

León, Guanajuato, a los 29 veintinueve días del mes de agosto de 2014 dos mil catorce.

VISTO para resolver el expediente número **52/13-B**, relativo a la queja interpuesta por **XXXXXXX**, por hechos que considera violatorios de sus derechos humanos así como de su esposa **XXXXXXX** y que reclaman de parte del **Personal Médico y de Enfermería del Hospital General de Pénjamo, Guanajuato**.

Sumario: **XXXXXXX**, aseguró haber acudido al Hospital General de Pénjamo, en dónde un médico y la especialista le informaron que le practicarían cesárea, sin embargo, se dio el cambio de turno y nadie la atendió hasta el día siguiente, incluso le quitaron el monitor del ritmo cardiaco fetal porque otra paciente lo necesitaba y cuando ella avisó que ya no sentía el movimiento del bebé le realizaron un ultrasonido, percatándose que no había latidos del corazón ni movimientos del mismo, practicándole hasta ese momento una cesárea para extraer el producto que ya no contaba con signos vitales.

CASO CONCRETO

Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

Mala Práctica Médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXXXXXX, aseguró haber acudido al Hospital General de Pénjamo, en dónde un médico y la especialista le informaron que le practicarían cesárea, sin embargo, se dio el cambio de turno y nadie la atendió hasta el día siguiente, incluso le quitaron el monitor del ritmo cardiaco fetal porque otra paciente lo necesitaba y cuando ella avisó que ya no sentía el movimiento del bebé le realizaron un ultrasonido, percatándose que no había latidos del corazón ni movimientos del mismo, practicándole hasta ese momento una cesárea, naciendo su bebé meconiado (fallecido por asfixia, al haber inhalado fluido contaminado).

Ante la imputación, el doctor **Fernando Saldaña Torres**, encargado del despacho de la Dirección del Hospital General de Pénjamo, Guanajuato, informó (foja 9 a 12), que efectivamente la quejosa acudió al Hospital en comento, el día **5 de abril del año 2013** dos mil trece a las **9:15 horas**, atendida por el Doctor **Ramón Navarrete Hernández**, quien diagnostico trabajo de parto, pero sin advertir necesidad de cesárea, sino que, hasta las **11:51 horas que fue valorada** por la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, se diagnostica un embarazo pos término, **paciente candidata para interrupción de embarazo**, ingresando a las **15:00** al área de labor, siendo la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, quien la recibe y le coloca un toco cardiógrafo, siendo valorada por el Ginecólogo **Roberto Madrigal Cendejas**, a las 18:00 horas, decidiendo inducir la labor de parto a las 19:00 horas y en el siguiente turno, la Dra. **Laura Gabriela Zavala Casas**, después de revisar al resto de los pacientes, revisa a la de la queja y ordena ultrasonido, para lo cual la enfermera **María Elena Díaz Torres** le retiró el monitor toco cardiográfico que colocó a otra paciente que se encontraba también en trabajo de parto, ante el aviso de la misma enfermera de no percibir movimiento fetal, la Dra. **Laura Gabriela Zavala Casas** revalora a la paciente, y determina realizar una **cesárea urgente** por bradicardia fetal, a las **0: 18 hrs del día 06 de abril**, obteniendo un producto femenino meconiado, pues dictó:

“(...) 5 de abril del presenta año, a las 9:15 hrs. de la mañana se encuentra registrada la nota inicial de urgencias realizada por el Dr. Ramón Navarrete Hernández a la paciente XXXXXXX, en la cual

establece que "se trata de una paciente de femenino de 43 años con embarazo de término y trabajo de parto, (...) solicitando dicho médico se realice un ultrasonido y valoración por el servicio de ginecología, sin que se mencionara en ese momento la necesidad de una cirugía de cesárea (...)"

" (...) fue valorada por la **Dra. Sandra Guerrero Tovar** adscrita al servicio de Ginecología a las **11:51 hrs**, manifestando en la nota clínica, que "se trata de paciente con embarazo pos término, sin trabajo de parto, hemodinamicamente estable, se realiza rastreo ultrasonográfico con Ila 4-5 cm, placenta grado 3, anterior corporal por lo que se da diagnóstico de oligohidramnios moderado a severo, candidata para interrupción del embarazo vía adecuada con el plan de ingresarla a la unidad toco quirúrgica (...)"

" (...) Ingresa aproximadamente a las **15:00 hrs al área de labor**, habiendo permanecido en el servicio de urgencias, a su ingreso al área de labor, la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar** recibe a la paciente y le coloca un toco cardiógrafo observando una frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos por minuto, y estando el médico **Roberto Madrigal Cendejas**, ginecólogo a cargo del área de ginecología en un procedimiento quirúrgico; valora a la paciente aproximadamente a las **18:00 hrs**, encontrándola con embarazo de aproximadamente 40 semanas de gestación promedio por fotometría, con una frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto, rítmico, detectando mediante rastreo ultrasonográfico un índice de líquido amniótico de 5-6 cm, placenta corporal anterior grado III, producto cefálico, a la revisión genital cérvix posterior, dilatación de 2 cm, borramiento 70% reblandecido, producto cefálico en primer plano; de acuerdo a los hallazgos ultrasonográficos y clínicos decide realizar prueba de trabajo de parto, aproximadamente a las 18:30 hrs se le informa a la paciente y a su esposo esta decisión, **iniciando la inducción del trabajo de parto a las 19:00 hrs.** (...)"

" (...) **Dra. Laura Gabriela Zavala Casas** posterior a haber recibido la guardia por parte del doctor Roberto Madrigal Cendejas y haber realizado el pase de visita de las pacientes hospitalizadas a cargo del servicio de ginecología, revisa a la paciente y le solicita a la enfermera María Elena Díaz Torres pase a la paciente al área de módulo mater para practicarle un ultrasonido nuevamente y descartar posición pélvica del producto (...), al ser llevada a realizarse el ultrasonido se le retira el monitor toco cardiográfico y la enfermera **María Elena Díaz Torres** se lo colocó a otra paciente que se encontraba también en trabajo de parto (...)"

" (...) la enfermera María Elena Díaz Torres que no percibía los movimientos fetales y es revalorada por la Dra. Laura Gabriela Zavala Casas quien nuevamente monitoriza a la paciente y le realiza otro ultrasonido, encontrando una frecuencia cardíaca fetal de 80 a 90 latidos por minuto por lo que procede a pasar a la paciente a la sala de labor a las O: 18 hrs del día 06 de abril, para realizar una cesárea urgente por bradicardia fetal, (...)"

" (...) producto femenino de 2800 gramos, líquido meconio ++++ escaso, placenta normoincerta grado III, sangrado aproximado 500 ml. El Dr. Antonio Barajas Bravo, médico pediatra recibió al producto sin frecuencia cardíaca, ni esfuerzo respiratorio, flacidez generalizada, teñido de meconio, procediendo a realizar maniobras avanzadas de reanimación, aspiración directa de la tráquea, obteniéndose meconio en gran cantidad, intubándolo, ventilándolo y realizando masaje cardíaco, continuando la reanimación por 20 minutos sin obtener frecuencia cardíaca ni esfuerzo respiratorio, reportándolo con un APGAR 0-0. (...)"

Atención brindada por el Doctor Ramón Navarrete Hernández

XXXXXXX, ciño que fue el primer doctor que la recibió en urgencias, quien a pesar de intentar regresarla a su casa, fue el que mencionó que debía practicársele una cesárea, pues ella insistió en que un médico particular que ya la había atendido le había informado que contaba con poco líquido, además de que presentaba dolores intensos, pues mencionó:

“(...) acudí el día 5 de abril con los dolores intensos al Hospital Regional y es cuando me revisó un doctor en urgencias me quiso regresar pero mi esposo le dijo que ya un médico particular nos había dicho que traía muy poco líquido y que yo tenía ya muchos dolores sin dilatar por lo que ante esta insistencia fue que el médico aceptó dejarme en el Hospital para que me evaluaran y fue este médico de Urgencias el primero que nos dijo que iba a requerir cesárea y le dio a mi esposo unas hojas para que firmara (...)”.

Lo anterior fue confirmado por el esposo de la quejosa, **XXXXXXX** (foja 1 a 4), al citar que el Médico que les recibió sí mencionó que era necesario la cesárea por no contar con suficiente líquido amniótico, pues indicó:

“(...) Una vez que fue ingresada por el área de urgencias de dicho hospital, un médico del cual no recuerdo su nombre estuvo a cargo de la atención que requería mi esposa, incluso recuerdo que el precitado médico luego de revisar a mi esposa determinó que era necesario que se le realizara la cesárea en razón de que ya no se contaba con el suficiente líquido amniótico, además la médico especialista en Ginecología también la valoró y fue ella quien determinó que era necesario que se hospitalizara a Olga Lidia; (...)”.

Al punto, el Doctor **Ramón Navarrete Hernández** (foja 64), niega haber referido que se contaba con poco líquido amniótico y que derivado de ello requería practica de cesárea, pero admitió que el esposo de la paciente le comentó que ya un médico particular les había referido la escasas de líquido y necesidad de práctica de cesárea, así que dice, determinó se llevara a cabo un ultrasonido y se valorara por el departamento de Gineco-obstetricia para conocer el estado de bienestar fetal, lo que no se advierte en el expediente clínico **54748**, **no obstante**, dice que la especialista Sandra Guerrero Tovar, determinó “oligohidramnios” **de moderado a severo**, lo que significa poco líquido amniótico, así que dejó internada a la paciente, elaborando expediente con hoja frontal con tal diagnóstico, (se aprecia a foja 116), aclarando que la interrupción del embarazo no necesariamente tiene que ser con una cesárea, terminando su intervención para seguimiento de especialistas, pues declaró:

“(...) la señora acudió el día 5 cinco de abril del año en curso al servicio de urgencias, encontrándome yo de turno, una vez que la valoré siendo diagnosticada como multigesta en tercer embarazo con 41 cuarenta y un semanas y pródromos (síntomas iniciales) de trabajo de parto; el esposo de la paciente me refirió preocupación ya que un médico particular les había indicado que probablemente requeriría cesárea; cuando las pacientes se encuentran con condiciones favorables y el feto también pero presentan como en este caso síntomas de trabajo de parto, se les solicita que se presenten 2 dos horas después en la misma área para su valoración y llevar un control del progreso que van presentando, sin embargo en este caso ante la manifestación del esposo determiné el que se hiciera un ultrasonido y valoración por el departamento de Gineco-obstetricia para conocer el estado de bienestar fetal.

*“(...) Acudió la señora Olga Lidia Bermejo al Módulo Mater donde la Doctora SANDRA GUERRERO realizó el estudio solicitado a la paciente y **me reportó oligohidramnios de moderado a severos**, lo*

cual significa que la paciente presentaba una disminución de líquido amniótico lo que hizo necesario que se pasara a hospitalización ya que cuando éste se presenta requiere la paciente de un control estricto y un monitoreo constante del feto y de la paciente; en razón de ello integré expediente que se inicia con la hoja frontal, nota de ingreso, indicaciones, una carta de consentimiento informado que firma el familiar o acompañante y autoriza la atención de la paciente que en este caso firmó su esposo XXXXXXXX, debiendo resaltar que esta carta de consentimiento aun cuando es un formato ya establecido, el médico realiza las observaciones necesarias como en este caso el de la voz especifique la posibilidad de interrupción de embarazo por la vía más adecuada, lo cual no significa necesariamente que se le practicara una cesárea ya que en ocasiones hay progreso en la dilatación haciendo uso de medicamentos específicos y es posible obtener un parto natural; dependiendo ello del progreso que se observe de 4 cuatro a 6 seis horas o en ocasiones más, así como también dependiendo de las condiciones que mantenga el feto cuya frecuencia cardiaca debe estar en un rango de 120 ciento veinte a 180 ciento ochenta latidos por minuto con una media de 140 ciento cuarenta.

Una vez que integré el expediente para el ingreso de la paciente concluyó mi intervención correspondiendo el seguimiento a los médicos especialistas (...).

Lo anterior, fue confirmado por la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar** (foja 68), quien señaló que ella valoró a la paciente en interconsulta solicitada por el Doctor Ramón Navarrete Hernández, practicando ella un ultrasonido y determinando que la paciente contaba con poco líquido amniótico, diagnosticando interrupción de embarazo, lo que en efecto quedó asentado la hoja frontal del expediente firmado por el “Dr. Navarrete”, del día 5 de abril del 2013 – Urgencias-, con diagnóstico de 41 semanas “oligohidraminos” de moderado a severo (foja 116).

De tal forma se colige que el Doctor **Ramón Navarrete Hernández**, recibió en el área de urgencias a la de la queja, remitiéndola con la especialista en Ginecología para interconsulta, derivado de lo cual obtuvo el diagnóstico referido, que determinó la hospitalización de la paciente para su debida atención especializada; derivado de lo cual en contra del profesional de la salud, este Organismo se abstiene de emitir juicio de reproche en cuanto a este punto se refiere.

Atención brindada por la Ginecóloga Sandra Guerrero Tovar y la enfermera Fátima Carrasco Alcántar.

La quejosa, señaló que del área de urgencias la pasaron al área de toco cirugía en donde la **valoró la Ginecóloga**, quien le dijo que ya se había pasado la fecha probable de parto, pero que con el líquido alcanzaba a nacer bien, canalizándola con el Médico **Roberto Madrigal Cendejas**, pues dijo

“(...) Me pasaron primero a un área que llamaban “Toco” ahí me revisó la primer ginecóloga que me dijo que llevaba 1cm un centímetro de dilatación yo le indiqué que yo tenía ya mucho con los dolores y se había pasado mi fecha probable de parto y que me decían que tenía poco líquido más contestó que con el líquido que tenía alcanzaba a nacer bien y me pasó con otro médico que fue ROBERTO MADRIGAL CENDEJAS, ordenó que me pasaran a otra área que llamaron de Labor y que indujeran los dolores, lo cual atendió la enfermera de nombre Fátima. (...).

La atención médica de referencia fue avalada por el encargado del despacho de la Dirección del Hospital General de Pénjamo, Guanajuato, doctor **Fernando Saldaña Torres**, cuando informó que la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, diagnosticó un embarazo **pos término, paciente candidata para interrupción de**

embarazo, ingresando a las **15:00** al área de labor, siendo la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, quien la recibe y le coloca un toco cardiógrafo.

La enfermera general **Fátima Carrasco Alcántar** (foja 63), refirió que ella recibió a la paciente afectada a las **15:00 horas en el área de labor, colocándole el toco cardiógrafo desde que llegó**, con el cual estuvo monitoreando la frecuencia cardiaca del bebé que era buena, pues dijo:

“(...) me encontraba en el área de labor al cual fue canalizada la señora Olga Lidia aproximadamente a las 15:00 quince horas del servicio de urgencias, el médico ginecólogo encargado del área en ese momento era el Doctor ROBERTO MADRIGAL quien al igual que la suscrita desde la llegada de la señora hasta las 20:30 veinte treinta horas en que concluyó nuestro turno estuvimos siempre pendiente de su salud ya que desde que llegó se le colocó el toco cardiógrafo el cual permite monitorizar la frecuencia cardiaca fetal la cual era buena y puedo afirmar que durante el tiempo que estuvimos pendientes de la señora siempre tuvo instalado el mismo (...)”.

Al punto, la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar** (foja 68), señaló que ella valoró a la paciente en interconsulta solicitada por el Doctor Ramón Navarrete Hernández, **practicando ella, un ultrasonido en el que se reflejó “oligohidraminos” de moderado a severo (poco líquido amniótico), diagnosticando la interrupción del embarazo**, sin especificar por qué vía, aludiendo que la paciente ingresó al área de toco cirugía a las 15:00 horas por lo que ya no tuvo más contacto con la paciente, pues dijo:

*“(...) el único trato que tuve con la paciente y hoy quejosa fue en interconsulta ya que el Médico General que era el Doctor RAMÓN NAVARRETE me solicitó la valoración de la paciente, pero es falso que ella haya llegado conmigo con algún ultrasonido, de hecho nunca lo tuve a la vista pero finalmente la valoración a la que yo debía atender es a la que realizaría en ese momento habiendo encontrado a la paciente con un embarazo de pos término ya que **presentaba 41 semanas de gestación por fecha última regla sin trabajo de parto** y al realizar rastreo con ultrasonido se le encontró con **índice líquido amniótico de 4 cuatro a 5 cinco centímetros lo que representa un oligohidramino de moderado a severo** ya que lo normal es de más de 8 ocho centímetros atendiendo a la valoración por el método que se conoce como 4 cuatro bolsillos, por lo que **se diagnosticó como candidata para interrupción de embarazo especificando que sería por la vía adecuada**, la cual no es determinada por el médico que la valora en interconsulta sino que dependerá de la evolución que observen los médicos especialistas una vez que la paciente sea ingresada y se mantenga en observación. (...) Una vez que ingresó la señora OLGA LIDIA BERMEJO al área de Toco cirugía aproximadamente a las 15:00 quince horas yo no tuve más trato con ella y desconozco los hechos que refiere con posterioridad, siendo todo lo que tengo que manifestar (...)”.*

Lo vertido por la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar** y la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, referente a que recibieron en el área de toco cirugía a la paciente a las 15:00 horas no se logra advertir del expediente clínico, del que tampoco se desprende el resultado del monitoreo fetal, ni la revisión cada treinta minutos de la paciente, al tenor de lo exigido por la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativas a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido**, que dicta la vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica:

“(...) 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 Atención del parto.- 5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos: (...) 5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta; 5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto; (...)."

"(...) 5.4.2. El control del trabajo de parto normal debe incluir: 5.4.2.1. La verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos (...)."

De ahí, que tanto la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, como la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, recibieron en el área de toco cirugía a la paciente desde las 15:00 horas, según su dicho, dejando transcurrir el tiempo para la atención efectiva de quien se duele, evitando contar en el expediente clínico los datos fidedignos del desarrollo de la paciente, como lo era el malestar generalizado que ella alude presentaba, y que fue lo que condicionó haber acudido a solicitar la atención médica y que describió como "(...) se intensificaron los dolores (...) la primer ginecóloga (...) le indiqué que yo tenía ya mucho con los dolores y se había pasado mi fecha probable de parto (...)."

Ahora bien, es de mencionarse que el expediente clínico data **que la paciente fue canalizada al área de labor hasta las 20:35 horas** (foja 42).

Circunstancias anteriores que determinan la evadiendo de la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, como la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, en la observancia de las prevenciones de la **NORMA OFICIAL NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico**, que obliga a la elaboración de notas por cada atención proporcionada, pues dicta:

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

"(...) 7.2.- NOTA DE EVOLUCIÓN.- Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 (...)."

(6.2. relativo a la evolución del cuadro clínico, signos vitales, resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, indicaciones...)

Esto es, omitieron asentar en el expediente clínico el resultado de la vigilancia que de la paciente debieron de haber realizado desde las 15:00 horas en que dicen la recibieron en toco cirugía, su evaluación, diagnóstico, pronóstico e indicaciones, a la vez que desdeñaron las señales de alarma que ya habían sido diagnosticadas y asentadas en el expediente, como lo era que la paciente de 43 años, contaba con un embarazo de 41 semanas de gestación, que su fecha probable de parto había fenecido, que presentaba dolores intensos y malestar generalizado, que desde su arribo al Hospital General de Pénjamo, le fue diagnosticado "oligohidraminos" de moderado a severo, (escases de líquido amniótico), dejando simplemente, transcurrir el tiempo.

Circunstancias omisas todas, que determinan juicio de reproche por la actuación de las profesionales en la salud Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, como la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, en agravio de **XXXXXXX** y el producto de su embarazo de 41 semanas de gestación.

Atención brindada por el Médico General Roberto Madrigal Cendejas

La de la queja, aseguró que fue revisada por el **Médico Roberto Madrigal Cendejas**, hasta las a las 7:30 o 8:00 de la noche, antes de terminar su turno y cuando la paciente le preguntó por qué no le operaban si estaba internada desde las nueve de la mañana, le dijo que su turno ya terminaba pero que la atendería la siguiente Doctora, pues acotó:

“(...) a las 7:30 u 8:00 siete y media y ocho de la noche me revisó antes de irse el Doctor Roberto Madrigal, quien me dijo que no estaba dilatando, le mencioné que tenía con dolores desde la noche anterior y me tenían ahí desde las 9:00 nueve de la mañana, cuestionándole por qué no me operaban ya; pero me respondió que aún tenía una paciente por revisar y se acercaba su hora de salida que la siguiente Doctora del turno continuaría con mi atención (...)”.

Al respecto, la enfermera general **Fátima Carrasco Alcántar** (foja 63), señaló que a las 07:00 de la noche el Doctor Roberto Madrigal ordenó aplicación de oxitocina, y al terminar ella su turno, se encontraban en buen estado la paciente y el bebé, pues indicó:

*“(...) a las 7:00 siete de la noche, el Doctor Roberto Madrigal hizo una modificación en las indicaciones médicas para efecto de que se suministrara una solución a la señora y se iniciara el procedimiento para la **aplicación de oxitocina** pero el desarrollo de esas indicaciones no me correspondió a mí sino que fue mi compañera TERESA quien las llevó a cabo ya que ambas estábamos asignadas al área de labor; concluyó mi servicio y me retiré encontrándose tanto la señora Olga Lidia Bermejo como el feto en buen estado y sin haber reportado alteración alguna (...)”.*

Al respecto, el Gineco-Obstetra **Roberto Madrigal Cendejas** (foja 74), refirió que desde el inicio de su turno el día 5 de abril del 2013, la Ginecóloga Sandra Guerrero le hizo entrega de la ahora afectada como paciente con 41 semanas de gestación y con diagnóstico de “oligohidraminos” moderado a severo, pero dice se ocupó con otra paciente (lo que no acreditó dentro del sumario), y atendió a la paciente **XXXXXXX** a las 17:40, dice que a las **18:30** horas realizó un ultrasonido a la señora Olga Lidia encontrando un embarazo de 40 cuarenta semanas de gestación con un índice de líquido amniótico entre 5 cinco y 6 seis centímetros (oligohidramnios leve a moderado), lo que tampoco consta en el expediente clínico de mérito, además que el resultado que dice obtuvo con el ultrasonido se enfrenta al primigenio recabado a la paciente, esto en cuanto a que el profesional de la salud en boga dice que encontró que el líquido amniótico ya no era escaso de moderado a severo, sino de leve a moderado, lo que no encuentra aplicación lógica, como fue que se recuperó el líquido amniótico ya eliminado (atentos al primer resultado de ultrasonido, según lo declaró la Doctora Sandra Guerrero Tovar), dice que a las 19:00 determina iniciar con la labor de parto, pero se ocupa con diversa paciente (lo que tampoco acreditó en el sumario), retirándose de la unidad médica a las 20:30 horas, entregando el turno de forma verbal, con la Doctora Zavala.

Pues nótese lo que declaró:

“(...) el día 5 cinco de abril del año en curso comencé mi turno en el Hospital General de Pénjamo, Guanajuato, donde me desempeñé como Médico Especialista; al llegar me comentó la Doctora SANDRA GUERRERO al entregarme el turno que me iban a pasar de urgencias una paciente con un diagnóstico de multigesta, embarazo de 41 cuarenta y un semanas con oligohidramnios moderado a severo con pródromos de trabajo de parto y las condiciones en que ella la había encontrado en interconsulta que le solicitaron; fui a pasar visita en hospitalización, pasé al área de toco-cirugía donde procedí a realizar una cirugía que se tenía programada y al concluir ésta aproximadamente a las 17:40 diecisiete cuarenta horas encontré ya a la señora XXXXXXXX en una de las camas de toco –cirugía con el toco- cardiógrafo instalado con una frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto; aproximadamente a las 18:00 dieciocho horas realicé 2 dos interconsultas que me habían solicitado del servicio de urgencias, a las 18:30 dieciocho treinta aproximadamente realicé un ultrasonido a la señora Olga Lidia encontrando un embarazo de 40 cuarenta semanas de gestación con un índice de líquido amniótico entre 5 cinco y 6 seis centímetros (oligohidramnios leve a moderado) con una frecuencia cardíaca fetal de 140 a 145 latidos por minuto, rítmica, a la exploración genital encontré el cérvix con una dilatación de 2 dos centímetros, por lo anterior considero iniciar prueba de trabajo de parto, comentándole a la paciente y al familiar (esposo) sobre el diagnóstico actual y el plan a seguir, estando de acuerdo; aproximadamente a las 19:00 diecinueve horas pasé a quirófano a realizar otra cirugía programada (exeresis de fibroadenoma) terminando aproximadamente a las 20:00 veinte horas.

A las 20:30 veinte treinta horas entregué verbalmente el servicio a la Doctora LAURA ZAVALA (...).”

Luego entonces, se advierte que el Gineco-Obstetra **Roberto Madrigal Cendejas**, omitió asentar en el expediente, las circunstancias de la (s) valoraciones que llevó de la paciente en comento, el partograma y el ultrasonido que dijo practicó, incluso que haya determinado la aplicación de oxitocina en la paciente, que refirió la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, fue ordenada por el médico en cita, evitando atender las prevenciones:

NORMA OFICIAL NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, que obliga a la elaboración de notas por cada atención proporcionada, pues dicta:

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

“(...) 7.2.- NOTA DE EVOLUCIÓN.- Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 (...).”

(6.2. relativo a la evolución del cuadro clínico, signos vitales, resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, indicaciones...)

Más aún en relación con la aplicación de oxitocina y analgésicos (según nota de enfermería en la aplicación de ampicilina, ketorolaco y diversa (foja 38), el profesional de la salud evitó asentar en el expediente la justificación de su aplicación, además de negar a la paciente la vigilancia estrecha por parte del médico especialista, según lo determina la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativas a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido**, que dicta la vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica:

“(...) 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 Atención del parto.- 5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos: (...) 5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta; 5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto; (...)”.

A más, el profesional de la salud, también desdeñó que, según anotación en el expediente clínico, la paciente refirió dolor en su pierna derecha (foja 42), ignorando en general los datos de alarma ya diagnosticadas, como lo era que la paciente de 43 años, contaba con un embarazo de 41 semanas de gestación, que su fecha probable de parto había fenecido, que presentaba dolores intensos y malestar generalizado, que desde su arribo al Hospital General de Pénjamo, en que le fue diagnosticado “oligohidraminos” de moderado a severo, (escases de líquido amniótico), permitiendo el simple transcurso del tiempo para la adecuada atención médica de la quejosa.

Circunstancias de omisión, que determinan el reproche en la actuación del profesional en la salud Gineco-Obstetra **Roberto Madrigal Cendejas**, en agravio de **XXXXXXX** y el producto de su embarazo de 41 semanas de gestación.

Atención brindada por la Dra. Laura Gabriela Zavala Casas y la enfermera María Elena Díaz Torres

XXXXXXX, señaló haber insistido a la Doctora, que desde la mañana la tenían ahí, que no dilataba, por lo que le practicó un ultrasonido y constató que solo llevaba 1 centímetro, igual que desde la mañana, dice haber visto a la Doctora y a la enfermera sentadas, que le quitaron el monito, así que les informó que ya no sentía el movimiento del bebé, a lo que la enfermera le dijo que todo estaba bien, que la acababa de revisar, luego la enfermera tocó el vientre y salió avisar a la Doctora, quien le practico otro ultrasonido, luego la pasaron a quirófano, pero su bebé falleció, pues refirió:

“(...) Llegó la nueva Doctora a quien insistí que tenía desde la mañana ahí y no dilataba nada me hizo un ultrasonido dijo que todo estaba bien, que la bebé se movía dijo que tenía que seguir esperando pues solo llevaba 1cm, era lo mismo de la mañana.

La doctora y una enfermera estuvieron ahí sentadas, me quitaron el aparato con que monitoreaban a la bebé y se lo pusieron a otra al lado; como a los veinte minutos les dije que ya no sentía que se moviera la niña; me contestó la enfermera que todo estaba bien que me acababan de ver.

Esperé un rato como de otros veinte minutos, me tocaba mi vientre y les dije otra vez que ya no sentía que se moviera mi bebé y fue cuando se levantó la enfermera, me revisó y fue a quitar el monitor a la paciente de al lado, me revisó y dijo que no percibía movimiento, se lo dijo a la Doctora que entonces se levantó; me llevaron a hacer ultrasonido y vi la cara de la doctora sin decirme nada hizo expresiones

como de preocupación, le dije que quería ir al baño pero dijo que no, que fuera rápido a quirófano el cual estaba desocupado; rápidamente me anestesiaron y cuando nació la niña yo solo oía que preguntaban entre ellos si me la enseñaban, me dijo el Doctor que había sido una niña pero había fallecido; yo vi a mi bebé y luego de inmediato me llevaron a otro lugar, me dijeron que me iban a explicar con mi esposo cómo fue, pero él nunca llegó hasta un rato después me dijo el doctor que mi esposo estaba muy alterado que si podía cuando pasara lo calmara (...)”.

La enfermera **María Elena Díaz Torres** (foja 70), aludió que al tomar el turno nocturno del día 5 de abril, a las **20:30 horas**, encontró a la quejosa en el área de toco cirugía o labor, quien le dijo que no sentía que su bebé se moviera, siendo que su compañera anterior de turno, la enfermera Teresa Chávez nada contestó al cuestionamiento sobre si el Doctor Madrigal la había revisado o no, siendo revisada por la Doctora Zavala, una hora más tarde, a las **21:30 horas**, ordenando le quitaran el monitor, que en efecto, como lo dijo la quejosa, se le colocó a diversa paciente, pero a razón de que le practicaron un ultrasonido, del que no se aprecia constancia en el expediente clínico.

Sigue diciendo la enfermera, que la Doctora regresó a la afectada a su cama, sin girar indicación alguna y a las 23:00 la paciente volvió a decir que no sentía el movimiento del bebé, lo que escuchó la doctora, pero ella como enfermera colocó nuevamente el monitor y no encontró el foco fetal, la doctora tampoco lo encontró, así que ordenó ultrasonido, por el cual solo se apreciaba la frecuencia cardiaca de la madre y no del producto, así que entonces decidió canalizarla a quirófano, se practicó cesárea, pero el producto salió flácido, pues declaró:

*“(...) yo estuve en servicio en el Hospital General de Pénjamo, Guanajuato, el día 5 cinco de abril del año en curso en el turno nocturno, esto es a las **20:30 veinte treinta horas y a las 20:35 veinte treinta y cinco horas** llegué con las pacientes que se encontraban en el área de toco cirugía o labor que es a la cual me encuentro asignada; había 3 tres pacientes entre ellas la señora XXXXXXXX; yo recibí las pacientes a la enfermera de nombre TERESA CHÁVEZ; la señora Olga Lidia me comentó que no la habían revisado y **no sentía que su bebé se moviera**, cuestioné a Tere si no la había revisado el Doctor de turno vespertino de apellido MADRIGAL, ella no me respondió y yo indiqué a la paciente que no se preocupara pues informaría a la Doctora que entraba conmigo en el turno nocturno para que la revisara.*

*A las **21:30 veintiuna treinta horas se presentó la Doctora ZAVALA** en el área de toco cirugía y yo le informé que la paciente Olga Lidia me decía que no la habían revisado y no sentía que se le moviera su bebé; la Doctora Zavala **revisó a la paciente**, me indicó que le **retirara el monitor** para pasarla al módulo mater **para ultrasonido**; atendí la indicación y mientras la paciente era revisada en modulo mater yo coloqué el monitor a la paciente de la cama 3 tres pues Olga Lidia se encontraba en el área de módulo mater; **la Doctora regresó a Olga Lidia a su cama** que era la 2 dos, **no me dio indicación alguna la doctora**, (...) aproximadamente a las **23:00 veintitrés horas la señora Olga Lidia volvió a decir que no sentía que se le moviera el bebé**, yo estaba con la Doctora y ella escuchó esto, realizaba unas anotaciones ella; **quité el monitor a la paciente** de la cama 2 dos, **lo coloqué a la señora Olga Lidia y comencé a buscar el foco fetal pero no lo encontraba**, al ver esto la Doctora me cuestionó si no lo hallaba; se levantó fue hacia la cama y trató de encontrar el foco fetal pero no lo obtuvo, **me dio la indicación de pasarla para realizar otro ultrasonido, la llevamos al módulo mater, pero en este ultrasonido en busca de frecuencia cardiaca se escuchaba lo que se conoce como bradicardias**, le pregunté a la Doctora qué era lo que había escuchado, me dijo que sólo la*

frecuencia cardiaca de la mamá que del bebé ya no había escuchado, **me indicó que la pasara al área de expulsión para realizarle una cesárea de urgencia, llamó al anestesiólogo** que se encontraba en el área de quirófano en otra cirugía, como no había quién la ayudara me indicó que yo la apoyara para la cirugía y otras 2 dos más y el pediatra estuvieron en la cirugía; **sin embargo el producto se obtuvo sin vida pues salió flácido.** (...).”

Al mismo punto, la Ginececo-Obstetra **Laura Gabriela Zavala Casas** (fojas 66 a 67), señaló que ingresó a laborar a las **20:15 horas**, que el Doctor Madrigal **si le avisó que la paciente** se encontraba en **inducto conducción de trabajo de parto**, y que reviso a la paciente hasta las **23:00 horas**, recabando ultrasonido, para lo cual se le retiró el monitor que no se le volvió a colocar pues lo tenía otra paciente, y después de treinta minutos, la afectada comentó que no sentía al bebé, entonces le colocó el toco cardiógrafo, encontrando baja en los latidos del bebé, entonces la pasó de inmediato al área de expulsión ya que se encontraba ocupado el quirófano, practicando cirugía y a las 00:28 horas nació una niña que presentaba flacidez y no respiró, pues asentó:

*“(...) ingresé a laborar aproximadamente a las 20:15 veinte quince horas, recibí del Doctor ROBERTO MADRIGAL en el área de Modulo Mater a las pacientes que se encontraban en el área de toco cirugía; el médico me indicó que eran 3 tres pacientes que **se encontraban estables en inducto conducción en trabajo de parto**, no me refirió gravedad en ninguna de las pacientes; procedí a cumplir con la visita de me corresponde al área de urgencias y piso de ginecología, llegando aproximadamente a las 22:05 veintidós horas con cinco minutos al área de toco cirugía donde revisé a la primer paciente, **luego a la señora Olga Lidia a quien pasé aproximadamente a las 23:00 veintitrés horas a ultrasonido para verificar que el producto se encontrara cefálico (de cabeza), lo cual confirmé y regresé a la paciente a la cama de toco cirugía, quiero señalar que al momento de llevar a la paciente a ultrasonido retiré previamente el toco cardiógrafo y al volver pude percatarme de que la Enfermera MARÍA ELENA DÍAZ lo había colocado a otra de las pacientes de nombre NANCY ALEJANDRA GODÍNEZ que es la tercera a quien iba a revisar y por ello se le dejó el toco cardiógrafo, revisé a esta última y procedí a realizar mis notas y fue en estos momentos aproximadamente 30 treinta minutos después que la señora Olga Lidia Bermejo me informó que si bebé no se movía, de inmediato fui a revisarla colocando nuevamente el toco cardiógrafo y encontré una frecuencia cardiaca fetal de 80/90 por lo que de inmediato se pasó a la señora al área de expulsión ya que el quirófano se encontraba ocupado buscando además el apoyo de un médico anestesiólogo y 2 dos enfermeras, procediendo a la intervención quirúrgica de la paciente y a las 00:28 horas nació el producto siendo una niña que presentaba flacidez y no respiró, se entregó al pediatra quien procedió a realizar técnicas de reanimación pero no hubo respuesta; la de la voz continué con la cirugía y pasé al esposo al área de módulo mater de lo ocurrido, incluso quiero mencionar que en razón de la urgencia no se le informó el momento en que se le iba a pasar a la señora Olga Lidia al quirófano; yo expliqué al señor XXXXXXX lo que había sucedido, que el bebé se había hecho popo y había poco líquido que llamamos meconio, el señor manifestó su inconformidad (...).”***

Luego, el dicho de la **Dra. Laura Gabriela Zavala Casas** y la enfermera **María Elena Díaz Torres**, confirman la dolencia, referente a que retiraron de la paciente hoy quejosa, el monitor que reflejaba la frecuencia fetal del producto de su embarazo, mismo que le fue vuelto a colocar por la insistencia de la afectada de no sentir el movimiento del bebé, recordemos que la enfermera de mérito citó: “a las 23:00 veintitrés horas la señora Olga Lidia volvió a decir que no sentía que se le moviera el bebé, yo estaba con la Doctora y ella escuchó esto”, y hasta entonces la Doctora **Laura Gabriela Zavala Casas**, concedió atención a la paciente, a pesar de haber

tomado su turno a las 20:00 horas, **retrasando tres horas la revisión y atención** de **XXXXXXX**, de quien sabía por dicho del médico anterior a su turno que la paciente se encontraba en *inducto conducción de trabajo de parto*.

Atención tardía, pues al efectuar la cesárea correspondiente obtuvieron el bebé ya con meconio, fallecido, evitando la previsión de la atención oportuna de quien se duele, al retrasar su revisión.

Desdeñando ambas profesionales de la salud, los factores de riesgo ya contenidos en el expediente, como lo fue, que la paciente de 43 años, contaba con un embarazo de 41 semanas de gestación, que su fecha probable de parto había fenecido, que presentaba dolores intensos y malestar generalizado, que desde su arribo al Hospital General de Pénjamo, en que le fue diagnosticado “oligohidraminos” de moderado a severo, (escases de líquido amniótico), que el Gineco-Obstetra **Roberto Madrigal Cendejas** había ordenado aplicación de oxitocina y que las notas de enfermería daban cuenta de aplicación de analgésicos y diversos medicamentos.

Y, pese a todo lo anterior, la **Dra. Laura Gabriela Zavala Casas** y la enfermera **María Elena Díaz Torres**, evaden la oportuna y estrecha vigilancia de la paciente al tenor de la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativas a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido**, que dicta la vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica:

“(...) 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. El control del trabajo de parto normal debe incluir: 5.4.2.1. La verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos (...)”.

“(...) 5.4 Atención del parto.- 5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos: (...) 5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta; 5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto; (...)”.

Ignorando además, lo establecido por la **Ley de Salud del Estado de Guanajuato: “(...) artículo 62.- La atención materno- infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: I.- La atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (...)”.**

Todo lo cual en definitiva confluía en el fallecimiento del producto del embarazo de **XXXXXXX**, como se advierte de la referencia establecida por el Médico Pediatra **Antonio Barajas Bravo** (foja 185), al referir su intervención recibiendo a la bebé de la afectada flácida a quien practicó maniobras de reanimación, obteniendo gran cantidad de meconio, sin respuesta, determinando su fallecimiento desde el vientre materno, explica, **derivado de la aspiración paulatina del líquido amniótico contaminado con meconio, derivado de la exposición del producto en el vientre materno a dicho líquido por un tiempo probablemente prolongado de horas**, pues declaró:

“(...) recibí al a menor sin frecuencia cardiaca, sin esfuerzo respiratorio, con flacidez generalizada y teñida de meconio que son las heces del producto que son expulsadas y se mezclan con el líquido amniótico.

Procedí a realizar maniobras avanzadas de reanimación aspiración directa de tráquea obteniendo meconio en gran cantidad, se introdujo un tubo endotraqueal como señalo en la nota de interconsulta, se realizó presión positiva con bolsa (PPI) y masaje cardiaco sin obtener respuesta de frecuencia cardiaca ni esfuerzo respiratorio; apliqué 2 dos dosis de adrenalina a fin de estimular el corazón y buscar una respuesta pero no fue así, continuó con el masaje y la presión positiva endotraqueal durante 20 veinte minutos sin obtener frecuencia cardiaca ni esfuerzo respiratorio tal como se asentó en la nota de interconsulta que ratifico.

(...) en cuanto a la presencia de gran cantidad de meconio que refiere obtuvo durante la aspiración directa de tráquea corresponde a un tiempo probablemente prolongado de exposición del producto en el vientre materno a dicho líquido; y si la obtención de resultados positivos de las maniobras de reanimación dependen del tiempo transcurrido entre la aspiración y la posibilidad de la aplicación de las maniobras.

(...) La disminución de la frecuencia cardiaca fetal in útero sí puede dar lugar a la expulsión de meconio que son las heces del producto que expulsa hacia el líquido amniótico contaminándolo in útero lo cual es un dato de sufrimiento fetal y por consecuencia de alarma que hace necesaria la valoración de la paciente para determinar si el producto será obtenido vía cesárea.

(...) En el caso particular el bebé de sexo femenino se encontraba completamente teñida de meconio con flacidez generalizada y por la cantidad de líquido amniótico contaminado de meconio que se obtuvo vía traqueal nos permite suponer que el producto estuvo in útero un tiempo prolongado expuesta a la aspiración de dicho líquido por lo que no presentó la mínima respuesta a la terapia de reanimación.

También quiero señalar que la bebé no presentaba frecuencia cardiaca ni esfuerzo respiratorio, esto es ningún dato de vida, pues se encontraba completamente ausente incluso el pulso por lo que había nulas posibilidades de respuesta y aun así fueron realizadas las maniobras aún y cuando estábamos en presencia de un óbito (producto que muere en el vientre materno que no presenta ya frecuencia cardiaca).

*En cuanto a la pregunta que me formulan en este momento sobre el tiempo que debió mediar para que un producto que en el vientre materno mantuvo una frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto que se considera normal, disminuyera hasta llegar a la ausencia total de frecuencia cardiaca, considero que **debieron transcurrir horas** sin poder precisar cuántas, ya que el descenso es paulatino y no hay una desaparición de un momento a otro en el caso de los bebés tanto in útero como al nacimiento. (...).”*

Lo que se relaciona con el dictamen pericial médico SPMB 4587/2013, allegado en la carpeta de investigación 6406/2013 del índice de la Agencia del Ministerio Público II de Pénjamo, Guanajuato (foja 266 a 310), en el que la Doctora Xóchitl Reyna Trujillo, en cuanto al examen de los hechos, determinó que **Si existió una falta de observación y cuidado en la atención medica brindada a XXXXXXXX, durante el día 05 y 06 de abril del 2013.**

Pues dictó (foja 310):

“(...) 1.- La Dra. Laura Gabriela Zavala Casas tuvo inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativas a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en los puntos 5.4.1.1, 5.4.1.4, 5.4.2.1.

Las faltas de observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, consistieron en no haber realizado partograma, el cual permite la vigilancia adecuada del trabajo de parto, no realizó verificación y registro del latido cardíaco y la contractibilidad uterina cada 30 minutos, además de realizar inducto conducción del trabajo de parto sin vigilancia, agregando a esto que se trataba de un embarazo de alto riesgo considerando que XXXXXXXX cumple con los criterios de mujer mayor de 40 años, múltipara, con embarazo de 41 semanas de gestación y oligohidramnios de moderado a severo.

3.- El resultado de patología concluye que los órganos analizados no presentaron malformaciones, el óbito presento isquemia secundarias al aporte inadecuado de oxígeno en los mismos, pero no se encontró meconio en trama bronquial.

4.- Se llevó a cabo un parto prolongado sin vigilancia de los signos vitales fetales, hasta que se detectó bradicardia del producto, motivo por el cual se realizó la cesárea de urgencia. Los signos clínicos que ofrece el sufrimiento fetal es la presencia de meconio en el líquido amniótico, junto con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y la acidosis fetal.

5.- La causa del fallecimiento del óbito fetal fue sufrimiento fetal agudo, el cual pudo haberse detectado a tiempo, con una adecuada atención médica durante el trabajo de parto (...)”
(resaltado original).

De tal forma, se colige que la actuación de **Dra. Laura Gabriela Zavala Casas** y la enfermera **María Elena Díaz Torres**, fue evasiva a la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993**, dejando correr el tiempo, sin proporcionar la vigilancia y atención médica a la paciente **XXXXXXX**, a pesar de los factores de riesgo contenidos en el expediente y de la insistencia de la quejosa de no sentir los movimientos del bebé, lo que confluó en la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, y, que derivó en el fallecimiento del producto de su embarazo, por aspiración de meconio en el líquido amniótico, derivado de la no interrupción del embarazo diagnosticado desde las 15:00 horas del día 5 de abril del 2013, por parte de la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, lo que determina el actual juicio de reproche en contra de las profesionales de la salud **Dra. Laura Gabriela Zavala Casas** y la enfermera **María Elena Díaz Torres**.

Reparación del Daño

De tal guisa, tenemos que la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, el Médico General **Roberto Madrigal Cendejas**, la Ginecóloga **Laura Gabriela Zavala Casas** y la enfermera **María Elena Díaz Torres**, confluieron en su omisa actuación de atención médica de la paciente **XXXXXXX**, evitando una estrecha vigilancia, en la labor de parto, y a pesar de haber arribado al Hospital General de Pénjamo, desde las 09:15 horas del día 5 de abril del 2013, no fue sino hasta los primeros minutos del día 6 de abril de la misma anualidad que se interrumpió el embarazo, diagnosticado desde las 15:00 horas del día anterior, con el resultado del fallecimiento del producto de su embarazo, por sufrimiento fetal agudo, al haber sido expuesto por varias horas, a la aspiración de líquido amniótico con meconio, lo que permite pronunciarse respecto de la reparación del daño a favor de **XXXXXXX y su esposo XXXXXXXX**.

Al efecto se considera 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)”.

Bajo este contexto, tenemos que la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, de los profesionales de la salud de mérito, lesionó el derecho a la vida y a la salud, en agravio de la paciente **XXXXXXX** y el producto de su embarazo, pues quedó establecida la serie de omisiones de parte de tales profesionales de la salud, desatendiendo la normativa que sobre la práctica médica para los casos como el que nos ha ocupado, se requería, normativa de ámbito federal y estatal, específico atiéndose la **Ley General de Salud**:

Artículo 61 Bis.- *Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.*

Artículo 62.- *En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.*

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 (...)”.

Con independencia de que la vida y la salud son derechos absolutos, a los que no cabe limitar como otros derechos, puesto que cuando hay vida la hay, y cuando se pierde nada puede restituirla; 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-, 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 y atender principalmente a lo siguiente:

El **daño material** que consiste en el lucro cesante y el daño emergente. El primero relativo a las ganancias lícitas dejadas de percibir (pérdida de ingresos) a raíz de la violación y, el segundo, respecto de los gastos incurridos con motivo de ésta.

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 del daño material, deberá incluirse en la reparación el **daño inmaterial** que, de acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos al resolver el Caso **Villagrán Morales y Otros vs. Guatemala**, incluye:

“[...] tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y otras perturbaciones que no son susceptibles de medición pecuniaria. Es una característica común a las distintas expresiones del daño moral el que, no siendo posible asignárseles un preciso equivalente monetario, solo puedan, para los fines de la reparación integral a las víctimas, ser objeto de compensación, y ello de dos maneras. En primer lugar, mediante el pago de una suma de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables en dinero, que el Tribunal determine en

aplicación razonable del arbitrio judicial y en términos de equidad. Y en segundo lugar, mediante la realización de actos u obras de alcance o repercusión públicos, que tengan efectos como la recuperación de la memoria de las víctimas, el restablecimiento de su dignidad, la consolación de sus deudos o la transmisión de un mensaje de reprobación oficial a las violaciones de los derechos humanos de que se trata y de compromiso con los esfuerzos tendientes a que no vuelvan a ocurrir.

De igual manera, en este caso se debe tomar en cuenta el **proyecto de vida** de las personas agraviadas. Tal concepto ha sido desarrollado, entre otros, por la Corte Interamericana la cual en el Caso Loayza Tamaya vs. Perú, estableció lo siguiente:

“148. El “proyecto de vida” se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. [...]”

“149. En el caso que se examina, no se trata de un resultado seguro, que haya de presentarse necesariamente, sino de una situación probable –no meramente posible-- dentro del natural y previsible desenvolvimiento del sujeto, que resulta interrumpido y contrariado por hechos violatorios de sus derechos humanos. Esos hechos cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito.”

Además de la indemnización que se origina de los daños material e inmaterial, deberán tomarse en consideración otras medidas de satisfacción y garantías de no repetición de las violaciones a los derechos humanos.

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

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

Sirva así de fundamento:

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

*“La **indemnización** ha de concederse, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de*

violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario, tales como los siguientes: a) El daño físico o mental; b) La pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; c) Los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; d) Los perjuicios morales; e) Los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos y servicios psicológicos y sociales”.-

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

De esta guisa, 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-, 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 **XXXXXXX**, 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.*

De esta guisa la ley reglamentaria de la materia, la Ley General de Víctimas, en su artículo 1 uno tercer y cuarto párrafo indica: *La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral. (...) La reparación integral comprende las medidas de restitución,*

rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante”.

El derecho a la reparación del daño resulta entonces como un derecho fundamental de las víctimas de violaciones de derechos humanos, tal y como lo reconocen las siguientes fracciones del artículo 7 de la citada Ley: *I. A una investigación pronta y eficaz que lleve, en su caso, a la identificación y enjuiciamiento de los responsables de violaciones al Derecho Internacional de los derechos humanos, y a su reparación integral (...) II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron (...) III. A conocer la verdad de lo ocurrido acerca de los hechos en que le fueron violados sus derechos humanos para lo cual la autoridad deberá informar los resultados de las investigaciones (...) VII. A la verdad, a la justicia y a la reparación integral a través de recursos y procedimientos accesibles, apropiados, suficientes, rápidos y eficaces (...) XXIII. A recibir tratamiento especializado que le permita su rehabilitación física y psicológica con la finalidad de lograr su reintegración a la sociedad (...) XXIV. A una investigación pronta y efectiva que lleve a la identificación, captura, procesamiento y sanción de manera adecuada de todos los responsables del daño, al esclarecimiento de los hechos y a la reparación del daño...”*

De manera más amplia el numeral 26 veintiséis de la Ley General de Víctimas señala: *Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.*

En materia de compensación pecuniaria el artículo 64 sesenta y cuatro del multicitado cuerpo normativo refiere: *La compensación se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la comisión de los delitos a los que se refiere el artículo 68 de este ordenamiento o de la violación de derechos humanos, incluyendo el error judicial, de conformidad con lo que establece esta Ley y su Reglamento. Estos perjuicios, sufrimientos y pérdidas incluirán, entre otros y como mínimo: I. La reparación del daño sufrido en la integridad física de la víctima; II. La reparación del daño moral sufrido por la víctima o las personas con derecho a la reparación integral, entendiendo por éste, aquellos efectos nocivos de los hechos del caso que no tienen carácter económico o patrimonial y no pueden ser tasados en términos monetarios. El daño moral comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas e indirectas, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y toda perturbación que no sea susceptible de medición pecuniaria; III. El resarcimiento de los perjuicios ocasionados o lucro cesante, incluyendo el pago de los salarios o percepciones correspondientes, cuando por lesiones se cause incapacidad para trabajar en oficio, arte o profesión; IV. La pérdida de oportunidades, en particular las de educación y prestaciones sociales (...) VII. El pago de los tratamientos médicos o terapéuticos que, como consecuencia del delito o de la violación a los derechos humanos, sean necesarios para la recuperación de la salud psíquica y física de la víctima, y VIII. Los gastos comprobables de transporte, alojamiento, comunicación o alimentación que le ocasione trasladarse al lugar del juicio o para asistir a su tratamiento, si la víctima reside en municipio o delegación distintos al del enjuiciamiento o donde recibe la atención”.*

Mención Especial

Del Expediente Clínico

De las evidencias anteriormente expuestas, se advierte la carencia de constancias médicas dentro del expediente clínico de la paciente **XXXXXXX**, en seguimiento de la labor de parto que cursó del día 5 al 6 de abril del año 2013, conflujo en la deficiente atención médica, ya que se desdeñaron por parte de los profesionales de la salud en contacto con la quejosa, el riesgo de ella y el producto de su embarazo, a pesar de las señales de alarma que se presentaron en el caso, como lo era que la paciente de 43 años, contaba con un embarazo de 41 semanas de gestación, que su fecha probable de parto había fenecido, que presentaba dolores intensos y malestar generalizado, que desde su arribo al Hospital General de Pénjamo, le fue diagnosticado “oligohidraminos” de moderado a severo, (escases de líquido amniótico), evitando una atención médica eficaz que contribuyera en la salud de la paciente y el producto de su embarazo, según lo previene la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativas a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido**, cuando alude (introducción), a que *la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo de forma rutinaria aumentan los riesgos*; lo que en la especie no se acogió.

A más, no se cubren las exigencias establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, en el punto 4.4 **Expediente Clínico**. *Al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social, o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagen lógicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.*

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

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

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

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

6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad. Deberá contar con: **6.1 Historia Clínica.** *Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:*

6.1.1 Interrogatorio.- *Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco,*

del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: *habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específica mente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo nutriólogo y otros profesionales de la salud.*

6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de otras sustancias psicoactivas;

6.2 Nota de Evolución.

6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario. 6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; 6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos; 6.2.5 Pronóstico; 6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad. 6.3 Nota de Interconsulta. La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con: **6.3.1 Criterios diagnósticos; 6.3.2 Plan de estudios; 6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento.**

7. De las notas médicas en urgencias.

7.1 Inicial. Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente: **7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio; 7.1.2 Signos vitales; 7.1.3 Motivo de la atención; 7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; 7.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; 7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos; 7.1.7 Tratamiento y pronóstico. 7.2 Nota de evolución.** Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

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

ACUERDOS DE RECOMENDACIÓN

PRIMERO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado, emite **Acuerdo de Recomendación al Secretario de Salud del Estado, Doctor Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya a quien corresponda, inicie o en su caso concluya, procedimiento disciplinario a los profesionales de la salud: la Ginecóloga **Sandra Guerrero Tovar**, la enfermera **Fátima Carrasco Alcántar**, el Médico General **Roberto Madrigal Cendejas**, la Ginecóloga **Laura Gabriela Zavala Casas** y la enfermera **María Elena Díaz Torres**, adscritos al **Hospital General de Pénjamo, Guanajuato**, lo anterior derivado de la imputación efectuada por **XXXXXXX y XXXXXX** misma que hicieron consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, cometida en su agravio y su hija, lo anterior de conformidad con los argumentos expuestos en el caso concreto de la presente resolución.

SEGUNDO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que adopte las medidas legales y administrativas necesarias, con el propósito de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la Salud, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, verificando que el **Hospital General de Pénjamo, Guanajuato**, se encuentre dotado permanentemente del personal suficiente y capacitado, así como de la infraestructura y equipamiento que brinde una atención médica de calidad y calidez a sus pacientes.

TERCERO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos, emite Recomendación al **Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que gire instrucciones a quien corresponda y se indemnice pecuniariamente como forma de Reparación del Daño a **XXXXXXX y XXXXXX**, por la violación a sus derechos humanos a causa de los actos atribuidos al personal médico del **Hospital General de Pénjamo, Guanajuato**.

CUARTO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos, emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se instruya a quien corresponda, a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requieran **XXXXXXX y XXXXXX** y los familiares más directos que lo necesiten respecto de las afectaciones físicas y emocionales que haya sufrido a consecuencia de los hechos que nos ocuparon, siempre y cuando ellos así todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento, todo lo cual deberá incluir los exámenes, tratamientos y medicamentos que en cada caso se requieran, hasta el momento en que sean dados de alta por personal médico especializado.

QUINTO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, a efecto de realizar las acciones conducentes para que el personal adscrito al **Hospital General de Pénjamo, 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 a informar a este Organismo si acepta las presentes Recomendaciones en el término de 5 cinco días hábiles posteriores a su notificación y, en su caso, dentro de los 15 quince días naturales posteriores aportará las pruebas que acrediten su cumplimiento.

ACUERDO DE NO RECOMENDACION

ÚNICO.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado, emite **Acuerdo de No Recomendación** al **Secretario de Salud del Estado**, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, por la conducta del Doctor **Ramón Navarrete Hernández**, adscrito al **Hospital General de Pénjamo, Guanajuato**, en cuanto a los hechos imputados por **XXXXXXX y XXXXXX**, que se hicieron consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, de acuerdo a los argumentos expuestos en el caso concreto de la presente resolución.

Notifíquese a las partes y, téngase como asunto totalmente concluido.

Así lo resolvió y firmó el **Licenciado GUSTAVO RODRÍGUEZ JUNQUERA**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.