, y se sesionó al interior el caso de la paciente, por lo que se tomó al interior del comité la decisión de rectificar las causas básicas de muerte (mismo que anexo al presente) debido a que se confirma la sospecha de la presencia de anticuerpos irregulares, Anti K 1, AntiFya y un anticuerpo no identificado. Estos anticuerpos tienen una relevante importancia clínica ya que se les asocia con reacciones transfusionales de intensidad moderada a severa, que pueden ocasionar la muerte; además, son causantes de enfermedad

*hemolítica en el recién nacido”.*

El Subdirector Médico del Hospital Materno Celaya, doctor **Timoteo Medina Rodríguez**, en diversa comunicación, mediante oficio 1552 (foja 31), informó que el personal médico que atendió a la paciente **XXXXX**, lo fueron:

**Dra. Oralia Edith Luna Muñoz**  
**Dra. Diana Sánchez**  
**Dr. Adrián Villegas Cisneros**

De tal forma, se recabó testimonio de la médica especialista, **Oralia Edith Luna Muñoz**, quien avaló haberse encontrado como responsable del área de quirófano y tococirugía, al arribo de la paciente de mérito, a quien canalización a quirófano a las 16:00 horas, lográndose el nacimiento del bebé, pero detectando que la placenta invadía la pared del útero, lo que es signo de acretismo placentario, logrando el desprendimiento del mismo, apreciándose que en el fondo del útero se encuentra un adelgazamiento de pared uterina, por lo que diagnosticó “acretismo placentario”, realizando histerectomía.

Al caso, se solicitó el apoyo del Jefe de Ginecología, doctor **Adrián Villegas**, quien se retiró antes del término de la cirugía, cerrando cavidad abdominal y piel, solicitando reporte de sangrado a la doctora **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, y al encontrarse realizando las notas post-operatorias, personal de enfermería le avisa que la paciente se encuentra en paro cardiorrespiratorio, lo que avisó a el doctor **Villegas** vía mensaje electrónico, al regresar al quirófano encuentra a la doctora **Diana Antonieta Sánchez Zárate** realizando maniobras de reanimación, no obstante el diagnóstico del fallecimiento lo fue choque mixto, que es choque hipovolémico (sangrado) y choque anafiláctico (reacción alérgica), reuniéndose con la Jurisdicción Sanitaria III, que en sesión confirmó la causa de muerte como “**Choque anafiláctico**”, pues declaró:

*“...el día 11 once de agosto del año en curso, yo me encontraba como responsable del área de quirófano y tococirugía...”*

*“...ya siendo aproximadamente las 16:00 horas, se da la indicación de pasar a la paciente Raquel a quirófano, dando inicio a la cirugía en compañía de la Doctora Diana Antonieta Sánchez, quien es la Anestesióloga, así como del equipo quirúrgico, lográndose el nacimiento del bebé y posterior a ello, realizo el alumbramiento detectando que la placenta se encuentra invadiendo la pared del útero, siendo un signo de “acretismo placentario”, sin embargo se logra su desprendimiento; al realizar la revisión de la cavidad uterina, yo me percaté de que el útero está poco contraído y en el fondo se encuentra un adelgazamiento de la pared uterina, por lo cual expongo el útero hacia la superficie para revisar la pared externa del útero y encuentro esa misma zona muy adelgazada, con esto integro el diagnóstico clínico de “acretismo placentario” y le aviso al equipo quirúrgico que voy a realizar histerectomía, en eso una de las enfermeras de mi equipo quirúrgico, me comunica que el Doctor Adrián Villegas, que es el Jefe de Ginecología, se encuentra en el transfer (área donde las pacientes entran a quirófano) y me pregunta si necesito algo, por lo cual solicito su apoyo informándole que voy a hacer una histerectomía por acretismo placentario, a lo que el Doctor Villegas, ingresa a quirófano para brindarme apoyo.*

*Después de retirar la pieza quirúrgica, se realiza el procedimiento de ligadura de arterias hipogástricas, como cirugía de apoyo para control de hemorragia post quirúrgica, hecho esto se verifica que no haya sangrado, el Doctor Villegas se retira y yo me quedo concluyendo la cirugía, con el cierre de la pared abdominal hasta concluir piel; cuando finalizo, le pido a la Doctora Diana el reporte de sangrado, y me retiro al quirófano contiguo a realizar mis notas postquirúrgicas, cuando las estoy realizando, una de las enfermeras me comunica que la paciente entró en paro cardiorrespiratorio...”*

*“...me comunico con el Doctor Villegas vía WhatsApp, informándole que la paciente está en paro, el me llama comentándome que viene de regreso al Hospital Materno, yo regreso al área de quirófano y veo que la paciente estaba recibiendo maniobra de reanimación por parte de la Doctora Diana y demás personal médico, así como de enfermería...”*

*“...al momento del fallecimiento de la paciente, el diagnóstico fue choque mixto, que es choque hipovolémico (sangrado) y choque anafiláctico (reacción alérgica); sin embargo al reunirnos con la Jurisdicción Sanitaria III, a la cual estamos adscritos, se vuelve a sesionar el caso, determinando como causa de muerte “Choque anafiláctico”, mismo que a manera de explicación quiero señalar, que no es previsible, dado que es una reacción inmunológica antígeno anticuerpo, considerando como antígeno cualquier sustancia ya sea química o ambiental que se ponga en contacto con el organismo y genera en algunos casos reacciones severas que pueden llegar a la muerte, como en el caso que nos ocupa...”*

Al respecto, la doctora especialista en anestesiología, **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, confirmó haber participado en la intervención quirúrgica de cesárea de la paciente, que corría con un embarazo de alto riesgo, lo que implicó un riesgo moderado para el uso de la anestesia, con un plan anestésico de bloqueo mixto, siendo que la paciente se mantuvo estable hasta la terminación de la intervención, empero, luego de que la doctora **Oralia Edith Luna Muñoz** se percató de que la paciente presentó “placenta acreta”, tuvo que realizar una histerectomía obstétrica, por lo que solicitó apoyo anestésico para tal efecto.

En este sentido ella salió a dar aviso a la pareja de la paciente, quien concedió su autorización, regresando al quirófano,

considerando el aumento de riesgo anestésico quirúrgico a 3 B, realizándose la segunda intervención con apoyo del Doctor **Adrián Villegas**, y al término del cierre de la piel de la paciente, ya encontrándose personal de apoyo realizando la limpieza y el vendaje a la misma, la paciente manifestó dificultad para respirar, presentando hipoxia, que es una disminución de la saturación de oxígeno, entrando en paro cardio respiratorio, por lo que le dio apoyo ventilatorio y reanimación cardiopulmonar avanzada, sin obtener respuesta, pues declaró:

*“...al encontrarme de servicio la Doctora Oralia Luna, quien es Ginecóloga, me informa que tiene una cesárea de urgencia...observo a una paciente consciente, orientada, cooperadora, muy ansiosa, nerviosa, enojada, derivado de este estado emocional que yo noto en la paciente, por lo que valoro un riesgo anestésico quirúrgico de una urgencias 2 B, solicitando a banco de sangre 2 dos paquetes globulares y 2 paquetes de plasma, esto en atención a que la paciente presentaba un embarazo de alto riesgo, lo que devenía en un riesgo moderado para el uso de la anestesia, con un plan anestésico de bloqueo mixto...”*

*“...que interpretando precisamente mi hoja transanestésica, que es donde yo plasmo el desarrollo del evento quirúrgico respecto de mi intervención, se asienta que tuvo un comportamiento hemodinámicamente estable (en cuanto a corazón, riñón, cerebro y sistema respiratorio) hasta la terminación del evento quirúrgico, agregando que durante la intervención quirúrgica y atendiendo al comportamiento de mi paciente, yo tomé la decisión de suministrar los distintos medicamento que su comportamiento me iba indicando, esto con la finalidad de que ella se mantenga en las mejores condiciones, aclarando que todo esto está comprendido dentro de los Protocolos Anestésicos, siendo: Bupivacaina pesada 10 miligramos subaracnoideo, Efedrina 5 miligramos, Oxitocina 20 unidades, Fentanilo 100+100+100 microgramos intravenosos, Midazolam 1 miligramos intravenoso, Carbetocina 100 microgramos intravenoso, Ranitidina 50 miligramos intravenosos, Metoclopramida 10 miligramos y uso de Dexametasona 8 miligramos intravenosos; agregando que en este sentido como a lo mencioné el evento quirúrgico ocurrió dentro de los parámetros normales, pero al momento de obtener el producto la Doctora Oralia Luna se percató de que la paciente tiene la placenta “acreta” y tiene que realizar histerectomía obstétrica, lo cual me hace de mi conocimiento para continuar con el apoyo anestésico, previo a mi intervención y una vez que me hizo saber esto la Doctora Luna, se avisa a Trabajo Social que busque al familiar de la paciente para informarle la nueva intervención que se requiere, siendo precisamente su pareja quien acude fuera del área de quirófono y yo le informo sobre el estado de salud de su pareja, así como lo requiero la autorización para realizar la histerectomía obstétrica que necesita su pareja, dando él la autorización. Vuelvo a ingresar al área de quirófono en donde con los nuevos datos que presentaba la paciente le aumenta el riesgo anestésico quirúrgico a 3 B, tomando yo las medidas necesarias para atender esta condición, realizándose esta segunda intervención con apoyo del Doctor Adrián Villegas, esto por la gravedad del evento, no obstante el mismo se realizó dentro de los parámetros normales ya que es una condición que se nos presenta de manera frecuente, terminado el cierre de la piel de la paciente al encontrarse personal de apoyo realizando la limpieza y el vendaje a la misma, la paciente manifiesta dificultad para respirar, aclarando que en todo momento mi paciente se encontraba consciente, además de presentar hipoxia, que es una disminución de la saturación de oxígeno...”*

*“...me acerco con la paciente y le doy apoyo ventilatorio, y reanimación cardiopulmonar avanzada, esto de acuerdo a Protocolo porque la paciente ya presentaba paro cardiorespiratorio, durando 33 treinta y tres minutos con reanimación sin obtener respuesta de la paciente, y al final de esta reanimación acudieron la Doctora Jennifer y la Doctora Larisa, quienes están asignadas al área de Terapia Intensiva...”*

*“...se les insistió a los familiares para que autorizaran la realización de la autopsia con la finalidad de conocer la causa exacta del deceso, manifestando tanto la hermana de la paciente y el esposo que no daban su autorización, inclusive la hermana de la paciente se encontraba muy molesta e insistía en no dar su autorización pese a que nosotros rogábamos que nos permitieran demostrar que el fallecimiento no se debía a una negligencia médica...”*

Cabe mencionar que en cuanto al aviso a los familiares, sobre el estado de salud de la paciente y la necesidad de una segunda intervención, aludida por la doctora **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, consta en el sumario, y es de considerarse lo informado por la trabajadora social **Norma Yaderik López Beltrán** al relatar constarle cuando la doctora en mención, informó a los familiares de la paciente sobre la necesidad de una segunda intervención, esto ante la autorización verbal de la pareja de la paciente y con independencia del consentimiento informado escrito que con antelación ya había suscrito, respecto a la primera intervención, pues declaró:

*“...yo requerí al familiar de la paciente de nombre XXXXX, a quien pasé con la médico Luna para que se le informara sobre la segunda intervención que requería, la cual de manera verbal autorizó, sin embargo no firmó ningún otro documento porque posterior a esto entró en estado de shock y yo tuve que realizar terapia de contención, pero puedo señalar que el consentimiento informado que firmó a la Doctora Diana Antonieta Sánchez Zárate, ya contempla condiciones imprevistas que puedan presentarse, como lo que sucedió, reiterando que no firmó algún otro consentimiento sino que previo a entrar en shock informo a la doctora Luna, en mi presencia, sobre su autorización y comprensión del estado de salud de su pareja y la intervención que requería, siendo todo lo que deseo manifestar”.*

Lo que en efecto consta en las notas de trabajo social dentro del expediente clínico correspondiente. Prevalciendo en el mismo expediente el Consentimiento para la administración de la anestesia, a saber:

**“CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA.**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** XXXXX

**EDAD:** 25 AÑOS **FECHA:** 11 Agosto 15 **OPERACIÓN:** Cesárea

En pleno uso de mis facultades mentales; autorizo a los médicos del servicio de Anestesiología de este Hospital Materno de Celaya; la administración de los medicamento y la realización de las maniobras necesarias sobre mi cuerpo para producir y mantener el estado de Anestesia; después que se me ha explicado lo suficiente para entender el evento y **ACEPTO** la realización de uno o más procedimientos que se describen a continuación, como los más adecuados para mi caso.

**ANESTESIA GENERAL:** Con medicamentos que producen inconciencia durante la operación y que son administrados por la vía intravenosa o inhalada.

**ANESTESIA REGIONAL:** Peridural, subaracnoidea y plexos; que anestesia en una parte seleccionada del cuerpo mediante la anestesia de grandes nervios que salen de la columna vertebral. Además de prolongar el efecto después de la operación y proporcionar analgesia adicional para algunas de las modalidades del bloqueo.

**ANESTESIA LOCAL:** Anestesia de cualquier parte de la piel, ojos, encías, faringe u otra parte del cuerpo con invasión mínima y la administración adicional de sedantes.

Si no es suficiente la anestesia regional o local proporcionada, acepto que se continúe con anestesia general. Entiendo que durante el curso de la anestesia y de la operación, pueden surgir cambios imprevisto en mi estado físico que obliguen a modificaciones en la atención que se me brinda, en este caso los anestesiólogos actuarán como guardianes de mis intereses, teniendo como prioridad mi seguridad.

Estoy consciente que es imposible garantizar los resultados de la administración de medicamentos y la realización de las maniobras para la anestesia en un paciente. Entre los efectos adversos que pueden presentarse, los más frecuentes son:

Náuseas y vómitos; dolor de cabeza; dolor de espalda; adormecimiento transitorio prolongado de alguna parte del cuerpo; ronquera y dolor de garganta; dolor en los músculos del cuerpo e hinchazón de tejidos blandos. Incluso la cirugía denominada menor, puede llevar peligros anestésicos graves o imprevistos.

No desconozco que podrían surgir algunas complicaciones mayores de acuerdo al procedimiento anestésico como puede ser:

Daño en los ojos; boca; dientes; cuerdas vocales; neumonías; insensibilidad permanente de alguna zona anestesiada; recuerdos de eventos durante la operación; lesiones en las venas y arterias del cuerpo; trastornos de la función del hígado y alergias severas a los medicamentos empleados.

En casos extremos puede haber daño cerebral permanente; ataque al corazón o incluso la muerte.

Los riesgos mencionados dependen principalmente de la salud de la persona y de la magnitud de la operación y pueden ocurrir con cualquier tipo de anestesia.

Declaro que hasta donde tengo conocimiento y ayudarlo por el anestesiólogo; he informado de:

Todas las enfermedades que he tenido.

Todas las anestias recibidas y el curso de las mismas.

Cualquier alergia.

Todos los medicamentos que he recibido los últimos tres meses.

Todo lo que se me ha preguntado y he contestado con la verdad.

Cumpliré el ayuno indicado en el caso de mi operación sea programa.

Después de que se ha explicado la naturaleza y la finalidad de la asistencia anestésica; he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción y entendimiento. Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes del inicio del acto anestésico que se me propuso.

En caso de estar embarazada entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y el estado de anestesia puede afectar negativamente mi embarazo, incluso provocar un parto prematuro”.

Al hilo de la narrativa acotada con antelación por parte del personal médico, el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, doctor **Adrián Villegas Cisneros**, confirmó haber apoyado a la doctora **Oralia Edith Luna Muñoz**, durante la intervención quirúrgica que llevó a cabo la primera en mención, respecto de la histerectomía obstétrica, y al terminar la extracción de la pieza quirúrgica se retiró, recibiendo un mensaje por parte de la doctora **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, avisando que la paciente estaba en paro cardiorrespiratorio, por lo que regresó al hospital, dando aviso a la Jefa de Terapia Intensiva, Teresa de la Torres y al Subdirector del Hospital, **Timoteo Medina Rodríguez**, agregando que él se encuentra adscrito al **Comité de Morbimortalidad Materna y Perinatal**, que se encarga del análisis de casos con la finalidad de decrecer el índice de muerte materna y perinatal, y en el caso particular sesionó la Jurisdicción Sanitaria número III concluyéndose, según los estudios inmuno-hematológicos realizados a la paciente en vida y a la recién nacida, que la causa del deceso fue una reacción inmunológica derivado de las múltiples transfusiones que había recibido anteriormente, pues aludió:

“...a las 18:00 dieciocho horas, se me notifica que se requiere apoyo en la sala de quirófano la Doctora Oralia Edith Luna Muñoz, quien se encontraba operando a la paciente quien en vida respondía al nombre de XXXXX con el hallazgo quirúrgico de “acretismo placentario”, que consiste en una inserción e invasión anómala de la placenta, decidiendo la Doctora realizar “histerectomía obstétrica”, el cual consiste en la extracción quirúrgica del útero; ingresé a la sala de quirófano ya habiéndose iniciado dicho procedimiento quirúrgico, apoyando a la Doctora en la intervención, se complementa procedimiento realizando ligadura de arterias hipogástricas con la finalidad de disminuir riesgo de sangrado, y una vez terminado la extracción de la pieza quirúrgica me retiro”.

“...alrededor de las 19:54 diecinueve horas con cincuenta y cuatro minutos, recibo un mensaje por parte de la Doctora Luna de que la paciente XXXXX estaba en paro cardiorespiratorio, y dado el cargo que desempeño me corresponde estar disponible en todo momento, precisando en este sentido que lo primero que hice fue comunicarme vía telefónica con la Doctora Teresa de la Torre, quien es la Jefa de Terapia Intensiva, así como con el Subdirector del Hospital de nombre Timoteo Medina Rodríguez, al tiempo en que yo emprendí mi regreso hacia el Hospital Materno arribando al mismo aproximadamente a las 20:40 veinte horas con cuarenta minutos, percatándome que tanto la Doctora Luna como la Doctora de la Torre, la Doctora Jennifer Zúñiga, adscrita al área de Terapia Intensiva, y la Doctora Diana Sánchez, quien funge como Anestesióloga, y el Doctor Timoteo Medina estaban en el área de quirófano, siendo precisamente la Doctora Luna quien me reporta sobre el fallecimiento de la referida paciente”.

“...me dirijo hacia mi sala de juntas acompañado de los médicos que menciono, así como de dos Trabajadoras Sociales, además del esposo de la ahora finada, la madre de éste y una hermana de la paciente, a quienes se les informa sobre el fallecimiento de su familiar por un probable choque mixto el cual consiste en que sufrió una reacción inmunológica a cualquier medicamento o solución, y una disminución de la perfusión sanguínea...”

“...yo me encuentro adscrito al Comité de Morbimortalidad Materna y Perinatal, que esencialmente se encarga del análisis de casos con la finalidad de decrecer el índice de muerte materna y perinatal, y con el mismo objetivo la Jurisdicción Sanitaria número III sesiona y da seguimiento a estos casos, en el caso particular aproximadamente 2 dos a 3 tres semanas después del fallecimiento, se concluyó basado en los estudios inmuno - hematológicos realizados a la paciente en vida y/a su recién nacido, así como a la autopsia verbal realizada a los familiares que la causa del deceso fue una reacción inmunológica derivado posiblemente de las múltiples transfusiones que había recibido anteriormente...”

En el mismo tenor la doctora **Sandra Larisa Morales Zárate**, también externó haber tenido conocimiento de los hechos, lo anterior al encontrarse de guardia en el área de terapia intensiva que recibiría a la entonces paciente posterior a su intervención quirúrgica, constándole las acciones de reanimación realizadas a la paciente por parte de las doctoras **Oralia Edith Luna Muñoz** y **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, apreciando en la paciente las pupilas mióticas, sin pulsos distales, indicando que había concluido el tiempo establecido para las maniobras de reanimación, y la paciente había fallecido, pues mencionó:

“...al encontrarme de servicio en el área de Terapia Intensiva Obstétrica del Hospital Materno, siendo aproximadamente las 19:20 diecinueve horas con veinte minutos, se me informó por parte del enfermero adscrito a mi área, la necesidad de acudir a quirófano para valorar a una paciente, lo cual así hice inmediatamente, y una vez en dicha área me comunica la Doctora Diana sin recordar sus apellidos, pero es la Anestesióloga, que la paciente ahora finada acababa de salir de cirugía con diagnóstico de post operada de histerectomía por acretismo placentario, presentándome todo el caso clínico, encontrándose desaturando, además de informarme sus antecedentes y padecimiento actual, yo le indico que cuando la paciente salga de quirófano pase a Terapia Intensiva, y de ahí yo me retiro a avisarle a los enfermeros adscritos a mi área que fueran preparando la cama y el ventilador, aclarando que en este transcurso yo le llamé a la Doctora Teresa, quien es la Jefa de Medicina Interna, esto con la finalidad de presentarle el caso de que yo acababa de recibir una interconsulta...”

“...encontrándome en Terapia Intensiva doy indicaciones de que ingresaba paciente y estuvieran al pendiente del ingreso de la paciente, regresándome enseguida a quirófano pero antes de ingresar me señalan que la paciente se encontraba en paro cardiorespiratorio y estaban en maniobras de reanimación, fase 2 dos, lo cual informo a mi superior vía telefónica, Doctora Teresa de la Torre, quien me indica que pase a quirófano y dé indicaciones de que se le suministre a la paciente antes mencionada, lo que son: electrolitos y soluciones intravenosas, lo cual hago del conocimiento de uno de los enfermeros...”

“...continuando las maniobras de reanimación por parte de la Doctora Diana y la Doctora Oralia, así como diverso personal adscrito al área de quirófano; posteriormente arribó la Doctora Jennifer para apoyar en las maniobras de reanimación, aclarando que esto fue también en virtud de que era el cambio de turno y entraba a laborar la Doctora Jennifer, quien al observar esta situación brindó apoyo al personal médico de quirófano...”

“...misma que procede a valorar a la paciente encontrando pupilas mióticas, sin pulsos distales, indicando que había concluido el tiempo establecido para las maniobras de reanimación, es decir se determina el fallecimiento de la paciente...”

En semejanza la Jefa de Servicios, doctora **Teresa de la Torre León**, aludió haber tenido conocimiento de los hechos, en virtud de que la doctora **Sandra Larisa Morales Zárate** le avisó de la atención que ella estaba brindando a la paciente, lo que le reportó en virtud de su función como Jefa de Servicios, pues aludió:

“...yo me encontraba en la ciudad de Querétaro, Querétaro, atendiendo unos asuntos personales, cuando recibí una llamada de parte de la Doctora Larisa Morales, quien funge como médico adscrito del turno vespertino de la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos (UCIO), donde me informó respecto de una valoración que ella iba a realizar en el área de toco cirugía, y esto lo hace porque de acuerdo a protocolo tiene la obligación de ponerme en conocimiento cualquier interconsulta que vaya a efectuarse fuera de mi horario de trabajo al ser yo la encargada

del área. En tal sentido yo le indiqué que fuera a verla, y que me informara cualquier situación, después de esto recibo una segunda llamada de la Doctora Larisa donde me indica “que la paciente estaba en paro” indicándole “que siguiera el protocolo de reanimación del paciente postparo”, que consiste primeramente en efectuar reanimación cardio cerebro pulmonar, suministrarle en tres ciclos fármacos vasopresores y finalmente electrolitos, así como también le indiqué que en ese momento me trasladaría hacia el Hospital Materno a fin de realizar el seguimiento correspondiente”.

“...arribando al Hospital Materno aproximadamente a las 20:30 veinte horas con treinta minutos, ingresando al área de quirófano, y percatándome que el otro médico a mi cargo adscrito al turno nocturno, Doctora Jennifer Zúñiga, ya se encontraba también en este lugar, quien me comenta que la ahora agraviada ya había fallecido...”

También se recabó el testimonio de la médica internista **Jennifer Sofía Zúñiga Rossete**, quien relató que el día de los hechos llegó a cubrir su guardia nocturna en el área de terapia intensiva, se percató de que una de las camas estaba preparada para recibir a una paciente que se encontraba en quirófano, a la cual tuvo a la vista, intubada, recibiendo masaje cardiaco y canalizada con dos vías, una con paquete globular, bajo la atención de la doctora **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, revisando a la paciente, constándola con pupilas midriáticas (dilatadas) y arrefléxicas, a su vez solicitó suspender masaje cardiaco, percatándose de ausencia de frecuencia cardiaca, así como de pulso, sin presión arterial, hipotérmica (fría), ausencia de latido cardiaco, por lo que concluyó detener la reanimación, estableciendo como hora de defunción las 20:21 horas, al narrar:

“...a mi arribo al Hospital e ingreso a la referida área, me percaté de que una de las camas se encontraba preparada para recibir paciente, por lo cual indago con el personal sobre esa particularidad, mencionándome que dicha cama iba a ser destinada a una paciente que se encontraba en el área de quirófano y se encontraba en paro, en tal sentido yo me constituí en el quirófano, observando a una persona del sexo femenino con ventilación mecánica, es decir entubada, recibiendo masaje cardiaco, además estaba ya canalizada con 2 dos vías, siendo una de ellas un paquete globular y la otra sin poder recordar qué estaba recibiendo; asimismo preciso que a quien le corresponde dirigir esta actividad y así lo estaba realizando, era la anestesióloga Doctora Diana, también se me informa que al momento de mi constitución en el quirófano la paciente ya tenía 35 treinta y cinco minutos recibiendo maniobras de reanimación, e informándome sobre los antecedentes y la intervención realizada la paciente; yo procedo a revisar a la paciente encontrándola con pupilas midriáticas (dilatadas) y arrefléxicas, es decir sin respuesta a la luz, solicito suspender masaje cardiaco, enseguida me coloco el estetoscopio escuchando entrada y salida de aire en pulmones, también me doy cuenta de ausencia de frecuencia cardiaca, así como de pulso, no se registra presión arterial en monitor ni de forma manual, y se palpa a paciente hipotérmica (fría), descendiendo frecuencia cardíaca de 53 cincuenta tres latidos por minutos a 33 treinta y tres, posteriormente asistolia (ausencia de latido cardiaco), por lo que en base a estos datos clínicos y en lo que yo observo en el estudio gasométrico concluyo detener la reanimación, toda vez que ya me había sido informado que a la paciente se le había dado el manejo habitual en reanimación (volumen, medicamentos para estimular la frecuencia cardiaca, etcétera), estableciendo como hora de defunción las 20:21 veinte horas con veintiún minutos...”

Además de las versiones rendidas por los médicos que tuvieron contacto con la paciente **XXXXX**, se recabó el **expediente clínico 1572** a su nombre, con lo que se confirmaron los antecedentes personales y patológicos de la misma, aludidos por los médicos tratantes, a saber:

“...quirúrgicos: 1 cesárea (10 años)

1 LAPE (ectópico roto hace 5 años)

3 cirugías por fractura de fémur, tibia y peroné izquierdos hace 8 años. Colocación de injerto y material de osteosíntesis (7 tornillos, 3 placas)”

Aludiéndose en la nota post cesárea, el acretismo placentario con la necesidad de realizar la *histerectomía obstétrica*, acotada por el personal médico dentro del sumario, pues se lee:

“DX...acretismo placentario”...CX Realizada. *Histerectomía obstétrica Salpingooforectomía izquierda+ligadura de arterias hipogástricas*” *Complicaciones Ninguna.*”

“sin respuesta a maniobras de reanimación” “certificado de defunción...choque mixto, hemorragia obstétrica, acretismo placentario, puerperio quirúrgico patológico, incompatibilidad a grupo “A”, “B” “O”

“seguimiento se envió a laboratorio estatal para determinar la presencia de anticuerpos DX isoimmunización a Grupo”

Constando dentro del actual expediente, el informe elaborado por el **Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal de la Secretaría de Salud del Estado**, suscrito por dr. **Timoteo Medina Rodríguez**- Subdirector// dr. **Adrián Villegas Cisneros**-Jefe de GYO// dra. **Teresa de la Torre León**- Jefa de UCIO. Hospital Materno de Celaya. Elaborado: dra. **María Liliana Barrios Lugo**. Jurisdicción Sanitaria III (foja 37 y 38), en cuyo apartado final se asentó el diagnóstico de choque mixto, aludiendo la incompatibilidad de hemoderivados, iniciando reanimación hídrica con almidón y plasma fresco congelado, presentando paro cardiorespiratorio, con hora de defunción 20:21 horas, pues se lee:

“...Se realizó cesárea iniciando a las 17:14hrs obteniendo RN femenino a las 17:20hrs con peso de 2400gr Apgar 8/9, talla 48cm, Capuro 38SDG y dato de acretismo placentario en fondo uterino por lo que se decide realizar

*Histerectomía Obstétrica total más ligadura de arterias hipogástricas, sin complicaciones quirúrgicas con sangrado quirúrgico de 1500cc Se solicita hemoderivados los cuales reportan incompatibles+++ Se recaba gastrometría arterial a las 19:24hrs con PH 7.26, PCO2 30mmHg, PO2 65mmhg, Lactato 0.9mmol/l, HTO 24% HCO3 13.5mmol/l iniciando manejo con reanimación hídrica con almidón y plasma fresco congelado, presentando paro cardiorespiratorio a las 19:48hrs iniciando reanimación cerebro cardiopulmonar avanzada sin respuesta a maniobras estableciendo hora de defunción 20:21hrs. Diagnostico presuntivo de Choque Mixto”.*

Expediente integrado por dicho comité en cuanto a los hechos que nos ocupan, que obra en el sumario, visto de foja 200 a 260.; Lo que además, guarda intrínseca relación con el resultado del estudio histopatológico **Q-4227-15MAC** (foja 262) el cual inca: *útero posgravido y del segmento de salpínges, con diagnostico “endometrio residual con reacción decidual y hemorragia. Miometrio con edema y hemorragia. Segmento de salpínges sin alteraciones. Cérvix con cervicitis crónica. Sin evidencia de malignidad en el material analizado.*

Teniendo lo anterior relación con las últimas notas médicas del expediente clínico (foja 88), en el que se asentó por parte de la doctora **Sandra Larisa Morales Zárate** que la paciente continuaba con inestabilidad hemodinámica:

**NOTA DE VALORACIÓN INICIAL DE UCIO.**

11/08/2015

20:30 hrs

**NOTA DE VALORACIÓN DE UCIO**

*Se acude a quirófano posterior a recibir llamada solicitando valoración de paciente postoperada de cesárea y acretismo placentario con sangrado de 1500cc con ligadura de hipogástricas.*

*Se realiza la presentación de la paciente con padecimiento actual ya mencionado y antecedente de traumatismo automovilístico hace 9 años en el cual presentó fractura de fémur, tibia y peroné, realizándole aproximadamente 6 cirugías con múltiples hemotransfusiones. Se le da indicación de ingreso a la UCIO y se realiza logística para su ingreso.*

*El personal de UCIO regresa a los 5 minutos a la unidad tóco quirúrgica y se hace la referencia que se dificulta la intubación, al momento de ingresar a quirófano se logra la intubación. Signos vitales iniciales de SO2 75% con frecuencia cardiaca de 60 x con tendencia a disminuir, la encuentro con 2 vías periféricas con solución salina de 500 cc y 250 cc respectivamente, se encontraban en espera de paquetes globulares y plasma fresco congelado ya que los anteriores no habían sido compatibles, indico la administración de solución Hartmann 1000cc en carga, gluconato de calcio, sulfato de magnesio y bicarbonato, la paciente continua con inestabilidad hemodinámica con bradicardia de 33 1pm y la saturación a 55% aprox, se comienzan las maniobras de reanimación cardiocerebro pulmonar con adrenalina, norepinefrina y vasopresina. Se continúa reanimación. Paciente se encuentra en paro cardiocerebro pulmonar y se iniciaron maniobras de reanimación. Dra. Sandra Larissa Morales Zárate MA. UCIO.*

Concorde a la nota médica asentada por la doctora **Jennifer Sofía Zúñiga Rossete**, concediendo el cese de las maniobras de reanimación, determinándose como hora de defunción las 20:21 horas:

**NOTA MEDICINA INTERNA**

11/08/2015

20:30 hrs

*Se me informa a mi llegada a la unidad de cuidados intensivos que se encuentra paciente en paro en quirófano, ingreso al mismo de inmediato, encontrando paciente femenino a la cual se encuentra con ventilación mecánica, canalizada con 2 vías y recibiendo masaje cardiaco, se me informa que han transcurrido 35 minutos desde inicio de reanimación, manejada con cristaloides, gelatina, bicarbonato, adrenalina, vasopresina, norepinefrina y hemoderivados. Se me muestra gasometría que reporta acidosis láctica con ph 7.11, pCO2 64, pO2 de 22, HCO3 20, lactato de 5.2, exceso de base de -9.2.*

*Procedo a revisar a paciente quien se muestra neurológicamente con pupilas midriáticas, arrefléxicas, con ventilación mecánica asistida, se auscultan campos pulmonares ventilados, ausencia de pulso, no ausculto, frecuencia cardiaca, no se registra tensión arterial en monitor ni de forma manual, se registra en monitos bradicardia de 53 latidos por minuto, se palpan paciente hipotérmica. Se indica iniciar vasopresina en infusión, y continuar con norepinefrina persistiendo bradicardia, bajando frecuencia cardiaca a 33 latidos por minutos y posteriormente asistolia. Decidiendo concluida reanimación. Dando como hora de defunción las 20:21. Dra. Jennifer Sofía Zúñiga Rossete/Medina Interna.*

De esta manera ha quedado establecida la participación directa en la atención médica brindada a la paciente que en vida atendiera al nombre de **XXXXX**, por parte del personal médico adscrito al Hospital Materno de Celaya, ya identificado como **Oralia Edith Luna Muñoz, Diana Antonieta Sánchez Zárate, Adrián Villegas Cisneros, Sandra Larisa Morales Zárate, Teresa de la Torre León y Jennifer Sofía Zúñiga Rossete.**

Ahora bien, consta en el expediente la opinión experta en la materia médica asumida por la **Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, respecto al caso que nos ocupa, en la que se concluyó que en el trato médico concedido a la entonces paciente, **existió falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del cirujano gineco-obstetra y anestesiólogo**, al caso, ya identificadas como doctora especialista en ginecología **Oralia Edith Luna Muñoz** y doctora especialista en anestesiología **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, respectivamente, lo anterior al no haber cumplido con el protocolo pre y transoperatorio y por no verificar ni solicitar la existencia de sangre compatible con la paciente en el banco de sangre de la unidad, esto sin tomar en cuenta la lista de verificación de cirugía segura, en el

cual se advirtió que no se contaba con sangre disponible.

Además, las condiciones de la paciente y el grado de hemorragia observado, eran indicación para que la paciente fuera monitorizada, transfundida con sangre y/o sus derivados, y vigilada posterior a la cirugía en una sala de cuidados intensivos, y no en un área de recuperación de quirófano.

De igual manera, inobservaron lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico**, en cuanto a la integración y calidad del mismo, además de la carencia de carta de consentimiento bajo información para la realización de histerectomía, ni así de la transfusión, pues se coligió, según se lee:

*“...**CONCLUSIONES.** Primera.- Existe falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del cirujano gineco-obstetra y anestesiólogo al no cumplir con el protocolo pre y transoperatorio al no verificar y solicitar la existencia de sangre compatible con la paciente en el banco de sangre de la unidad. No se tomó en cuenta la lista de verificación de cirugía segura, en el cual se advirtió que no se contaba con sangre disponible.*

*Segunda.- La complicación transquirúrgica fue impredecible e imprevenible y se trató de acuerdo a lo establecido en la guía práctica clínica con histerectomía y ligadura de arterias hipogástricas.*

*Tercera.- Existe falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del personal médico de ginecología y anestesiología, dado que las condiciones de la paciente, y el grado de hemorragia, en este caso un grado III, eran indicación para que la paciente fuera monitorizada, transfundida con sangre y/o sus derivados, y vigilada posterior a la cirugía en una sala de cuidados intensivos, no es un área de recuperación de quirófano.*

*Cuarta.- Existe inobservancia de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en cuanto a la integración de la documentación con la que debe de contar el expediente clínico analizado en base al APENDICE (Informativo) Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad.*

*Quinta.- Existe evidencia dentro del expediente de falta de obligación de medios por parte del servicio de ginecología y obstétrica al no tener una carta de consentimiento bajo información para la realización de cesárea y en su caso para la realización de histerectomía”.*

*Quinta bis.- Existe falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad por parte del servicio de transfusión al no tener una carta de consentimiento bajo información”.*

Si bien la práctica médica cuenta con elementos aleatorios, las y los profesiones médicos deben realizar todas las acciones que les son razonablemente exigibles, esto a efecto de disminuir al menor grado la posibilidad siempre presente de un imprevisto que afecte la salud de sus pacientes; en este orden de ideas encontramos la tesis de rubro **ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA**, que reza:

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

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

*La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, dada la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, finalmente, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma*

*normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto. Por tanto, puede decirse que la lex artis ad hoc es un concepto jurídico indeterminado que debe establecerse en cada caso, en el que el Médico, a través de un proceso de deliberación, aplica las medidas con prudencia a la situación clínica concreta y en la medida de las condiciones reinantes. En la órbita del derecho comparado, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo español ha delineado paulatinamente el referido término hasta definirlo como "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto Médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte Médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/Médico por el resultado de su intervención o acto Médico ejecutado)."*

De tal forma, con los elementos de prueba previamente expuestos y analizados, los mismos resultaron suficientes para tener por probado el punto de queja expuesto por la parte lesa, mismo que se hizo consistir en **Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, atribuida a la médica especialista en ginecología **Oralia Edith Luna Muñoz**, así como la médica especialista en anestesiología **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, adscritas al **Hospital Materno de Celaya**, lo que confluía en el fallecimiento de quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**.

## Reparación del Daño

Al análisis de los hechos probados que con antelación han sido materia de reproche por parte de quien resuelve y que confluieron en la incorrecta Prestación del Servicio Público brindado por el Sector Salud a la paciente **XXXXX**, lo anterior en relación al presente Capítulo de Reparación del Daño. Sobre el particular es pertinente 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..."*

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 han 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.

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.

Sirvan así de fundamento:

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

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

**2.-** Los artículos 113 segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 123 de la Constitución

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

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

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

Una vez que se ha acreditada la Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud, en agravio de quien en vida atendió al nombre 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*”.

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

### RECOMENDACIONES

**PRIMERA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya el inicio de procedimiento administrativo en contra de la médica especialista en ginecología **Oralia Edith Luna Muñoz**, así como de la médica especialista en anestesiología **Diana Antonieta Sánchez Zárate**, ambas adscritas al **Hospital Materno de Celaya**; lo anterior respecto de la **Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, de la cual se doliera **XXXXX** en agravio de su pareja, quien en vida atendiera al nombre de **XXXXX**.

**SEGUNDA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que 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**.

**TERCERA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que realice las gestiones pertinentes a efecto de que se proporcione o continúe la atención psicológica que requiera **XXXXX**, así como los familiares directos que así lo deseen, lo anterior como consecuencia del fallecimiento de **XXXXX**.

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

Notifíquese a las partes.

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

