

León, Guanajuato; a los 14 catorce días del mes de septiembre del año 2017 dos mil diecisiete.

**V I S T O** para resolver el expediente número **108/15-E**, relativo a la queja presentada por **XXXXX**, por actos cometidos en agravio de **XXXXX**, mismos que considera violatorios de sus Derechos Humanos y que atribuye a **PERSONAL MÉDICO ADSCRITO AL HOSPITAL COMUNITARIO DE TARIMORO, GUANAJUATO**.

## SUMARIO

La presente investigación atiende al señalamiento de **XXXXX**, en contra de personal médico del Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, al considerar que por su deficiente atención médica perdió la vida su pareja **XXXXX**.

## CASO CONCRETO

- **Violación del Derecho al Acceso a la Salud.**

**XXXXX**, se inconformó en contra de servidores públicos del Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, pues consideró que dichos funcionarios incurrieron en una deficiente atención médica a su pareja **XXXXX**, lo que a la postre derivó su fallecimiento.

En este orden de ideas, **XXXXX** narró que el día 06 seis de noviembre de 2015 dos mil quince, se encontraba embarazada y padeció dolores, por lo que fue ingresada a partir en ese momento, al día siguiente nació su bebé y posteriormente escuchó que el médico que la atendió solicitó a un enfermero sangre, posteriormente el mismo médico le informó que tenían que trasladarla al Hospital General de Celaya, Guanajuato, pues su pareja se encontraba grave ya que habían tenido que cortar la matriz, y que al llegar al Hospital de Celaya, un doctor recibió a su pareja quien le realizó una cirugía y al terminar la misma le informó que habían detenido la hemorragia y que se encontraba en estado de coma, en ese tenor indicó:

*“...el día viernes 6 seis de noviembre del año en curso, mi pareja empezó a sentir fuertes dolores, por lo cual acudió en la mañana aproximadamente como entre las 15:00 y las 16:00 horas, la revisaron en el área de urgencias, le indicaron que ya tenía que internarse, y mi suegra se quedó con ella, toda la noche, y yo llego al Hospital Comunitario de Tarimoro al día siguiente 7 siete de noviembre del año en curso, y la preparan para operarla y como a las 11:30 once horas con treinta minutos, sale el pediatra diciéndome a mí y mi suegra que había nacido una niña, y que estaba bien, yo le pregunté que como estaba mi esposa, contestándome que ahorita iban a salir los doctores a decirme como se encontraba ella, para esto, nosotros nos encontrábamos en la sala de espera, y después un médico sale y le dice a mi suegra que alguien tenía que quedarse con mi hija recién nacida, y mi suegra se va y me comenta que un guardia le dijo que necesitaba sangre, que si tenía en que moverse contestándole que no, entonces un enfermero se va por la sangre, que al parecer requería mi esposa, pero ningún médico me informó del estado de salud de ella, por lo que yo estaba muy intranquilo y permanezco en la sala de espera, transcurren como 3 tres horas y es cuando llega una ambulancia y atrás de ella el enfermero que se había ido por la sangre, pero yo no sabía para quien era la ambulancia y yo permanecí en la sala de espera, sin que nadie me informara del estado de salud de mi esposa **XXXXX**, más tarde el guardia me llama diciéndome que pase a hablar con el Doctor Ángel Furucahua Domínguez, quien me dice que mi esposa se encuentra grave, yo le pregunté que por qué, si ella estaba bien, contestando que cortaron la matriz porque venía enredada con la placenta, y que la tenía que trasladar al Hospital General de Celaya, para su más rápida recuperación y me dice salte ahorita y te vas conmigo en la ambulancia, transcurren como 20 veinte minutos y sacan a mi esposa en camilla y la abordan a la ambulancia... y yo me voy con ella, quien iba inconsciente con oxígeno...quiero señalar que el anesthesiólogo iba conmigo desde que salió la ambulancia del Hospital...seguimos el trayecto llegando al Hospital General de Celaya, Guanajuato, como a las 17:00 horas aproximadamente, ingresando a mi esposa al área de urgencia y me doy cuenta que los doctores de este Hospital le preguntan al anesthesiólogo que si tuvo un paro cardiaco mi esposa, porque no tenía signos vitales, y también le preguntan qué cuánta sangre había perdido en el Hospital de Tarimoro, Guanajuato, contestando que solo 2000 dos mil, fue cuando la pasan a quirófano, en donde la intervienen quirúrgicamente, transcurriendo como 2 dos horas, sale un doctor y me dice “Que ya habían parado la hemorragia y que al parecer solamente había perdido 1000 mil de sangre”, y el mismo dijo “entonces en donde está toda la demás”, entonces la pasan a terapia intensiva en donde permanece y después los doctores que la estaban atendiendo me informan que está en estado de coma; el día de ayer 18 dieciocho de diciembre del año en curso, la cambian al área de medicina interna, pero ella sigue mal porque no puede moverse ni hablar, siendo estos los hechos motivo de queja en contra del Personal Médico del Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato. Por la deficiente atención médica que recibió mi pareja **XXXXX**, que afectó su estado de salud y pone en riesgo su vida, (Foja 4 a 8)*

Como antecedente, el quejoso indicó que su pareja acudió a sus revisiones periódicamente, y que el médico que la atendió le advirtió que tenía que operarse al cumplir 38 treinta y ocho semanas de gestación, motivo por el cual acudieron en ese tiempo, momento en el que el galeno informó al quejoso que su pareja presentaba anemia por lo que le solicitó sangre, sin embargo le informaron que no se realizaría la cirugía, pues dijo:

*“...mi pareja de nombre **XXXXXX**, quien tiene la edad de 22 veintidós años, se embarazó por segunda ocasión y en el primer parto los doctores que la atendieron le dijeron que si tenía un segundo embarazo, no tenía que dejar llegar los 9 nueve meses, porque la habían hecho cesárea, en el primer parto, con esta referencia mi esposa ya embarazada por segunda vez, acudió a sus revisiones pre parto al Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato y el médico que la estaba checando en sus revisiones, le dijo que tenía que operarse en parto a las 38 treinta y ocho semanas, por lo que mi pareja acudió junto con mi suegra y yo, 8 ocho días antes del 6 seis de noviembre del año en curso, al Hospital Comunitario porque ya se le habían cumplido las 38 treinta y ocho semanas, por*

lo que mi pareja acudió junto con mi suegra y yo, 8 ocho días antes del 6 sies de noviembre del año en curso, al Hospital Comunitario porque ya se le había cumplido las 38 treinta y ocho semanas, y la prepararon para operarla, esto fue en la mañana pero no recuerdo la fecha exacta, entonces el doctor que la iba a operar me dijo que tenía algo de anemia y se requería contar con sangre, y me dijo que tenía que ir por sangre al Hospital materno de Celaya, Guanajuato, pero tardaron mucho en dármela y llegué de regreso al Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, con la sangre solicitada, para esto ya eran entre las 15:00 y las 16:00 horas, pero de rato mi esposa salió diciendo que siempre no la iban a operar, porque el anestesiólogo le comentó que ya era muy tarde y que tenía invitados, y que se tenía que ir a su fiesta; por lo cual nos regresamos a nuestro domicilio...

Por su parte, la autoridad señalada como responsable, en el informe rendido por el doctor Juan Pablo Cruz Álvarez, encargado de despacho de la Dirección del Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, se limitó a hacer un resumen de la atención brindada a la particular, basándose en el expediente clínico, sin abarcar que la atención recibida fuese adecuada, al decir (foja 25 a 27) del cual se lee:

“...efectivamente como lo consta en el expediente cuyo original se encuentra en el archivo clínico del hospital comunitario de Tarimoro con número de expediente T-334 trescientos treinta y cuatro la paciente en cuestión tuvo 2 dos embarazos atendiéndose sus consultas prenatales y del primer evento obstétrico en esta misma unidad y siendo el ginecólogo Ángel Francisco Furukawa Domínguez...en dicho evento se le explico a la paciente que era necesario llevar control prenatal por los riesgos que se tienen con un periodo intergenesico corto cuya definición y complicaciones se enlistan en artículo anexo...se puede corroborar en el mismo expediente antes citado que la paciente acudió a control prenatal en esta unidad siendo referida del centro de salud de la Moncada el día 10 diez de julio del 2015 dos mil quince, con folio interno 0042 siendo la página 39 del expediente R-314 cuyo original se encuentra en Umaps La Moncada y que se anexan copias certificadas del mismo, siendo su primer consulta el día 31 treinta y uno de agosto del 2015 dos mil quince, siendo atendida nuevamente por el Dr. Ángel Francisco Furukawa Domínguez citándose en un mes y solicitándole laboratoriales, la paciente acude con resultado de US el realizado el día 05 cinco de agosto del 2015 dos mil quince y recibiendo su segunda consulta el 12 doce de octubre del 2015 dos mil quince, en la cual se le solicitan hemoderivados y se reporta pronóstico reservado a evolución, y se le informan las complicaciones que pudiera presentarse en la segunda cesárea entre ellas que pudiera perder el útero por sangrado transoperatorio...Consta en nota medica de expediente antes citado que el día 31 treinta y uno de octubre de 2015 dos mil quince acudió la paciente a consulta con resultados de laboratoriales tomados el día 24 veinticuatro de octubre del 2015 dos mil quince, el cual reporta Hemoglobina de 10.40 por lo que el ginecólogo le realiza solicitud de hemoderivados pues la paciente presenta anemia grado II llevándose tramite por medio de trabajo social lo cual consta en nota en expediente emitida por trabajo social y se suspende la cirugía hasta constar con los paquetes globulares por el riesgo que tiene la paciente de sangrar en el transoperatorio y por no contar en ese momento con paquetes globulares disponibles en la unidad, considerando un riesgo innecesario y ya que la paciente en ese momento no presentaba ningún dato de alarma obstétrico pues se trataba de una cirugía programada, dándose de alta a las 16 dieciséis hrs y reprogramándose para acudir a transfundirse el día 3 tres de Noviembre para ser intervenida el día 7 siete de Noviembre y posteriormente por la tarde llegando familiar con ese paquetes globulares con hora de salida de banco de sangre de Celaya a las 14:42hrs catorce horas con cuarenta y dos minutos, llegando a la unidad a las 15:57 quince horas con cincuenta y siete minutos lo cual se consta en bitácora de laboratorio resguardándose hasta su transfusión ya que cada paquete globular debe transfundirse según indica la guía para su uso clínico de la sangre en menos de 4 hrs horas preferentemente de 20 veinte a 30 treinta gotas por minuto anexándose la guía para su validación...Acudiendo el día lunes 3 tres de noviembre del año en curso para que se realice la transfusión en el servicio de urgencias transfundiéndosele los 2 dos Paquetes Globulares sin complicaciones cada uno para pasar en 3hrs como se muestra en hoja de indicaciones médicas y se cita el día sábado 7 de Noviembre para realizar la cesárea . Cabe mencionar que como se indica en nota de trabajo social del expediente la paciente acudió sola a la transfusión y se solicitó era necesario contar con familiar responsable por cualquier complicación que pudiera presentarse llamando ella a su familiar vía telefónica para que asistiera...en el expediente de la paciente se encuentra hoja de triage en el servicio de urgencias en la cual se constata que la paciente llevo a la unidad a las 14:20hrs catorce veinte horas para revisión acudiendo sola presentando el contracciones uterinas revisándola la Dra. Gisela Estrada Ángeles quien le comenta se quedara internada pues a pesar que la paciente no presenta datos de actividad uterina y se realiza tacto vaginal el cual reporta cérvix central cerrado y formado y se indica realizar trazo cardiotocografico confirmando que no presenta actividad uterina por lo que se platica con la paciente que es necesario se deje internada para estarla valorando y en caso de que se requiera enviarse a segundo nivel para su atención y en caso contrario se esperaría su valoración al día siguiente por ginecólogo de la unidad en el entendido que ya estaba programada para cesárea al siguiente día, sin embargo nuevamente venia sola y se le comenta por segunda ocasión que es necesario que haya un familiar responsable, durante la noche se mantiene estable lo cual se corrobora en nota de la Dra. Clara Elizabeth Trejo Rangel la cual se encuentra dentro de expediente y se espera a ser valorada al siguiente día por ginecología...puede constatar en las notas posoperatorias el evento quirúrgico se inició a las 11:20hrs once veinte horas con hora de nacimiento de femenina a las 11:31hrs once treinta y un horas terminando el evento obstétrico a las 12:15hrs doce quince horas como se constata en hoja de enfermería realiza cesárea tipo kerr sin complicaciones, presentando a los 10 minutos aproximadamente y aun estando en sala de quirófano, sangrado transvaginal severo por lo que se sigue el algoritmo 4 de la guía de práctica clínica arriba mencionadas y que se anexa manejándose con Carbetocina 100mcgrs IV, Gluconato de calcio 1gr IV, Ergonovina 0.2 mgs IM y Misoprostol 400mcgs 200mcgs vía rectal y 200cgs sublingual, sin respuesta por lo que se procede a realizar histerectomía subtotal de urgencia la cual se realiza con éxito, se realiza lavado quirúrgico y revisión de hemostasia no observándose sitio de sangrado activo, aunque la paciente continuaba hipotensa, durante el trans operatorio se le administraron 1 PG sin complicaciones con el cual se contaba en ese momento en la unidad siendo de tipo-tipo y al administrarle el segundo paquete presentó reacción por lo que se suspendió su administración recibiendo tratamiento a base 1gr de Hidrocortisona cediendo la reacción procediendo de esta manera de acuerdo a lo descrito en el manual Merck en el apartado de trasfusión de urgencia el cual se puede observar en el siguiente enlace <http://manualmerck.tripod.com/MMCap129.htm> y del cual se anexan copias simples. Debido a las complicaciones que presentó la paciente en el posparto es que el ginecólogo no pudo salir a dar informes a los familiares pues se encontraban en sala de quirófano permaneciendo ahí de las 12:40 hrs que inicia el segundo evento el cual termina a las 14:20 hrs saliendo el médico tratante en ese momento a dar informes al familiar y mientras los médicos se encontraban en el quirófano el trabajador social se encontraba realizando trámites para su traslado y para conseguirle más hemoderivados ya que la paciente se encontraba muy grave lo cual se tiene asentado en expediente en nota de trabajo social, se envió a personal de enfermería en ambulancia por paquetes globulares para que se contara con ellos en el menor tiempo posible y transportara en óptimas condiciones, conforme lo establece la guía para el uso clínico de la sangre antes descrito...a lo que se comenta que al término de la cirugía como debe ser el médico encargado de la paciente en este caso el Doctor Ángel Francisco Furukawa Domínguez salió a dar informes al familiar, explicándole en el lenguaje que el familiar entendiera la

*complicación que se había presentado en este caso una atonía uterina que se corrobora en documentos enlistados anteriormente como lo son el artículo sobre periodo intergenesico corto y se tuvo que realizar histerectomía de urgencia como lo señala el algoritmo de la guía de la práctica clínica que también se anexa y del cual se había hecho mención anteriormente, y se envía a hospital general de Celaya que es donde se encuentra lugar disponible en terapia intensiva en seguimiento a algoritmo, siendo el sistema de urgencias del estado de Guanajuato el responsable del traslado del paciente...”*

De conformidad con la narración de XXXXX, así como con el informe rendido por el doctor Juan Pablo Cruz Álvarez, Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, se tienen como hechos probados y no controvertidos los siguientes:

Que efectivamente la paciente XXXXX acudió el día 24 veinticuatro de octubre de 2015 dos mil quince al Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, donde le detectaron anemia tipo II, motivo por el cual solicitaron programar su atención para el día 03 tres de noviembre del mismo año a fin de realizar transfusión de sangre.

El día 3 tres de noviembre de 2015 dos mil quince, se realizó la transfusión de 2 dos paquetes globulares, programándose el día 07 siete del citado mes y año para realizar cesárea.

Así también, que el día 6 seis de noviembre de 2015 dos mil quince, XXXXX, acudió al área de urgencias a las 14:20 catorce horas con veinte minutos quien al ser valorada la médico en turno decidió que la paciente quedaría internada, quien permaneció estable.

Del mismo modo, quedó confirmado que el día 07 siete de noviembre de 2015 dos mil quince a las 11:20 once horas con veinte minutos, le fue practicada una cesárea donde resultó el nacimiento de una femenina, posteriormente se le detectó sangrado transvaginal severo, por último ese día personal médico determinó trasladar a la paciente al Hospital General de Celaya, Guanajuato por contar lugar disponible en terapia intensiva.

El fallecimiento de la paciente, pareja del quejoso, obra en las constancias que integran el resumen clínico expedido por Director del Hospital General de Celaya, Guanajuato, doctor Luis Manuel Valdez Martínez, el certificado de defunción (foja 474) en el que se concluyó como causa de muerte *Acidosis respiratoria, Desequilibrio electrolítico, Intolerancia gástrica y falla renal*, contribuyendo a su muerte *choque hipovolémico y Hemorragia Obstétrica*.

Este organismo recabó al caso, una serie de declaraciones a diversos funcionarios médicos adscritos al Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, quienes admitieron haber atendido a XXXXX en el mes de noviembre de 2015 dos mil quince, en lo esencial dijeron que su actuación fue apegada a los estándares aplicables.

En este orden de ideas, se tiene acreditado que el siguiente personal médico tuvo participación directa en la atención brindada a la quejosa Ángel Francisco Furukawa Domínguez, Cristian Rafael Bermúdez Porras, Gisela Estrada Ángeles y Clara Elizabeth Trejo Rangel.

Al respecto, la doctora Gisela Estrada Ángeles, indicó que su actuación fue valorar a XXXXX, en el área de urgencias el día 06 seis de noviembre de 2015 dos mil quince aproximadamente a las 14:30 catorce horas con treinta minutos, quien le manifestó que presentaba piquetes en su abdomen, así mismo refirió que tras ser sabedora de la transfusión y el periodo intergenesico corto, decidió ingresarla para tener estrecha vigilancia, además señaló tener conocimiento que se encontraba programada para realizarle cesárea al día siguiente:

*“...el día 6 seis de noviembre de 2015 dos mil quince, siendo aproximadamente las 14:30 catorce horas con treinta minutos atendí en el área de urgencias a la paciente de nombre XXXXX, quien ingresó consiente, tranquila, refería que presentaba piquetes en su abdomen, yo le preguntaba que si eran contracciones uterinas y ella lo negó diciendo que sólo eran piquetes, debido a los antecedentes de la transfusión y el periodo intergenesico corto, al revisarla no tenía actividad uterina, su cérvix estaba completamente cerrado, percibía movimientos fetales y la frecuencia cardíaca del bebé se encontraba estable, aun así decidí ingresarla para vigilancia debido a que al otro día estaba programada para su intervención quirúrgica... durante mi turno estuvo con vigilancia estrecha, esto quiere decir que se le puso un tococardiografo en el cual se vigila actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal, sin presentar actividad uterina, ni variabilidad en la frecuencia cardíaca fetal... se entrega a la paciente al turno nocturno haciendo hincapié sobre el diagnóstico de la paciente de vigilar nuevamente la actividad uterina, le entrego a la paciente a la doctora Clara Trejo en el enlace de turno que fue aproximadamente a las 20:30 veinte horas con treinta minutos, para lo cual ella también la revisa y coincide en que no hay ninguna urgencia en ese momento que amerite traslado a otra unidad hospitalaria...”*

Por su parte, la doctora Clara Elizabeth Trejo Rangel, Médico General del área de Urgencias adscrita al Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, mencionó haber atendido a la paciente a partir de las 20:15 veinte horas con quince minutos del día 6 seis de noviembre de 2016 dos mil dieciséis, agregando que pasó la noche sin sintomatología, concluyendo su turno el día 7 siete del mes y año en cita a las ocho horas, pues dijo:

*“...el día 6 seis de noviembre de 2015 dos mil quince, siendo aproximadamente las 20:15 veinte horas con quince minutos, recibí a la paciente XXXXX, quien se encontraba en la cama número 2 en el área de hospitalización, la cual me la entrega la doctora Gisela... para cesárea para el día sábado 7 siete de noviembre... la paciente en ese momento se encontraba asintomática, no tenía actividad uterina, no tenía perdidas transvaginales, no tenía dolor, se encontraba en buenas condiciones en ese momento, durante la noche se mantuvo sin sintomatología con los signos vitales en parámetros normales, se mantuvo con monitor fetal durante toda la noche reportando frecuencias cardíacas en la normalidad y refiriendo adecuada motilidad fetal, sin presentar dolor ni actividad uterina, es decir contracciones durante la noche, durante la mañana del día 7 siete de noviembre de 2015 dos mil quince, la paciente continuaba asintomática, con sus signos vitales estables y dentro de parámetros*

*normales... concluyendo mi turno a las 08:00 ocho horas del día 7 siete de noviembre de 2015 dos mil quince, entregando la paciente al médico general del turno siguiente..."*

A su vez, el médico Ángel Francisco Furukawa Domínguez, indicó haber practicado cesárea tipo Kerr a la paciente, señaló que al transcurrir 10 diez minutos presentó sangrado severo, momento en el que determinó aplicarle paquetes de sangrado globular, especificando que al administrarle el segundo presentó datos de alergia, motivo por el cual solicitó sangre al Hospital Materno de Celaya, refirió que fue hasta las 17:00 diecisiete horas que el quejoso acudió con la sangre solicitada, posteriormente determinó trasladar a la paciente de urgencia al citado Hospital, la cual padecía datos de choque hipovolémico y sedada, pues dijo:

*"...me desempeño como médico cirujano Gineco-Obstetra en el Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato, desempeñando mis labores en el área de Gineco-Obstetra de dicho Hospital, al comenzar mi turno de trabajo el día sábado 7 siete de noviembre me encontré con que la persona de nombre XXXXX fue internada una tarde anterior al día de los hechos, con trabajo de parto y la paciente debió haberse referido a un hospital por falta de Anestesiólogo y Gineco-Obstetra...presentándome a la Unidad el día señalado líneas arriba a las 8:00 ocho horas de la mañana encontrando a la señora XXXXX con un embarazo de término con un periodo intergenésico corto de alto riesgo con trabajo de parto, por lo cual se prepara para cirugía de urgencia, se práctica cesárea tipo Kerr en el postoperatorio inmediato en el cual no presentó sangrado, pero a los 10 diez minutos empezó con un sangrado severo, en ese momento se maneja con expansores de plasma y se aplica un paquete de concentrado globular y al aplicarse el segundo paquete presenta datos de alergia, se solicita sangre al materno de Celaya urgente...llegando el ahora quejoso a las 17:00 diecisiete horas con la sangre solicitada, días anteriores de mi parte al Hospital Materno de Celaya, Guanajuato, en ese momento llega la ambulancia para su traslado urgente a un Hospital de tercer nivel para su manejo adecuado y es recibida en el Hospital General de Celaya, Guanajuato, con signos vitales, con datos de choque hipovolémico y sedada, llegando hasta este momento mi participación..."*

A los hechos el anestesiólogo Cristian Rafael Bermúdez Porras, precisó que su intervención consistió en la cirugía de urgencia que determinó el doctor Ángel Francisco Furukawa Domínguez, así también indicó que al terminar la operación le comentó a su citado compañero que la paciente sangraba lo cual derivó choque hipovolémico, motivo por el cual se le suministró paquete globular, agregó que al suministrarle el segundo paquete la paciente presentó incompatibilidad sanguínea por lo que decidió suspender la administración, además confirmó el su traslado al Hospital General de Celaya, Guanajuato, señaló:

*"... el día 7 siete de noviembre de 2015 dos mil quince, en el transcurso de la mañana... se pasó a operación cesárea urgente a la ahora agravada por presentar trabajo de parto... es entregada la paciente al ginecólogo Ángel Furukawua Domínguez, él me comenta que hay que operarla de urgencia ya que se encuentra en trabajo de parto, se hizo la operación cesárea, al término de la misma se le notifica al ginecólogo que la paciente está sangrando, este la revisa y me indica que hay que operarla de histerectomía. Por su gravedad de choque hipovolémico la intubo hago el procedimiento bajo anestesia general... se realiza histerectomía subtotal quedando solo el cuello uterino, debido a las malas condiciones de la paciente por el choque hemorrágico se le suministra un paquete globular tipo a tipo sin cruzar... e inicio posteriormente al término de este paquete un segundo paquete y presenta la paciente dato de incompatibilidad sanguínea por lo que decido suspender la administración... se prepara la paciente para su traslado..."*

Hasta lo expuesto se conoce que la atención directa y la determinación de cirugía fueron por parte de los médicos Ángel Francisco Furukawa Domínguez y Cristian Rafael Bermúdez Porras, mientras que existe reconocimiento pleno de atención por parte de las doctoras Gisela Estrada Ángeles y Clara Elizabeth Trejo Rangel, todo ello previo y durante la cirugía en cuestión.

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

Por lo anterior, existe la necesidad de profundizar en el estudio de las acciones médicas tomadas y su razonabilidad, motivo por la cual este organismo solicitó el auxilio de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, quien a través del expediente propio 19/16, emitió una opinión especializada basada en la documental que obra dentro del expediente 108/15-E de este organismo, y en la que determinó que al caso, existió irregularidades por parte de los médicos tratantes, esto al omitir atender las medidas de seguridad previo a la cirugía que fue expuesta XXXXX a pesar de presentar signos de alarma que requerían una especial atención, además de que el expediente médico de la paciente no se encontraba debidamente integrado, pues se indicó:

*"...Existe falta de apego a las obligaciones de medios y seguridad y por lo tanto a la Lex artis Médica del personal de salud que atendieron a la C. XXXXX en el Hospital Comunitario de Tarimoro los cuales se describen y detallan en el apartado de discusión de manera individual...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 la existencia de sangre del grupo y Rh compatible con la paciente en el banco de sangre de la unidad...La complicación "quirúrgica" se trató de acuerdo a lo establecido la guía de práctica clínica con la realización de histerectomía, sin embargo se faltó a obligaciones de medios y seguridad al no contar con sangre disponible para la transfusión sustitutiva de hemoderivados en una paciente con un embarazo de alto riesgo...La causa directa de la muerte fue la presencia de choque hipovolémico con sus repercusiones sistémicas, el cual fue desencadenado por un sangrado obstétrico...Dentro de las causas indirectas encontradas es el periodo intergenésico corto, la anemia Ferro priva de la paciente, así como la falta de hemoderivados compatibles en grupo y Rh de manera oportuna para la estabilización y manejo del estado de choque hemorrágico que presentó la paciente...Existe inobservancia de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO en cuanto a la integración de la documentación con la que debe contar el expediente clínico analizado en base al APENDICE A (Informativo) Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad por parte de los Servicios de Urgencias,*

*Anestesiología, Ginecología y Obstetricia en los diferentes turnos que atendieron a la C. XXXXX...Existe inobservancia de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA3-2011, PARA LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIOLOGÍA en cuanto a la integración de la documentación requerida e información solicitada que guarda relación con el Consentimiento Bajo Información e información clínica y paraclínica requerida antes del inicio del primer evento quirúrgico...Existe inobservancia de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSAI-2012, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS en cuanto a la integración de la documentación requerida e información solicitada que guarda relación con el Consentimiento Bajo Información e información clínica y paraclínica requerida antes, durante y después de la transfusión por parte de los servicios que administraron hemoderivados a la C. XXXXX..."*

Con lo referido en las conclusiones de la opinión médica 19/16 de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, se tiene acreditado que efectivamente existió una deficiente atención médica hacia la señora XXXXX, previo y posterior a la cesárea realizada el día 07 siete de noviembre de 2015 dos mil quince.

Así mismo, vale hacer referencia al contenido de sus consideraciones, pues en estas se trata con mayor amplitud las circunstancias del caso en concreto, pues por lo que hace a la atención médica se indica de forma clara en qué consistió la inadecuada y/o deficiente atención, tal y como el incorrecto seguimiento en la evolución post parto, esto a pesar de que tenían conocimiento de que era un embarazo de alto riesgo, pues se apuntó:

*"...El día 06/11/11 a las 15:15 hrs, es ingresada con las indicaciones de vigilancia de la FCF e indicaciones generales, es valorada a las 20:15 horas por el turno nocturno continuando con las indicaciones, es importante señalar al respecto que al ser ingresada la paciente fue iniciado por medio del partograma la vigilancia del binomio sin embargo a partir de ese momento no fue vigilado que no existen registros en dicho documento a partir de las 15:15 hrs hasta el día siguiente que fue intervenida quirúrgicamente por lo que existe inobservancia de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, por parte de los médicos tratantes en las siguientes numerales 5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma, 5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos; 5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo a la evolución del trabajo. De parto y el criterio médico, 5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica..."*

Respecto a este punto, se resalta que las doctoras Gisela Estrada Ángeles y Clara Elizabeth Trejo Rangel, admitieron haber atendido a la quejosa el día 06 seis de noviembre de 2015 dos mil quince, por lo que se tiene como hecho probado que las servidoras públicas inobservaron la NORMA OFICIAL MEXICANA NO-007-SSA2-1993.

Continuando con las discusiones médicas de la opinión médica, resalta las omisiones en que incurrió el anesthesiólogo y el ginecólogo encargados del procedimiento quirúrgico realizado a la quejosa al no apearse a los dispositivos de seguridad que marca las normas oficiales mexicana, pues se lee:

*"...Al día siguiente de acuerdo al establecido en la nota pre anestésica suscrita a las 11:20 horas, cumple con los datos necesarios de lo establecido en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA3-2011, PARA LA PRACTICA DE LA ANESTESIOLOGÍA en su numeral número 9. Sin embargo existe falta de apego a su obligación de medios y seguridad al no observar lo referido en las numerales 8. De los prestadores de servicios de anestesiología 8.2 Obtener del paciente, familiar más cercano en vínculo o representante legal, la carta de consentimiento informado, previa información clara, veraz, suficiente y oportuna sobre los beneficios del plan anestésico propuesto, así como, los riesgos y las complicaciones que con mayor frecuencia se relacionan con el procedimiento a realizar. Además de lo establecido en las numerales 10. Lineamientos para el manejo trans-anestésico 10.1 Antes de iniciar la anestesia, se deberá conocer la historia clínica del paciente y haber consultado la nota pre-anestésica, asimismo, se deberán vigilar los siguientes aspectos: 10.1.1 Al ingreso del paciente y antes de iniciar la anestesia, el anesthesiólogo podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud, para dicho propósito. Existe dos Consentimientos informados en los cuales carecen de información básica y no están complementados de manera adecuada, en ambos o no se encuentra llenado el procedimiento a realizar o no es legible, no se encuentran signados de manera específica los alcances riesgos o beneficios del procedimiento a realizar o no se encuentran signados los nombres y firmas del médico tratante, paciente o testigos. Sin embargo de acuerdo a lo establecido en la NOM 004 del expediente clínico en su apartado numero 10 nos dicen en sus numerales 10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal; 10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante. 10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos. Lo cual no se cumple. Es importante enfatizar esta observación por lo siguiente, existe dentro del expediente clínico una lista de verificación de la seguridad quirúrgica en la que se signa lo siguiente "Si se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados; Sí hemoderivados disponibles -cruce de sangre. Es importante retomar lo que fue mencionado en la hoja o lista de verificación de la cirugía segura ya que si bien es cierto que el titular del equipo quirúrgico quien firma la lista de verificación, no es el único responsable por las omisiones que se lleven a cabo dentro del mismo proceso, ya que existe corresponsabilidad al ser un equipo multidisciplinario. De manera directa al equipo de anestesia le corresponde posterior a la evaluación pre-anestésica determinar si en la paciente valorada confluyen riesgos -o comorbilidades con el: propósito de que se garantice contar con los medios necesarios de infraestructura, medicamentos y hemoderivados (tipificados), para solucionar las complicaciones derivadas de la Cirugía. La pérdida de sangre por hemorragia se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, así mismo el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 50ml; De acuerdo a los datos clínicos de la paciente, esta cursaba con un embarazo de alto riesgo debido a presentar cesárea previa con periodo intergenesico cortó, lo que aumentaba el riesgo de sangrado. Esta paciente requería una valoración apegada a la guía de práctica clínica (para el control prenatal con enfoque de riesgo) que considerara la referencia oportuna una unidad hospitalaria en la red estatal de servicios de salud de mayor complejidad y resolución, con el propósito de asegurar un adecuado apego de medios y seguridad. Al existir riesgo de o*

presentar hemorragia superior a 500 ml; es recomendado que al menos se coloquen dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central lo que no se encuentra evidenciado dentro del expediente clínico. De la misma manera el equipo quirúrgico previo a la cirugía debe "confirmar" la disponibilidad de hemoderivados tipificados y en la cantidad necesaria para su utilización resolutoria en caso de complicaciones por hemorragia en el procedimiento quirúrgico, sin embargo no se observa relación entre la lista de verificación de cirugía segura que contiene la "confirmación" de la existencia de los elementos necesarios relacionados con infraestructura, personal, medicamentos y hemoderivados firmada por el responsable del equipo quirúrgico, con la "real" disponibilidad de los mismos en el momento de la cirugía. Lo cuales evidenciado en el momento de enviar en primera instancia al familiar de la paciente a otra unidad médica (hospital Materno Infantil de Celaya) para solicitar paquetes globulares, por no contar con la disponibilidad de los mismos en el Hospital Comunitario de Tarimoro. De acuerdo a las anotaciones del servicio de Ginecología y obstetricia y de anestesiología, el evento quirúrgico transcurrió sin aparentes complicaciones con el nacimiento de un producto del sexo femenino a las 11:32 horas, es importante señalar que fue reportado que la placenta se encontraba completa, alumbramiento tipo Duncan, se vuelve a revisar la cavidad uterina por presentar sangrado mayor a lo normal, posterior al cierre y término del evento quirúrgico es detectado la presencia de coágulos y hemorragia persistente por lo que es primeramente administrado, oxitócicos, sin embargo al no lograr revertir el sangrado fue necesario realizar una segunda reintervención quirúrgica a los 20 minutos posterior al término del primer evento (hora de inició a las 12:40 hrs, hora de termino 14:20 hrs) en donde se refiere que se revisó en 5 ocasiones la cavidad sin observar puntos de sangrado, se deja penrosé endocervical y por contra abertura en fosa iliaca izquierda, sangrado transoperatorio de 1,500 cc, sin formación de coágulos por consumo, se cierra peritoneo y se dan puntos totales, para su referencia a otra unidad POR FALTA DE HEMODERIVADOS.

Por otra parte, la opinión médica advierte que la señora XXXXX, fue intervenida sin haber contemplado los medios y seguridad por parte del servicio de anestesiología y ginecología-obstetricia, a pesar de que tenían conocimiento de que la paciente presentaba un embarazo de alto riesgo, pues se apuntó:

*"...En la valoración del servicio de anestesiología y el plan quirúrgico, existe falta de obligación de medios y seguridad por parte del servicio de anestesiología y de ginecología y obstetricia, ya que se encuentra signado que la paciente NO presenta un riesgo de hemorragia > de 500 ml. Cuando la paciente presentaba un embarazo de alto riesgo. Esto se encuentra establecido en la NOM de anestesiología en su apartado 19 y numeral 10.1.1 "Al ingreso del paciente y antes de iniciar la anestesia, el anestesiólogo deberá elaborar un reporte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud para dicho propósito". Esto es extensivo para la persona responsable de la aplicación de la lista, que debe revisar y en su caso notificar al médico anestesiólogo o al médico gineco obstetra los probables faltantes... Retomando la falta de previsión de hemoderivados es importante señalar lo siguiente en base a la NOM-253-SSA1-2012 no existe evidencia documentada de la tipificación de los hemoderivados transfundidos, existiendo inobservancia a la NOM-253-SSA1/2012 en las siguientes numerales: 5.3.1 Los donantes de sangre y componentes sanguíneos, los receptores y las personas que vayan a someterse a procedimientos de transfusión autóloga, deberán otorgar su consentimiento escrito, con firma de autorización o, en su caso, con huella dactilar, una vez que hubieran recibido información completa y a su satisfacción sobre el acto de disposición de que se trate, en un documento denominado "carta de consentimiento informado"(véase capítulo 19 de esta Norma) 5.3.3 Los responsables de recabar la carta del consentimiento informado son: d) El médico tratante o el médico que indique una transfusión en algún receptor. Por la relevancia del caso es importante ponderar lo establecido ya que la paciente presentaba el precedente de la transfusión de dos paquetes globulares tan solo unos días antes recordando además que era una cirugía programada en la cual se afirmó que se había previsto la disponibilidad de acceso intravenoso, líquidos adecuado y hemoderivados disponibles lo cual se comprobó que no fue cierto al presentarse la complicación esta situación queda fundamentada en las siguientes numerales 9.5.6.2 Las pruebas cruzadas tendrán una vigencia máxima de 72 horas cuando: a) En los últimos tres meses el receptor tenga antecedentes propiciadores de aloimmunización, tales como embarazo o transfusiones, o b) Cuando el receptor hubiese recibido una transfusión después de la realización de la prueba cruzada. De existir cualquiera de estas situaciones la prueba cruzada deberá repetirse numerales 9.5.6.4 Los bancos de sangre y servicios de transfusión deberán contar con procedimientos normalizados de operación que especifiquen como deben actuar en casos de urgencias transfusionales 9. 5. 6. 5 La urgencia transfusional acreditada por el médico tratante y avalada por el médico responsable del banco de sangre o del servicio de transfusión, **no exige la práctica de las pruebas cruzadas de compatibilidad**; sin embargo, la sangre o concentrado de eritrocitos podrán liberarse anticipadamente para su transfusión, hasta haber corroborado el grupo ABO y Rh de la unidad y de receptor y verificar la compatibilidad ABO, mediante una prueba rápida en medio salino. Entre tanto se continuará con las pruebas de compatibilidad utilizando un medio facilitador de la reacción, preferentemente solución de baja fuerza iónica (solución de "liss") para abreviar el tiempo. Las pruebas cruzadas se llevaran hasta su término con la prueba de antiqlobulina, humana - (prueba de Coombs). De detectarse incompatibilidad en las pruebas cruzadas, el banco - de sanare o, en su caso, el servicio de transfusión, deberá dar aviso inmediatamente, con la finalidad de evitar o interrumpir la transfusión".*

Además se precisó que las medidas y seguridad tales como contar con productos hemáticos, fueron solicitados posterior al evento quirúrgico, sin conocer los datos precisos para realizar la transfusión, pues se informó:

*"...Es importante señalar que estos productos hemáticos fueron solicitados, posterior al inicio del evento quirúrgico. Hasta este momento no había sido administrado ningún hemoderivado, el primero de ellos reportado por parte del servicio de enfermería fue administrado a las 14:00 horas y el segundo de ellos a las 14:20 horas, sin saber la cantidad con la que contaban cada paquete globular ya que fueron omitidos todos los datos requeridos para realizar la transfusión y los cuales se trataran de manera detallada más adelante, al momento de la administración de los paquetes globulares presenta tensiones arteriales de 64/27 lo que equivale a una tensión arterial media de 39.3 lo que evidenciaba el estado de hipo perfusión que presentaba a la administración del primer paquete y la de 78/30 que fue reportada momentos antes de la administración del segunda paquete globular lo que corresponde a 46.6 pro lo que se encontraba igualmente hipoperfundida. Con la evidencia signada por los servicios de anestesiología y enfermería podemos aseverar que desde las 13:40 horas la paciente se encontraba hipoperfundida con una T/A media de 45.6..."*

Así mismo, se anotó omisión por parte del personal médico de realizar la prueba Coombs ante la reacción de incompatibilidad que presentó la paciente al suministrarle el segundo paquete de globular, pues se lee:

“...La prueba de Coombs indirecta se utiliza para detectar anticuerpos dirigidos contra antígenos de hemáties, distintos de los antígenos ABO. **Se realiza siempre que se prevé una transfusión de sangre. Si se detecta algún anticuerpo, debe procederse a una prueba de identificación de anticuerpos para conocer cuál de ellos está presente.** Al verificar la compatibilidad entre donante y receptor, y en el caso de que se detecten anticuerpos, se realiza una prueba de Coombs indirecta modificada. Es importante que la sangre del donante no contenga los antígenos frente a los cuales el receptor presenta ya anticuerpos. Si alguien presenta una reacción transfusional (inmediata o tardía el médico solicitará las dos pruebas de Coombs (directa e indirecta) para investigar la causa de la reacción. Una vez se haya resuelto la situación, puede solicitarse nuevamente la prueba indirecta para saber si el paciente ha desarrollado más anticuerpos sin embargo no fue realizada ninguna de estas pruebas....”

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

El expediente clínico de la paciente debe de estar integrado, dentro de nuestro análisis se encontraron las siguientes observaciones en base al APENDICE A (Informativo) del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de calidad de los criterios y cumplimiento normativo de integración del expediente. Las observaciones principales a la falta de documentación se realizarán de acuerdo al desarrollo de la discusión. Apegado a esta normatividad encontramos que existe una inobservancia a lo establecido en la Norma referida por algunas de las siguientes observaciones que describiremos a continuación tanto en la atención obstétrica como en la pediátrica:

CALIDAD DE LOS CRITERIOS Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO	HC PURISIMA DEL RINCON OBSETRICA	
DI	INTEGRACION DEL EXPEDIENTE	
1.	Existe el expediente clínico solicitado	SI
2.	Tiene un número único de identificación	SI
3.	Se incorpora un índice guía en las carpetas	NO
4.	Los documentos están secuencialmente ordenados y completos	NO
5.	Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico	SI
6.	Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras	NO
7.	Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas	SI
D2	HISTORIA CLINICA	
1.	Ficha de identificación	Si (Presenta parámetros sin ser llenados)
2.	Antecedentes heredo familiares	SI
3.	Antecedentes personales no patológicos	SI
4.	Antecedentes personales patológicos	SI
5.	Padecimiento actual	SI
6.	Interrogatorio por aparatos y sistemas	NO.
7.	Exploración física (habitus exterior signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)	Si ( es incompleta faltan descripción de exploración de cabeza, cuello, tórax, extremidades y genitales)
8.	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros	Si

9.	Terapéutica empleada y resultaos obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)	SI
10.	Diagnostico(s) o problemas clínicos	SI
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico	SI
D3	EN GENERAL DE LAS NOTAS MÉDICAS NUNQUE NI NPE-O NPE-A NPO-Q NPO-A	
1.	Nombre del paciente:	SI

2.	Fecha y hora de elaboración		SI
3.	Edad y sexo		SI
4.	Signos vitales (Peso, talla, tensión-arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)		No se encuentra manifestadas en todas, las notas médicas realizadas
5.	Resumen del interrogatorio		No se encuentran manifestadas en todas las notas médicas realizadas.
6.	Exploración física		SI
7.	Resultado de estudios de los, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	No se encuentran referidos.	
8.	Diagnóstico(s) o problemas clínicos	SI	
9.	Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)	Parcialmente	
10.	Pronóstico	SI	
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médica	SI	
	<b>Observaciones</b>	Realizadas en el apartado de discusión	
<b>D4</b>	<b>ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MEDICAS (04D11)x</b> <b>NOTAS DE URGENCIAS (NU)</b>		
1	Motivo de la consulta	SI	
2.	Estado mental del paciente	NO	
3.	Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias	NO	
4.	Se precisan los procedimientos en el área de urgencias	SI	
<b>D5</b>	<b>NOTAS DE EVOLUCION (NE)</b>		
1.	Existencia de nota médica por turno	SI	
2.	Evolución y actualización de cuadro clínico	NO	
<b>D6</b>	<b>NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO (NT)</b>		
12.	Motivo de envío	SI	
13.	Establecimiento que envía y establecimiento receptor	SI	
14.		Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia	NO
<b>OBSERVACIONES.:</b> No existe la evidencia documentada de que haya sido recibida y canalizada por el SUEG la referencia correspondiente, solo existe evidencia del llamado de trabajo social al Servicio de Urgencias Médicas del Estado de Guanajuato el			

07 de noviembre del 2015 por el TS Diego Mendoza Hernández (en el que solo se informa su estado).

<b>D7</b>		<b>NOTAS DE INTERCONSULTA</b>	
	•	Criterio diagnóstico	SI
13.		Sugerencias diagnósticas y de tratamiento	SI
14.		Motivo de la consulta	SI
<b>D8</b>		<b>NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O)</b>	
12.		Fecha de la cirugía a realizar	NO
13.		Diagnóstico pre-operatorio	NO
14.		Plan quirúrgico	NO
15.		Riesgo quirúrgico	NO
16.		Cuidados y plan terapéutico preoperatorio	SI Sólo se encuentran indicaciones
<b>D9</b>		<b>NOTA PRE-ANESTESICA (NPE-A)</b>	
12.		Evaluación clínica del paciente	SI
13.		Tipo de anestesia	SI
14.		Riesgo anestésico	SI
<b>D10</b>		<b>NOTA POST-OPERATORIA (NPEO-Q)</b>	
12.		Operación planeada	SI
13.		Operación realizada	SI
14.		Diagnóstico post-operatorio	SI
15.		Descripción de la técnica quirúrgica	SI
16.		Hallazgos transoperatorios	SI
17.		Reporte de gasas y compresas	SI
18.		Incidentes y accidentes	SI
19.		Cuantificación de sangrado	SI
20.		Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios	No se encuentran dentro de Expediente enviado a esta Comisión.
21		Estado post-quirúrgico inmediato	SI
22		Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato	SI
23		Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico	No, existe reporte de envío del útero retirado para su estudio histopatológico. A pesar de haberlo requerido en oficio posterior a la Institución solicitante en donde el director Médico de la Unidad da en su respuesta que el mismo estudio no se encuentra indicado en la Guía correspondiente, lo que confirma el desconocimiento de lo referido en la numeral 8.8.15 de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico; correspondiente a la Nota Posoperatoria, máxime en un caso susceptible a demanda por responsabilidad profesional.
<b>D11</b>		<b>NOTA POST-ANESTESICA (NPO-A)</b>	
12		Medicamentos utilizados	SI
13		Duración de la anestesia	SI
14		Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia	SI
15		Cantidad de sangre o soluciones aplicadas	SI
16		Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano	SI
		Plan manejo y tratamiento	

17	Plan manejo y tratamiento inmediato		SI
<b>D12</b>	<b>NOTA DE EGRESO</b>		
1.	Nombre del paciente		NO
2.	Edad y sexo		NO
3.	Fecha y hora de elaboración		NO
4.	Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)		NO
5.	Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario		NO
6.	Días de estancia en la unidad		NO
7.	Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año		NO
8.	Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios y.		NO
9.	Resumen de la evolución y el estado actual		NO
10.	Manejo durante la estancia hospitalaria		NO
11.	Diagnostico(s) final(es)		NO
12.	Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso		NO
13	Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría alta voluntaria, exitus)		NO
14	Problemas clínicos pendientes		NO
15	Plan de manejo y tratamiento		NO
16.	Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria		NO
17.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico	NO	
<b>D13</b>	<b>HOJA DE ENFERMERÍA</b>		
1.	Identificación del paciente	SI	
2.	Hábitos exterior	SI	
3.	Gráfica de signos vitales	SI	
4.	Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)		SI
5.	Procedimientos realizados	SI	
6.	Valoración del dolor (localización y escala)		SI
7.	Nivel de riesgo de caídas	SI	
8.	Observaciones	SI	
9.	Nombre completo y firma de quien elabora	SI	
<b>D14</b>	<b>DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</b>		
1.	Fecha y hora de estudio	SI	
2.	Estudio solicitado	SI	
3.	Problema clínico en estudio	NO	
4.	Especifica incidentes o accidentes	NO	
5.	Descripción de resultados e interpretación por el		

5.	médico tratante (excepto estudios histopatológicos)	SI	
6.	Nombre completo y firma del médico	SI	
<b>D15</b>	<b>REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES</b>	1RA	2DA TRANSFUSIÓN
1.	Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos	SI	NO
2.	Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión	SI	SI
3.	Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión.	NO	NO
4.	En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente	NO	NO EN EL FORMATO ESTABLECIDO
5.	Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.	NO	NO

#### **D16 TRABAJO SOCIAL (EN SU CASO)**

- Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social. SI
- Nombre completo y firma del médico. NO

#### **D17 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico. SI
- Nombre o razón social del establecimiento médico. Incompleto
- Título del documento. Incompleto
- Lugar y fecha. Incompleto
- Acto autorizado. Incompleto
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva. Incompleto
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencia y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva. Incompleto
- Nombre y firma de la persona que otorga la autorización. Incompleto
- Nombre y firma de los testigos (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente. Incompleto
- Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado. Incompleto
- Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan. Incompleto

En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico. Incompleto.

**Observaciones.** En el expediente en estudio carece o se encuentran incompletos los consentimientos informados, debería constar el expediente clínico de los siguientes: método anticonceptivo, dos de las diferentes transfusiones, dos de los diferentes anestésicos, y dos de los eventos quirúrgicos.

**D18 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO. NO APLICA**

**D19 HOJA DE NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO. NO APLICA**

**D20 NOTA DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL**

- Se integra copia en el Expediente Clínico. **NO APLICA**
- Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora. **NO APLICA**
- Fecha y hora de elaboración. **NO APLICA**

#### **D21 ANALISIS CLÍNICO. NO APLICA**

- Existe congruencia clínico-diagnóstica. *Si*
- Existe congruencia diagnóstico-terapéutica. *No*
- Existe congruencia diagnóstico-pronóstico. *Si...*

Sobre este punto resulta pertinente invocar la sentencia del caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades, tal y como se transcribe:

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

En seguimiento a las razones expuestas en los párrafos que anteceden, se está en la posibilidad de indicar que existió una falta de apego en la obligación de medios y seguridad en la atención obstétrica hacia la señora XXXXX, así como en la adecuada integración del expediente clínico, lo que a la postre derivó en una violación al goce al grado máximo de salud de la señora XXXXX.

Las omisiones por parte de la atención deben ser reprochadas a los profesionistas que tuvieron intervención de la misma, esto es los médicos Ángel Francisco Furukawa Domínguez, Cristian Rafael Bermúdez Porras, Gisela Estrada Ángeles y Clara Elizabeth Trejo Rangel; omisiones que resultan de suyo ya suficientes para emitir juicio de reproche, pues bajo el principio de causalidad se entiende que de haber valorado y atendido de manera adecuada y oportuna a la paciente, la probabilidad posterior de no afectar desfavorablemente la salud de la particular era ostensiblemente mayor.

El citado principio de causalidad se sigue en el entendido de que el acto médico se conforma de varias etapas, y que el éxito de cada una, depende de la satisfacción de la anterior, tal y como se explica en la tesis judicial de rubro **ACTO MÉDICO. DISTINTAS ETAPAS O FASES QUE LO CONFORMAN PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA**, que a la letra indica:

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

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

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

*El Médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia*

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

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

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

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

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

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

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

Finalmente dentro del desarrollo jurisprudencial de este deber profesional del personal médico, encontramos la tesis

## RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. SIGNIFICADO DEL CONCEPTO LEX ARTIS PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN, que reza:

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

Al no tener contemplado tales ordenamientos, resulta que las acciones u omisiones en que incurrieron los señalados como responsables resultó contrario a la previsión del Derecho a la Salud que le asiste a toda persona en prestación obligatoria al Estado, según los compromisos internacionales asumidos por el Estados Mexicano, como resulta al tenor de:

Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador":

*"... 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..."*

En conclusión, con los elementos de prueba previamente expuestos y analizados tanto en lo particular como en su conjunto y atendiendo a su enlace lógico-natural, los mismos resultaron suficientes para tener por acreditada la Violación del Derecho al Acceso a la Salud cometida en agravio de la señora XXXXX por lo que este Organismo realiza juicio reproche en contra del referido personal médico.

### REPARACIÓN DEL DAÑO

Al análisis de los hechos probados que con antelación y mismos que han sido materia de reproche por parte de quien resuelve y que confluieron 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 asumirse por otras formas sustitutivas, como la indemnización pecuniaria [...]. Esta indemnización se refiere primeramente a los perjuicios materiales sufridos. La jurisprudencia arbitral considera que, según un principio general de derecho, éstos comprenden tanto el daño emergente como el lucro cesante [...]. También, la indemnización debe incluir el daño moral sufrido por las víctimas. [...]”*

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

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

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

Sirva así de fundamento:

1.- Los Principios y Directrices Básicas sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de las Normas Internacionales de

Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparación, cuyo **principio 20** establece:

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

2.- Los artículos 109 fracción III tercera de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 123 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato y la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado y los Municipios de Guanajuato, esta última publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, número 4, segunda parte del día 7 de enero de 2005, constituyen ordenamientos jurídicos que prevén la posibilidad de que al acreditarse una actividad administrativa irregular (tal es el caso de la violación a derechos humanos acreditada en la presente resolución) atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado. Se entiende como actividad administrativa irregular aquella que cause daño a los bienes y derechos de las y los particulares que no tengan la obligación jurídica de soportar, en virtud de que no exista fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate.

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

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

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

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

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

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

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

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

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, para que se inicie procedimiento administrativo en contra de los médicos **Ángel Francisco Furukawa Domínguez, Cristian Rafael Bermúdez Porras, Gisela Estrada Ángeles y Clara Elizabeth Trejo Rangel**, adscritos al **Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato**, respecto de la **Violación del Derecho al Acceso a la Salud**, que se dolió **XXXXX** en agravio de quien en vida respondía al nombre de **XXXXX**.

**SEGUNDA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, para que se indemnice pecuniariamente como forma de **Reparación del Daño** a **XXXXX**; lo anterior respecto de la acreditada violación a sus derechos humanos, consistente en la **Violación del Derecho al Acceso a la Salud** en agravio de quien en vida respondía al nombre de **XXXXX**.

**TERCERA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**, doctor **Daniel Alberto Díaz Martínez**, a efecto de realizar las acciones conducentes para que el personal adscrito a la Unidad Médica del **Hospital Comunitario de Tarimoro, Guanajuato**, adopte las medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que sean generados con motivo de la atención médica, se encuentren debidamente integrados y protegidos conforme a la normatividad aplicable.

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

Notifíquese a las partes.

Así lo resolvió y firmó el licenciado **José Raúl Montero de Alba**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.