

RECOMENDACIONES

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

V I S T O para resolver el expediente número **197/17-C**, relativo a la queja interpuesta por **XXXX**, respecto de actos cometidos en su agravio, mismos que considera violatorios de sus Derechos Humanos y que atribuye al **PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE APASEO EL ALTO, GUANAJUATO.**

SUMARIO

La presente investigación atiende al señalamiento de XXXX, en contra del personal médico del Hospital General de Apaseo el Alto, Guanajuato, al considerar que por su falta de atención perdió la vida su hija recién nacida.

CASO CONCRETO

- **Violación del Derecho a la Protección de la Salud (inadecuada atención médica) y a la vida.**

Antes de proceder al análisis de los elementos de prueba integrados en el sumario, es importante asentar que la jurisprudencia de la Corte Interamericana, ha destacado la protección del derecho a la salud y a la vida de las personas, pues en pactos y convenios internacionales observa la protección en situaciones muy específicas, como es el caso ante la pena de muerte, tortura o prisión, tratos inhumanos y degradantes, sin embargo, se considera que los referidos casos no son los únicos que atentan contra la vida y la salud de las personas, por lo que la protección jurídica debe ser ampliada.

En ese sentido, se hace necesario establecer mecanismos de protección que puedan contemplar el riesgo manifiesto al cual se exponen las personas víctimas de un error médico, que bien por acción u omisión, pudiera causar una lesión a la vida y en consecuencia a la salud, limitando su derecho a éstos, y a una integridad psíquica, física y moral.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos dentro de este contexto, respecto al derecho a la vida, ha establecido lo siguiente:

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

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

Así también, en la sentencia del caso “Niños de la Calle” (*Villagrán Morales y otros*) Vs. *Guatemala*, precisó:

139. En los alegatos finales, la Comisión destacó las características de ius cogens del derecho a la vida y el hecho de que constituye la base esencial del ejercicio de los demás derechos. La Comisión señaló que el cumplimiento del artículo 4 relacionado con el artículo 1.1 de la Convención, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva)...”

Lo cual traduce que 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 es en esencia a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.

Las reflexiones anteriores, son pertinentes en relación con la imputación de XXXX, dirigida a los profesionales de la salud del sector público (Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato) que se vieron involucrados en la atención médica de su persona durante el trabajo de parto de su embarazo con 37.3 semanas de gestación, durante el día 13 trece de agosto de 2017 dos mil diecisiete.

En este orden de ideas, XXXX, narró que el día 13 trece de agosto de 2017 dos mil diecisiete, se encontraba embarazada y a las 07:00 siete horas se le *reventó la fuente*, por lo que acudió al Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato, precisó que desde su ingreso recibió atención médica del doctor Luis Corona Pérez, quien la tuvo en observación hasta las 19:00 diecinueve horas, momento en el que el doctor José Luis Valencia Rico le indicó que atendería su parto.

Así también, indicó que encontrándose en la sala de expulsión el médico José Luis Valencia Rico le pidió que no pujara y que aguantara los dolores por que faltaban 2 dilataciones, refirió que a los 20 veinte o 30 treinta minutos sintió un dolor muy fuerte, momento en el que expulsó al bebé por lo que gritó a efecto de solicitar ayuda, acudiendo el citado profesionista con una enfermera, quien le advirtió que la bebé se encontraba atorada, además, refirió que auxilió el doctor Luis Corona Pérez, quien al llegar le indicó que debía hacerle un corte vaginal; asimismo, relató que el último de los mencionados le presionó el estómago y que transcurrieron 10 diez minutos hasta que la recién nacida salió sin vida; por último, refirió que en el momento que las enfermeras recibieron a la bebé trataron de resucitarla,

ante lo cual el doctor Luis Corona Pérez, entabló comunicación vía telefónica con una doctora quien le brindó indicaciones para intentar revivir a su hija.

En tanto la autoridad señalada como responsable, mediante el informe rendido por la Encargada de Despacho de la Dirección del Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato, doctora María Angélica Meza Ledesma, confirmó que XXXX, fue atendida por personal que preside el 13 trece de agosto de 2017 dos mil diecisiete.

Además aseveró el día 15 quince del mes y año en cita, el Comité de Morbi Mortalidad Hospitalaria analizó el expediente y los hechos relativos a la atención médica brindada a la quejosa, por lo que se determinó instrumentar acta administrativa al doctor José Luis Valencia Rico, toda vez que se demostró falta de apego a las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012 (expediente clínico) y NOM-007-SSA2-2016 (para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida).

Tanto de la lectura de la queja de la señora XXXX, como del informe rendido por la doctora María Angélica Meza Ledesma, se confirma que efectivamente la particular acudió al Hospital Comunitario de Apaseo el Alto el día 13 trece de agosto del 2017 dos mil siete, por presentar pérdida del líquido transvaginal, además, se tiene acreditado que la quejosa, ese mismo día dio a luz a una niña; finalmente con las notas médicas que se desprenden del expediente clínico de la paciente XXXX, se confirmó fallecimiento de la recién nacida misma que advierte:

“...se obtiene prod único femenino...el cual nace producto flácido con débil tono muscular sin llanto, se aspira... pasa a personal de enfermería el cual proporciona cuidados mediatos y maniobras de reanimación...no respondiendo a maniobras dando hr de defunción a las 19:46 hrs...”

Desde este momento cabe destacar, que del expediente clínico de XXXX, no se advierte hoja de defunción ni documental alusiva a la atención médica brindada a la recién nacida.

Ahora bien, se recabaron una serie de entrevistas realizadas a personal médico del Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato, quienes manifestaron o no haber tenido conocimiento de los hechos, o bien, considerar que la atención brindada fue la adecuada, pues cada uno de ellos expuso:

El doctor Luis Corona Pérez, indicó haber acatado la indicación del médico especialista Leopoldo Torres Herrera de que permaneciera para una evolución espontánea, agregó haber auxiliado al doctor José Luis Valencia Rico cuando se encontraba en el área de tococirugía, momento en el que indicó haber tocado el abdomen de la paciente para verificar si había contracciones, indicarle al doctor Valencia Rico que realizara una episiotomía y entablar comunicación vía telefónica con la directora del Hospital, quien le indicó que se comunicara con la pediatra, quien se encontraba fuera de turno a efecto de proporcionarle indicaciones para continuar con la reanimación de la recién nacida, la cual dijo, fue realizada por personal de enfermería, en concreto refirió:

“...el especialista en ginecología que la valoró de quien únicamente sé que se apellida Torres...en el caso en particular con la entonces paciente XXXX indicó que permaneciera para una evolución espontánea...cuando yo me encontraba en el servicio de urgencias atendiendo a una paciente...alguien me gritó...solicitando el apoyo en el área de toco cirugía, por lo que al ingresar a esta zona el escenario que veo es el siguiente: El doctor José Luis Valencia Rico se encontraba atendiendo a la ahora quejosa colocado en la posición para la atención del parto, mientras que yo me ubiqué hacia el lado cefálico de la paciente, encontrándose también el personal de enfermería donde yo lo que hago es tocar el abdomen de la ahora paciente para verificar si hay contracciones...le pregunté al doctor José Luis Valencia si se había realizado la episiotomía, desconociendo si éste ya la había realizado, pero para ese momento yo me giro a observar el canal de parto y le digo que haga la episiotomía o la amplíe, al tiempo en que realizo una llamada con la directora del Hospital Comunitario para informarle lo que estaba sucediendo... la doctora Angélica Meza me indica que va a hablarle a la pediatra la cual ya se encontraba fuera de turno, misma que me regresa la llamada tratándose de la doctora Belén Valencia quien vía telefónica comienza a darnos indicaciones para continuar con la reanimación, siendo que en ese momento yo ya me encontraba con el personal de enfermería y puse en alta voz la llamada telefónica, observando que efectivamente se dieron todos y cada uno de los pasos para la reanimación del bebé sin conseguir la misma por parte de las enfermeras...”

En esta tesitura Leopoldo Torres Herrera, aceptó haber valorado a la paciente aquí quejosa, ello el 13 trece de agosto de 2017 dos mil diecisiete, aproximadamente a las 11:30 once horas con treinta minutos, determinando un plan libre de evolución y estableció que se continuara con el partograma y el monitoreo fetal continuo y toma de registro cardiotocográfico, pues resumió:

“...mi participación únicamente fue valorando a la ahora inconforme el día 13 trece de agosto de 2017 dos mil diecisiete, aproximadamente a las 11:30 once horas con treinta minutos, esto a petición del doctor Luis Corona Pérez, lo cual hizo a través de un formato de interconsulta que se encuentra agregado al expediente de la entonces paciente; respecto de la valoración de la persona de nombre XXXX digo como datos que se encuentra cursando su quinto embarazo, es decir ya ha tenido 4 cuatro partos previos, presentaba 37 treinta y siete semanas de gestación con salida de líquido, existían movimientos fetales presentes, contaba con 32 treinta y dos centímetros de fondo uterino, lo cual arrojaba datos de que no se trataba de un producto macrosómico; también al momento de la valoración se encontraba con 2 dos centímetros de dilatación, así como 30% treinta por ciento de borramiento y presentación cefálica encajada, con líquido claro, por lo que se determinó un plan libre de evolución, por lo cual no existía contra indicación para que el parto se realizara vía vaginal, además de que no se contaba con anestesiólogo en el turno. Por otra parte, establecí que se continuara estrictamente con el partograma y el monitoreo fetal continuo y toma de registro cardiotocográfico, quedando a cargo del médico de urgencias en turno, que en este caso lo era el doctor José Luis Corona Pérez, estableciendo en mi nota médica que continúo como interconsultante por si se requería nuevamente mi valoración misma que no fue requerida, terminando mi turno a las 19:00 diecinueve horas...”

A su vez, el médico José Luis Valencia Rico, negó los hechos narrados por la quejosa, al decir que le brindó la atención médica necesaria con los insumos, elementos materiales y humanos que se contaban en ese momento a su alcance y precisó que por el dicho del doctor Corona Pérez, tuvo conocimiento que la paciente presentaba más de doce horas de ruptura de membranas y que el ginecólogo le había indicado que se encontraba en buen estado de salud, ya que en ningún momento tuvo acceso al expediente clínico; de igual forma, agregó que al comentarle a la pediatra de la situación de XXXX le condicionó que se presentaría al trabajo de parto si ocurría antes de las 19:00 diecinueve horas.

Así también, refirió que su actuación se basó en realizar de manera continua monitorización materno/fetal con tocógrafo, además de asistir el trabajo de parto y que al momento de que extrajo al producto se lo entregó a las enfermeras, quienes con el apoyo del doctor Luis Corona Pérez, intentaron realizar maniobras de reanimación neonatal, pues explicó:

“...ya con 9-10 centímetros de dilatación y con buen trabajo de parto, se pasó a la paciente XXXX de 349 al área de toco expulsión en la cual en todo momento hubo personal de enfermería y el suscrito nunca salió de quirófano...me informan enfermeras que ya estaba empezando a coronar, motivo por el cual me posiciono en el área específica, inicio con conducción de trabajo de parto, e inicio a realizar episiotomía, media lateral para abrir mejor el canal de parto para que expulse mejor y evitar desgarros. Continúa descendiendo y expone cuero cabelludo y se detiene hasta área de la frente, presionando la cara del producto contra el piso del canal vaginal, por lo cual decido exponer más la episiotomía media lateral, de ahí que se libera cabeza y se vuelve a detener el descenso, motivo por el cual se consideró que estaba presentando distocia de hombros y ya no descendió más...La enfermera al ver que se inicia con una distocia PB de hombros me comenta si piden apoyo a médico de urgencias, a lo cual mencioné que sí; se presenta el Doctor Corona Pérez, observa la situación y comienza a comentar en voz muy alta que según su criterio debería extender una vez más la episiotomía, cuando ya estaba liberada la cabeza también comienza a exaltarse el Doctor Corona Pérez y continúa diciendo en voz alta, que abriera mucho más, a lo cual el Suscrito comienzo a realizar maniobras y a rotarlo para liberarlo, en el cual por fin lo extraigo; el producto nunca presentó llanto, desde que se liberó la cabeza presentaba muy leve tono y/o actividad (motivo por el cual considero que presentó algún problema congénito, el cual se presumo se pudo agravar por el trabajo de parto -no soy ginecólogo-). Una vez extraído, paso al recién nacido a la encargada de pediatría con previa pinzadura de cordón y luego corte, luego aspiro al producto con perilla primero boca y luego nariz y le paso inmediatamente a enfermera Carmen, (sin ser pediatras) entregó al recién nacido casi sin tono muscular, no reactivo e inician reanimación neonatal. En ese instante, el suscrito quedo con la madre ahora quejosa, continuando con el trabajo de parto y el sangrado por la episiotomía tan grande y los desgarros ocasionados por el parto distócico tomando en cuenta que ya había tres enfermeras y el Doctor Corona Pérez reanimando al recién nacido. Durante todo el proceso se informó a la Directora del Hospital (quien tiene a su cargo la responsabilidad del funcionamiento del nosocomio), al ginecólogo y a la pediatra vía telefónica, de lo cual solo esta última estuvo dando instrucciones por dicha vía de comunicación, desconociendo lo referente al ginecólogo. He de insistir reiteradamente que mi actuar como médico adscrito al Hospital comunitario de Apaseo el Alto Guanajuato, se ha ceñido a los lineamientos éticos y legales que rigen mi profesión; y, que en todo momento en los actos que he llevado a cabo -en específico la atención brindada a la quejosa-, han sido oportunos, de manera profesional, idónea y responsable conforme a los insumos, elementos materiales y humanos con que se contaba en el Hospital comunitario al cual me encontraba adscrito y en el que fue atendida la Ciudadana XXXX y que en ningún momento estuve apoyado por un médico especialista en ginecología y obstetricia no obstante que es sabido que en todo parto siempre está el riesgo neonatal de presentarse una distocia y/o complicación obstétrica...”

En tanto, la doctora especialista Belén Valencia Nava, expuso haberse entrevistado con el doctor José Luis Valencia Rico, a efecto de conocer el estado de salud de la paciente, quien le refirió que presentaba buena frecuencia cardiaca líquido amniótico y entre 6 seis y 7 siete centímetros de dilatación y agregó que a las 19:00 diecinueve horas se dirigió con el doctor Valencia Rico, quien le reiteró que XXXX se encontraba bien, motivo por el que decidió retirarse del hospital. Por otra parte, adujo que efectivamente recibió llamada telefónica del doctor Luis Corona Pérez, quien le indicó que se encontraba con las enfermeras, las cuales realizaban maniobras de reanimación, ante lo que les sugirió el uso de adrenalina.

Por otro lado, el doctor Felipe de Jesús Martínez Guerra, expuso que su intervención fue posterior al parto, es decir, cuando la quejosa se encontraba en el área de hospitalización, refirió no tener ningún antecedente de cómo se llevó a cabo el parto y que su participación se avocó en preparar el egreso de la paciente, pues dijo:

“...entré a laborar a las 20:00 veinte horas, y todavía se encontraba el médico del turno que era el doctor José Luis Valencia, quien fue el que atendió el parto, y quien revisó a la paciente en el área de expulsión, cuando a mí me la pasaron yo ya la reviso pero en el área de hospitalización y ahí yo observo que toda su evolución fisiológica se encuentra normal; posterior al parto no hubo ningún síntomas que me diera alguna situación de alerta post parto...realicé toda la documentación necesaria para su alta pero ésta se produjo al día siguiente y con un médico de otro turno...la forma en que perdiera la vida el bebé de la señora lo desconozco, no sé qué fue lo que sucedió durante el trabajo de parto, no sé si murió derivado de alguna otra situación anterior al parto o durante el parto eso lo ignoro...si bien establezco que se atiende un parto distócico (parto complicado), esto es de la misma nota que elaboró el médico que atendió el parto y no porque yo lo haya presenciado; también establezco que se le dio toda la resucitación neonatal sin haber logrado que la menor respirara y llorara, todo esto está asentado en la nota médica del doctor que atendió el parto...”

Cabe señalar que la doctora María Guadalupe Nieto Domínguez, refirió haber atendido a la quejosa en la etapa prenatal, pues acudió con ella en tres ocasiones, así también indicó haberle comentado de los riesgos que se podían presentar en el parto por presentar una obesidad mórbida, además de ordenarle estudios de ultrasonidos y de laboratorio, circunstancias que quedaron asentadas en su expediente, pues dijo:

“...la señora XXXX quien se presentó conmigo en etapa prenatal en la semana 24 veinticuatro de gestación, la cual ya traía estudios de laboratorio como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y vdrl para descartar infecciones venéreas, pero desde esa fecha observé que la señora presentaba una obesidad mórbida porque tenía un peso de 121 ciento veintiún kilos con 100 cien gramos, la cual podría presentar por esa obesidad problemas que van desde diabetes gestacional, hipertensión (desencadenando situaciones como preclamsia evolucionando a síndrome de hell y el bebé pudo haber sido un producto macrosómico por la obesidad de la madre), por lo cual se le indicó que era de suma importancia que estuviera controlada con nutriólogo y también que fuera revisada por ginecólogo...hubo una segunda consulta prenatal esto dentro de la semana 27 veintisiete donde de nueva cuenta insisto en que tiene que acudir con nutriólogo, en esa segunda cita ignoro si haya acudido o no porque no hay ninguna nota que así lo indique, y por último la tercer consulta que tuvo conmigo fue en la semana 34 treinta y cuatro en la cual por lo evolucionado del embarazo y la obesidad mórbida que ella presentaba y donde ya aparecía alteración en la presión arterial, indiqué que tenía que ser revisada por ginecología y que era de suma necesidad de que se le practicara ultrasonido para efecto de verificar que no existiera ningún signo de alarma...de esta tercer consulta ya no regresó a ninguna otra consulta más en etapa prenatal e ignoro cómo haya sido atendida en el parto si presentó algún tipo de alteración; de igual manera ignoro cómo quedó después del parto porque como ya lo especifiqué ella después de la tercer consulta ya no regresó, como así lo indico en la documental que se les anexó a este Organismo de Derechos Humanos...”

Por otra parte, se considera la declaración de las enfermeras adscritas al Hospital Comunitario de Apaseo Alto, Guanajuato, María del Carmen Sánchez Carreño, María de Jesús Consuelo Vázquez, María de los Ángeles Lemus Muñiz y Sandra Viridiana Yáñez Patiño, quienes indicaron haber atendido a la paciente XXXX, el día 13 trece de agosto de 2017 dos mil diecisiete, pues cada una de ellas describió su intervención de la siguiente manera:

Sandra Viridiana Yáñez Patiño, expuso que su participación en los hechos fue en el ingreso de la quejosa al Hospital y precisó haber monitoreado y registrado la frecuencia cardiaca fetal de la paciente cada hora, además refirió que le correspondió trasladarla al área de labor de parto, pues dijo:

“...la ahora quejosa llegó al Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato, aproximadamente a las 10:00 diez horas, presentándose asintomática, refiriendo únicamente que había presentado rotura de membranas, es decir lo que señala ella como de que había roto fuente; por lo que atendiendo a los Protocolos, efectivamente a todo paciente una vez que se presenta con alguna complicación en su salud se le mantiene en el área de urgencias en observación, y en el caso en particular así fue...yo personalmente le coloqué el tocógrafo en el que se escuchaban los latidos del producto, mencionando que la paciente se encontraba tranquiliza y avanzando en su trabajo de parto...en todo momento estuve observando a la paciente XXXX y monitoreando los datos del tocógrafo, el cual en todo momento se mantuvo en parámetros normales; también quiero agregar que una vez que la paciente embarazada se encuentra entre 5 cinco y 7 siete centímetros de dilatación, es trasladada al área de labor haciendo...la pasé a las 17:00 diecisiete horas; luego de esto salgo a informarle a su esposo de la quejosa que la misma fue pasada al área de labor, donde van a continuar su seguimiento y le estarán informando pidiéndole que se dirija a la sala de espera de puerta principal. Asimismo, quiero expresar que yo estuve monitoreando y registrando la frecuencia cardiaca fetal cada hora, desconociendo si cuando la paciente fue ingresada al área de tococirugía ésta actividad de monitoreo de frecuencia cardiaca continuó por parte de mi compañera la enfermera Ángeles Lemus y de ahí en más desconozco todo lo sucedido con la ahora inconforme, ya que después de lo narrado yo me retiro al haber finalizado mi jornada laboral...”

María de los Ángeles Lemus Muñiz, refirió haber asistido al doctor José Luis Valencia Rico en el momento del parto, especificó que su participación se avocó en los insumos necesarios para tal procedimiento, expuso además que sus compañeras María de Carmen Sánchez Carreño y María de Jesús Consuelo Vázquez Ruíz, así como el doctor Luis Corona Pérez, intervinieron en la reanimación del bebé, describiendo tal acontecimiento de la siguiente manera:

“...mi trabajo consistió en asistir al doctor José Luis Valencia Rico en lo que él pida relacionado con los insumos; aclarando que la ahora quejosa la reciben en el servicio de urgencias donde se encontraba el doctor Luis Corona Pérez, luego de esto la pasan al área de labor bajo el cargo del doctor José Luis Valencia Rico, quien la revisa y considera que está lista para la expulsión del recién nacido, por lo cual la canaliza a la sala de expulsión donde yo comienzo a abrir los campos estériles y el instrumental, así como colocar las piernas de la ahora quejosa en posición de expulsión checándola nuevamente el doctor Valencia Rico quien determina que aún no está lista para la expulsión, por lo que para evitar que se cansara en la posición en la que se encontraba es que se vuelven a colocar sus piernas de manera recta. Para ese momento yo me encargo de colocarle el tocógrafo y permanezco a espaldas de ella en una mesa realizando las anotaciones de mis registros; quiero mencionar que cuando esto sucedía no era la única enfermera sino que también se encontraba la enfermera Carmen Sánchez, la cual comienza a preparar y recabar diversos documentos y acomodar las cosas para el momento en que ella reciba al bebé, previendo esto, razón por la cual entra y sale de la sala de expulsión...en menos de 10 diez minutos, la entonces paciente XXXX grita y dice: “se me va a salir mi bebé” yo voy hacia ella, le separo sus piernas y la coloco en posición dándome cuenta que en ese momento ella empieza a coronar, por lo cual le pido a la enfermera Carmelita que le hable al doctor Valencia Rico y una vez que éste llega inicia la atención del parto, transcurriendo un rato sin que se obtenga la expulsión del bebé sino que únicamente logra que salga la cabeza y ante la imposibilidad de obtener el resto del producto es que pide que le hablen al doctor Luis Corona; también para ese momento llega la compañera Consuelo Vázquez quien se acomode a ayudar, y fue que una vez que llegó el doctor Corona a la sala se dirige con el doctor Valencia Rico y le pregunta si hizo la episiotomía...el doctor Valencia Rico jalaba la cabeza del bebé sin lograr obtener el mismo; también digo que quien realiza maniobras para que salga el bebé en el vientre de la ahora quejosa, es la enfermera Consuelo Vázquez y el doctor Corona sí trata de ayudar a que salga el bebé pero no lo consigue, ya aproximadamente a las 18:55 dieciocho horas con cincuenta y cinco minutos, con el uso de estas maniobras se obtiene hasta la parte del cuello del bebé pero continúa atorado, yo desconozco si por medio de las maniobras tuvieron que dislocarle los hombros, saliendo el bebé aproximadamente a las 19:10 diecinueve horas con diez minutos, e inmediatamente se lo pasan a la enfermera Carmen Sánchez observando que el mismo no presenta coloración (cianótico), ni tampoco

tenía tono muscular (flacidez), la enfermera Carmen y compañía, así como la enfermera Consuelo realizan maniobras de reanimación mientras que el doctor Corona seguía en la sala pero yo no lo vi que diera en ese momento algún apoyo, aclarando que mis compañera Carmen y Consuelo hicieron todo lo necesario para reanimar al bebé, sin lograrlo...entre las 19:15 diecinueve horas con quince minutos, y 19:20 diecinueve horas con veinte minutos, el doctor Corona no sé si hace una llamada o le entra, ni tampoco me doy cuenta con quién habla si es con la Directora del Hospital o la Pediatra de apellido Valencia, pero comienza a dar indicaciones a mis compañeras enfermeras para checar al bebé, las compañeras enfermeras acatan las instrucciones sin obtener respuesta favorable de las maniobras realizadas al bebé, por lo que finalizan las mismas aproximadamente a las 19:40 diecinueve horas con cuarenta minutos...”

En tanto, la enfermera María del Carmen Sánchez Carreño, expuso haber intervenido en el momento del parto, refirió haber atendido a la recién nacida realizándole maniobras de reanimación, así como haber acatado las indicaciones de la pediatra refirió vía telefónica, pues dijo:

“...yo fui una de las personas que estuvo presente en los hechos que refiere...me dicen que pase al área de expulsión y yo comienzo a colocarme la ropa correspondiente ya que se ocupa en especial una para estar en esta zona, al acercarme el doctor Valencia me dice que era falsa alarma, que la paciente no terminaba de dilatar y que permanecería un rato a que descendiera completo el bebé; también quiero mencionar que en todo momento ella tuvo el tocógrafo puesto, es cierto que nos retiramos un poco de donde ella se encontraba, pero en ningún momento la perdimos de vista y escuchamos perfectamente cualquier manifestación que hizo; mientras mi compañera la enfermera María de los Ángeles Lemus estuvo colocándole un brazalete para monitorear la presión arterial de la paciente, y después alejamos ambas del área de la sala de expulsión; siendo que unos minutos después se escucha que la paciente grita, por lo que acudimos a atenderla inmediatamente...se encontraba coronando, acercándonos en ese momento el doctor José Luis Valencia, la enfermera Ángeles, y la enfermera Consuelo Vázquez y yo...observo que el bebé ya tenía su cara fuera del canal de parto y es cuando llega el doctor Corona sin recordar quién lo llamó observando que permanece así el bebé aproximadamente 10 diez minutos, tiempo durante el cual estuvieron realizando diversas maniobras para lograr su expulsión y cuando finalmente se consigue yo lo recibo, pero éste no mostraba signos vitales, ni tono muscular, comenzando a realizar maniobras para reanimación sin obtener respuesta, luego me doy cuenta que el doctor Corona se encontraba hablando con la Pediatra Belén Valencia vía telefónica, quien empezó a preguntarme sobre las maniobras que había realizado, indicándome incluso que le pasara adrenalina por el tubo endotraqueal, lo cual así hice, y continúe realizando las indicaciones de la Pediatra, es decir todo lo humanamente posible para la reanimación sin conseguirla...”

La enfermera María de Jesús Consuelo Vázquez Ruiz, refirió que el día de los hechos, que ella y su compañera María del Carmen Sánchez Carreño se enfocaron en realizar maniobras para la reanimación de la recién nacida, mismas que le fueron indicadas vía telefónica por parte de la doctora Belén Valencia Nava, sin que se obtuviera resultado favorable, al decir:

“Yo estuve en ese lugar al momento de la atención a la señora XXXX, estableciendo que el producto nació aproximadamente a las 19:10 diecinueve horas con diez minutos, y su defunción se dio entre las 19:40 diecinueve horas con cuarenta minutos, y 19:46 diecinueve horas con cuarenta y seis minutos, aproximadamente, detallando que yo me enfoqué en apoyar en la reanimación de la menor y ayudé a recibirla junto con mi compañera la Licenciada en Enfermería de nombre Carmen Sánchez, y una vez que tuvimos a la niña iniciamos con las maniobras de reanimación neonatal que consisten en dar reanimación a través del objeto conocido como bolsa autoinflable, el cual se coloca en el rostro de la bebé presionando la bolsa para dar ventilaciones en coordinación con las compresiones torácicas, sin que la menor respondiera a los estímulos; de esto inclusive se le mostró a la ahora quejosa el momento en que su menor hija se encontraba intubada, esto al terminar las maniobras de reanimación neonatal para que ella misma pudiera constatar que se hizo todo lo posible para sacar adelante a su hija, sin obtener un resultado favorable. Además de la Licenciada Carmen Sánchez y yo, también se encontraba presente el doctor Valencia y la enfermera Ángeles Lemus, ingresando en algún momento de la reanimación el doctor Corona quien entabló llamada telefónica con la doctora Belem Valencia la cual le dio indicaciones respecto a las acciones para realizar en busca de reanimar a la recién nacida, siendo que dichas acciones ya se habían agotado por parte de la Licenciada Carmen y mía, fuera de esto yo no observé ninguna otra circunstancia...”

Hasta lo aquí expuesto se conoce que la atención directa previo y durante el parto fue por parte de los médicos Luis Corona Pérez y José Luis Valencia Rico, así también, se determinó que la valoración y determinación de que la paciente permaneciera en el nosocomio y que era viable para que tuviera un parto vía vaginal fue el médico especialista en ginecología, Leopoldo Torres Herrera; mientras que existe reconocimiento pleno o indicios de atención por parte de la enfermera Sandra Viridiana Yáñez Patiño, quien fue la encargada de recibir y monitorear a la quejosa desde su ingreso al hospital hasta que la trasladó al área de expulsión.

Además se confirmó que las enfermeras María del Carmen Sánchez Carreño, María de Jesús Consuelo Vázquez Ruiz y María de los Ángeles Lemus Muñiz, brindaron atención en el momento del parto, quienes además realizaron maniobras de reanimación a la recién nacida; de igual forma, se supo que la médico especialista (pediatra) Belén Valencia Nava, brindó indicaciones vía telefónica al personal de enfermería para realizar la reanimación del producto del embarazo, ya en el puerperio se tiene conocimiento que fue el médico Felipe de Jesús Martínez Guerra quien intervino.

Finalmente, como datos extra, se sabe que la doctora María Guadalupe Nieto Domínguez, fue quien brindó las consultas prenatales, advirtiendo en su expediente médico que la paciente podría presentar complicaciones por la obesidad mórbida que mostraba durante su embarazo.

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

Así, más allá de que existan indicios de carencias sistémicas en personal médico y de enfermería, así como de insumos hospitalarios, omisión en llevar un expediente clínico de manera ordenada, así como una determinación específica que permita conocer bajo responsabilidad de quién se encontraba XXXX durante su internación en el Hospital, existe la necesidad de profundizar en el estudio de las acciones médicas tomadas y su razonabilidad, motivo por el cual este organismo solicitó el auxilio de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, quien a través del expediente propio XXXX/18, emitió una opinión especializada basada en la documental que obra dentro del expediente 197/17-C de este organismo, y en la que determinó que al caso, existió atención indebida por parte de las autoridades sanitarias, pues en las conclusiones y en el contenido de sus consideraciones trata con mayor amplitud las circunstancias del caso concreto, pueden agruparse en conjuntos:

1. Referentes a la atención obstétrica a la señora XXXX.
2. Referentes a la atención pediátrica a la bebé;
3. Referentes a la integración del expediente clínico en general.

1. Atención obstétrica:

*“...El Médico tratante deja a libre evolución, haciendo referencia que no se cuenta con anestesiólogo, indica la vigilancia mediante partograma estricto y monitorización fetal externa se mantiene como interconsultante, No indicación actual para cesárea. De acuerdo lo anterior y a lo establecido en la **NOM-007-SSA2-2016** Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos, al igual que la frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos... Además de que deberán realizar el chequeo de las modificaciones cervicales cada hora para evitar oportunamente las distocias. El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente. De acuerdo a todo lo anterior es evidente que no hubo un control estricto como fue indicado por el especialista en el cual hace referencia a las utilización del partograma, existe evidencia de la toma de Frecuencia cardíaca fetal horaria por parte del servicio de enfermería a partir de las 09:00 horas, de la tensión arterial materna a partir de las 15:00 horas sin embargo esto se encuentra registrado en la hoja de control de los signos vitales y no en el partograma en donde no solo se encuentran registros a las 09:40 horas, 15:45 horas y 17:55, aunado a que no existe una adecuada vigilancia del estado fetal durante, antes y después de las contracciones, como una valoración adecuada de la pelvis durante el trabajo de parto, lo que evidencia una inobservancia a lo establecido en la Normatividad anterior y Guías de práctica clínica...existe una falta de previsión de los riesgos para el binomio existe evidencia clínica documentada de factores maternos que aumentaban los riesgos de posibles complicaciones al momento del parto, sin embargo no hubo una valoración ni seguimiento adecuado durante la evolución el trabajo de parto en el cual se presentaron complicaciones las cuales fueron abordadas por personal con menor experiencia a la de un médico especialista...1. La Atención brindada por parte de los médicos que atendieron a la paciente XXXX durante su estancia en el servicio de urgencias, así como en el servicio de toco cirugía no fue apegada a las obligaciones de medios y seguridad dictados en la **NOM-007-SSA2-2016**, así como en la Guía de Vigilancia y Manejo del trabajo de parto de bajo riesgo, al no otorgar la adecuada vigilancia del trabajo de parto...*

5. La paciente XXXX, contaba al menos con dos factores que le condicionaban un embarazo de alto riesgo (multiparidad y obesidad), los cuales no fueron considerados con la importancia debida por el médico especialista que la valoró, ni por los médicos que le dieron seguimiento y atención en el trabajo de parto, para esta paciente debió de considerarse desde su ingreso la referencia a un centro de atención con mayor capacidad resolutive en apego a los medios de seguridad que marca la NOM-007-SSA2-2016, de lo cual no hay evidencia en el expediente clínico...”

2. Atención pediátrica del bebé:

“...De acuerdo a la nota post parto realizada a las 19:45 horas en donde es mencionada la presencia de una distocia de hombros la distocia se le considera a la anomalías del trabajo de parto que interfieren con el avance ordenado del parto espontáneo, se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto...Hay varias anomalías del trabajo de parto que interfieren con el avance ordenado del parto espontáneo, se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto. Se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas... Es importante señalar que ante esta situación ya el manejo intraparto, de la distocia de hombros, es aplicando todos los medios en nuestro alcance para prevenir la asfixia fetal y la parálisis braquial, Se estima que el asistente al parto tiene unos siete minutos para extraer un feto previamente bien oxigenado antes de que se produzcan daños por asfixia aunque otros estudios identifican la muerte de los fetos durante los primeros 5 minutos del evento, si es sospechada la presencia de una distocia de hombros lo preferible es que se encuentre un obstetra con experiencia y capacitado en el tema a continuación se describen una serie de técnicas y maniobras que pudiera ser realizadas por el personal obstetra calificado: Maniobra de Mc Roberts. Maniobra de Gaskin. Las maniobras de rotación interna. Maniobra de Jacquemier-Barnum. Las maniobras de tercera línea requieren una consideración cuidadosa para evitar una innecesaria morbilidad materna y mortalidad fetal. Fractura deliberada de la clavícula fetal. Cleidotomía. Sinfisiotomía.3. Existe evidencia de falta de obligación de medios y seguridad por parte de los médicos y personal de enfermería que se encontraban en el área de tococirugía, al no realizar la reanimación cardiopulmonar avanzada del recién nacido...”

3. Integración del expediente clínico:

“...Existe falta de apego a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, en cuanto a la integración de la documentación con la que debe de contar el expediente clínico en base al APEND10E A (Informativo) Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad por parte de los médicos de Ginecología y Obstetricia en los turnos matutino y vespertino que atendieron a la C XXXX...”

Cabe señalar, que también se advirtió las carencias sistémicas que presenta el Hospital Comunitario de Apaseo

el Alto, Guanajuato, pues se lee:

“...Existe responsabilidad administrativa por parte de las áreas administrativas y directivas del hospital por no proporcionar el recurso o cobertura total de la plantilla del personal necesaria para cumplir con lo establecido en el Reglamento Interior del ISAPEG, que a la letra menciona: Artículo 63. Los órganos desconcentrados por función, identificados como hospitales comunitarios estarán jerárquicamente subordinados a las Coordinaciones Generales, acordando los asuntos cuya tramitación y despacho sea de su competencia y gozaran de autonomía operativa, técnica y administrativa, y tendrán como funciones específicas los campos de la prevención, curación, rehabilitación, investigación y docencia; cuyos titulares tendrán además de las facultades genéricas contempladas en el artículo 9 de este Reglamento, las siguientes: I. En materia de servicios médicos: a) Proporcionar servicios de atención médica mediante acciones en consulta externa y hospitalización, atención de parto de bajo riesgo, de cirugía general de corta estancia y cirugía ambulatoria de baja complejidad, atención pediátrica, así como de urgencias y rehabilitación; b) Otorgar atención estomatológica integral, con énfasis en grupos específicos y de alto riesgo; c) Difundir y observar la aplicación de las normas oficiales mexicanas en materia de atención médica; d) Participar en la formulación y operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes...Existe responsabilidad Institucional al no cubrir las necesidades básicas de personal capacitado y especializado (Ginecología, pediatría, y anestesiología) en los diferentes turnos con los que debe de cumplir en base a lo establecido en el Reglamento Interior del ISAPEG...”

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 XXXX, así como en la previsión de los riesgos que implicaba el alumbramiento de su hija, a lo que se suma una serie de carencias en el Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato, lo que a la postre derivó en una violación al goce al grado máximo de salud de la quejosa XXXX y su hija recién nacida.

Las omisiones por parte de la atención deben ser reprochadas a los profesionistas que tuvieron intervención de la misma, esto es, los médicos Luis Corona Pérez, José Luis Valencia Rico y Leopoldo Torres Herrera, así como a las enfermeras María del Carmen Sánchez Carreño, María de Jesús Consuelo Vázquez Ruiz, María de los Ángeles Lemus Muñiz y Sandra Viridiana Yáñez Patiño; mientras que las omisiones administrativas del hospital deben ser reprochadas objetivamente a la propia Secretaría, omisiones que en suma resultan de suyo ya suficientes para emitir juicio de reproche, pues bajo el principio de causalidad se entiende que de haber valorado y atendido de manera adecuada y oportuna a la paciente, la probabilidad posterior de no afectar desfavorablemente la salud de la particular y su recién nacida era ostensiblemente mayor.

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

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

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

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

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

Luego, la citada falta la atención a los signos de alarma que presentaban **XXXX**, 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.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por lo que lo que los médicos y personal de enfermería involucrados, dejaron de lado los criterios establecidos para la prestación del servicio plasmados en la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**, la cual es de observancia obligatoria para todo el personal de las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos, en los que se establece el procedimiento que se debe aplicar a quienes se encuentren en esta situación, algunos de ellos que a continuación se transcriben:

5. Disposiciones generales.- 5.5 Atención del parto. 5.5.1 *En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo. 5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutoria, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro. 5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto. 5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas...*

En consecuencia, se advierte que los estándares internacionales establecen que los Estados deben proporcionar los servicios de salud en condiciones adecuadas y seguras, que garanticen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de éstos, cuestión que en el caso en concreto no se efectuó -pues como se ha visto- la atención prestada a la aquí inconforme, no resultó ser la más oportuna, pues el fallecimiento del producto en gestación, tuvo su génesis en irregularidades y deficiencias en la atención, durante la vigilancia del control del embarazo por parte de los servidores públicos señalados como responsables, aunado a la carencia de personal médico y la omisión de llevar el expediente médico de manera adecuada.

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 a la Protección de la Salud y a la vida** cometida en agravio de la señora **XXXX**; razón por la cual se realiza juicio reproche en contra del referido personal médico y de enfermería en cuanto a la indebida atención dada, así como a la responsabilidad objetiva de la institución consistente en no brindar las herramientas suficientes para garantizar el mayor grado de salud de la doliente y su hija recién nacida.

REPARACIÓN DEL DAÑO

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

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

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

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

vuelvan a incurrir en el futuro, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana (...)”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una vez que se ha acreditado violación del Derecho a la Protección de la Salud y a la Vida de **XXXX**, 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 los 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 **Luis Corona Pérez, José Luis Valencia Rico y Leopoldo Torres Herrera**, así como del servicio de enfermería, **María del Carmen Sánchez Carreño, María de Jesús Consuelo Vázquez Ruiz, María de los Ángeles Lemus Muñiz y Sandra Viridiana Yáñez Patiño**, adscritos al **Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato**, respecto de la **Violación del Derecho a la Protección de la Salud y a la Vida**, en agravio de **XXXX** y de su hija recién nacida.

SEGUNDA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, estima oportuno emitir Acuerdo de **Recomendación al Secretario de Salud del Estado, doctor Daniel Alberto Díaz Martínez**, con base a 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, y con el deber del Estado de conceder la reparación por el quebranto de una obligación del Derecho Internacional, se instruya por escrito a quien legalmente corresponda, a efecto de que se repare integralmente el daño en favor de **XXXX** y a sus familiares directos, tomando en cuenta la indemnización económica, además que se proporcione atención y tratamiento tanatológico, siempre y cuando los afectados todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento para ello.

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 Apaseo el Alto, 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.

CUARTA.- 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 adopten las medidas legales y administrativas necesarias, con el propósito de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la Salud, ello en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana; verificando al caso, que el **Hospital Comunitario de Apaseo el Alto, Guanajuato**, se encuentre dotado permanentemente del personal suficiente y capacitado, así como de la infraestructura, equipamiento y protocolos que permitan brindar una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes.

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

Notifíquese a las partes.

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

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