

RECOMENDACIONES

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

VISTO para resolver el expediente número **52/18-B**, relativo a la queja interpuesta por **XXXXX**, respecto de actos cometidos en su agravio, mismos que considera violatorios a sus Derechos Humanos y que atribuye al **PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE IRAPUATO, GUANAJUATO**.

SUMARIO

La presente investigación atiende al señalamiento de XXXXX, en contra del personal médico del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, al considerar que por su atención deficiente y tardía perdió la vida su hijo recién nacido.

CASO CONCRETO

- **Violación del Derecho a la Protección de la Salud.**

La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En el párrafo primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: "...la salud es un derecho 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".

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, y su protección, se encuentra el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como la exigencia de ser apropiados médica y científicamente.

Al formular su inconformidad, la parte lesa atribuyó el fallecimiento de su recién nacido derivado de la deficiente atención médica que se le brindó en el momento del parto, por parte de los médicos adscritos al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato.

Es decir, narró que al encontrarse con un embarazo de término, acudió al servicio de urgencias del Hospital de mérito, aproximadamente a las 02:00 dos horas del día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, toda vez que presentaba un ligero sangrado, contracciones, además de que se *le había roto la fuente* y señaló que posterior a que el médico de urgencias le realizó un ultrasonido y escuchó los latidos del corazón de su bebé, le indicó que requería quedarse internada, *que todo estaba bien* y presentaba 8 ocho centímetros de dilatación.

Asimismo, mencionó que fue trasladada a una pre-sala, donde le colocaron suero y bata limpia ya que sangraba mucho y precisó que la condujeron a sala de partos, donde transcurrió media hora hasta que una doctora le realizó tacto vaginal solicitando que pujara, indicación que acató mientras la doctora revisaba entre 8 ocho y 10 diez pacientes; también adujo haberle comentado a la doctora que la atendía que el médico particular que la valoró durante su embarazo, le indicó que su parto debía ser por cesárea, ante lo cual, la doctora le indicó que siguiera pujando.

De igual forma, agregó que pasó toda la madrugada en la sala de pre-parto, hasta que a las 8:00 ocho horas del mismo día, se presentó un doctor quien al hacerle tacto vaginal solicitó de inmediato a una enfermera un monitor para escuchar su corazón, para posteriormente dar la orden de que la pasaran al quirófano, diciéndole a la enfermera que *ya está obstruido*; a su vez, refirió que fue trasladada al quirófano donde una doctora atendió su cirugía momento en el que nació su bebé.

Por último, precisó que al terminar la cirugía de cesárea un pediatra le indicó que su bebé no lloró y que tenía asfixia y que esta circunstancia era grave y refirió que fue trasladado a terapia intensiva y que finalmente en la tarde del día 17 diecisiete de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, su hijo recién falleció por asfixia severa perinatal.

El fallecimiento del hijo de la quejosa, obra en las constancias que integran la carpeta de investigación XXX/2018, en el cual obra el acta de defunción XXX de fecha 18 dieciocho de diciembre de 2017 dos mil diecisiete (foja 227) en el que se apuntó como causa de muerte *encefalopatía hipóxico-isquémica 4 días, asfixia perinatal 4 días*.

De frente a la imputación, la Directora del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, doctora Virginia Álvarez Jiménez, confirmó que la paciente XXXXX ingresó a las 03:00 tres horas del día 13 trece de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, con diagnóstico de embarazo de 36.8 semanas de gestación, en trabajo de parto y parto pretérmino. Indicó que de acuerdo al partograma tuvo 6 seis revisiones con frecuencia cardiaca fetal sin variaciones y evolución de dilatación progresiva y que la quejosa tuvo poca cooperación pues se negaba a pujar, ya que se ponía de lado y apretaba las piernas, además de quitarle la mano a la ginecóloga que le realizó tacto vaginal.

Así también, aludió que a las 07:00 siete horas tras la valoración del ginecólogo del turno matutino, encontró a la paciente con dilatación y borramiento completos, membranas rotas, ante lo cual consideró un periodo expulsivo en breve, no obstante, la paciente no evolucionó favorablemente detectándose además meconio, por lo que decidió a las 8:28 horas ocho horas con veintiocho minutos interrupción del embarazo abdominal, obteniendo producto único vivo de sexo masculino sin tono muscular, con meconio y presentando asfixia perinatal severa, evoluciona hacia el deterioro progresivo resultando finalmente su fallecimiento el día 17 diecisiete de diciembre de 2017 dos mil diecisiete.

También la autoridad en cita, informó que el personal que intervino en la atención médica de la quejosa fueron identificados como Carlos Humberto Reyna Romero Varga, médico de Urgencias, así como los médicos especialistas en ginecología, María Esther Campos Lira, Sergio Vinicio Sandoval Anguiano y Yuri Estrada Montufar, precisó que la última de las mencionadas ya no es parte de la planilla del personal adscrito al Hospital Materno Infantil de Irapuato.

De conformidad con la narración de XXXXX, así como con el informe rendido por la doctora Virginia Álvarez Jiménez, Directora del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, se tienen como hechos probados y no controvertidos los siguientes:

Que efectivamente, la quejosa XXXXX, acudió el día 13 trece de diciembre de 2017 dos mil diecisiete a las 03:00 tres horas, al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, encontrándose embarazada, quien tras ser atendida en el área de urgencias se le indicó que se encontraba en trabajo de parto por lo que se determinó su ingreso, además se confirmó que fue atendida por una ginecóloga desde su ingreso hasta las 07:00 siete de la mañana de ese mismo día, y que posteriormente fue atendida por un ginecólogo, quien tras revisarla ordenó la interrupción del embarazo por cirugía de cesárea, además se corroboró que tras la cirugía se obtuvo a un recién nacido con meconio y asfixia perinatal severa, el cual falleció el 17 diecisiete de diciembre de 2017 dos mil diecisiete.

Este organismo recabó al caso, una serie de declaraciones del personal médico y de enfermería quienes atendieran a la aquí quejosa el día 13 trece de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, los primeros de los mencionados en lo esencial, describieron su participación en los hechos dijeron que su actuación fue apegada a los estándares aplicables.

En secuencia de la atención a la doliente dentro del Hospital Materno Infantil de Irapuato, se tiene que la enfermera general Sandy Bell Lara Martínez, indicó haberse encontrado asignada en el área de urgencias y quien se encargó de recabar los signos vitales a la quejosa el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete y pasarla con el médico que la canalizó al área de labor, pues citó:

“... el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, yo me encontraba asignada al área de urgencias y el único contacto que tuve con la ahora quejosa, solo fue tomarle sus signos vitales y pasarla con el médico que la valoro y que este a su vez la ingreso a la sala de labor, siendo todo lo que tuve conocimiento de los hechos que se investigan...”

Por su parte, el médico general Carlos Humberto Reyna Romero Vargas, refirió haber recibido a la paciente, hoy quejosa, el día 13 trece de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, en el área de urgencias, quien presentaba 8 centímetros de dilatación, membranas rotas, abundante líquido transvaginal claro y sangrado moderado con signos vitales normales; en cuanto al bebé, señaló que los signos vitales se encontraban normales y refirió que determinó conveniente que se quedara internada, canalizándola al área de ginecología y obstetricia para su atención, pues declaró:

“...el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, estando yo de turno de guardia en el área de urgencias, llegó la ahora quejosa acompañada de quien dijo ser su esposo, por lo que de inmediato la atendí, llegando con una fascia de dolor y contracciones, por lo que procedí con la autorización de la paciente a revisar siendo que reviso el área de la vagina percatándome que traía 08 ocho centímetros de dilatación, además de tener las membranas corioplóticas rotas, además de un abundante líquido transvaginal claro, así como un sangrado moderado, los signos vitales del bebé se encontraban normales, así como los de la paciente, por lo que le explique al esposo y a la ahora quejosa les expliqué que después de la valoración era necesario que se quedara internada, para que quedara a cargo del área de ginecología y obstetricia para que la resolución final estuviera a cargo de esta área, les di los formatos de consentimiento para poder internar a la paciente...la canalice al área de ginecología y obstetricia...”

En tanto que la ginecóloga Ma. Esther Campos Lira, admitió haber sido ella quien atendió a la quejosa en la madrugada del 13 trece de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, pues se encontraba en el área de labor, colocándole el monitor de frecuencia cardíaca al bebé, revisando el partograma y encontrándola con 7 siete centímetros de dilatación sin que existiera un sangrado abundante; asimismo, agregó que la paciente no cooperaba pues quería que su bebé naciera por cesárea y que en un momento se negó a ser tocada y refirió que la monitoreó constantemente y a pesar de su negativa, continuó vigilando a la paciente.

También señaló que su evolución surgió de manera normal hasta que culminó su turno a las 07:00 siete horas que llegó a 10 diez centímetros de dilatación con frecuencia cardíaca normal del bebé, ante lo cual solo se esperaba el descenso del mismo y además negó haber concedido mal trato a la quejosa, pues declaró:

“...el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, siendo aproximadamente las 3:50 tres de la madrugada con cincuenta minutos tengo contacto con paciente del sexo femenino en el área de labor, ahora quejosa, quien al revisarla presentaba un trabajo de parto con actividad uterina (contracciones) por lo que se procede a colocar monitor de la frecuencia cardíaca del bebé...revisé su partograma... yo al revisarla la encontré con 07 siete centímetros de dilatación, ochenta por ciento de borramiento, con frecuencia cardíaca fetal de 140 ciento cuarenta latidos por minuto, la cual es normal, los signos vitales maternos normales, quiero referir que no había sangrado abundante como lo refiere la hoy quejosa, solo había el normal de moco y sangre, le solicité a la paciente que cooperara con respiraciones ya que no cooperaba la paciente...traté de revisarla en varias ocasiones con la finalidad de ver su evolución de parto y ella se negaba diciendo “yo quiero cesárea” a lo que yo le explique que tenía todas las condiciones en ese momento para un parto, que le ayudáramos a su bebé, ya que era un embarazo de término, con una pelvis amplia y el tamaño del bebé adecuado para su pelvis, por lo que no se dejaba tocar reiterando que ella era de cesárea, no obstante lo anterior se siguió vigilando a la paciente...por lo que en el transcurso de la guardia siguió su evolución de una manera normal, ya que llevaba un adecuado avance de dilatación llegando hasta las 7:00 siete de la mañana con 10 diez centímetros de dilatación, y con la frecuencia cardíaca del bebé normal, por lo que al entregar el turno solo estaba en espera del descenso del producto para el nacimiento del bebé...jamás le di malos tratos ya que si bien es cierto que hay muchas pacientes siempre se le dio la atención médica y calidez humana, e incluso la de la voz cuento con un curso de “Doula” que es el acompañamiento en la guardia del parto...”

En referencia a lo anterior, la enfermera Guadalupe Marcelina Núñez Bravo, aludió haberse encontrado en el área de labor de parto, con bastante carga de pacientes atendidas por la doctora Campos Lira, de quien dijo no haber visto mal trato hacia la quejosa y refirió que su guardia culminó a las 7:30 siete horas con treinta minutos, asentando en la nota de enfermería que la paciente tenía 10 diez centímetros de dilatación y que tras revisar la frecuencia cardíaca del bebé se percató que se encontraba dentro del rango normal, pues señaló:

“...el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, yo me encontraba asignada al área de “tología” o de labor de parto, pero como siempre hay muchos pacientes recordando que esa guardia estuvo muy cargada de pacientes, no recuerdo quien estaba auxiliando como médico ginecólogos a la doctora “Campos Lira”, ya que siempre por lo regular hay tres médicos de turno uno prevalece en urgencias y dos en el área de tología, además de que en la citada área siempre nos encontramos tres enfermeras...la quejosa no se quería dejar revisar, por lo que nunca vi un mal trato por parte de la citada médico, además de que inclusive yo al cerrar turno...recuerdo que la frecuencia cardíaca del bebe era de rango normal de 150 ciento cincuenta que es una frecuencia normal...asenté en la nota de enfermería que la paciente tenía 10 diez centímetros de dilatación, lo anterior constatado por la doctora “Campos Lira” ya que antes de entregar el turno la revisó...”

Así también, la enfermera Brenda Fabiola Alanís Espinosa, indicó haberse ubicado el día 13 trece de diciembre de 2017 dos mil diecisiete en el área de tología, señalando que por la carga de trabajo, no recuerda la atención a la quejosa, pero aclaró que cada paciente cuenta con tocógrafo, por el que se monitorea la frecuencia cardíaca del producto, pues mencionó:

“Estoy presente con la finalidad de rendir mi testimonio en relación con los hechos que se investigan, y efectivamente el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, yo me encontraba asignada al área de “tología”, pero de los hechos que manifiesta la quejosa, no puedo pronunciarme sobre los mismos, ya que en esa área es de mucho trabajo y es imposible recordar la atención que se le brindó a la ahora quejosa... quiero agregar que independientemente de que no recuerdo los hechos que narra la quejosa, a todas las pacientes se les está brindando atención médica, ya que cada una de ellas cuenta con un monitor conocido como “tocografo”, donde se puede estar monitoreando la frecuencia cardíaca del producto...”

Por otra parte, la enfermera Norma Alicia Lozano Morales indicó que recibió el turno de su compañera Guadalupe Marcelina Núñez Bravo, quien le dijo que la quejosa ya estaba completa, esto es, que ya contaba con dilatación completa para tener a su bebé y refirió que al lugar acudió el doctor Sergio Vinicio Sandoval Anguiano, quien tras revisarla dio la indicación de pasarla al quirófano, al manifestar que la paciente tenía una hora completa de dilatación y braquicardia fetal, ante lo cual entregó a la quejosa para que la preparara para quirófano, al declarar:

“...el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, la de la voz me encontraba en el área de tología, que es el área donde los médicos tienen en observación a las pacientes, por lo que yo ingrese a mi turno el citado día a las 07:00 siete horas, donde mi compañera “Marcelina Núñez”, al entregarme el turno y con las hojas de enfermería me comentó que la ahora quejosa ya se encontraba completa, es decir que ya tenía completa la dilatación para tener a su bebé...llegó el médico de turno el doctor “Sandoval”, quien al revisar a la paciente dio la indicación de prepararla para quirófano, recuerdo que él dijo el citado médico que porque ya tenía una hora completa de dilatación y tenía bradicardia fetal, por lo que la de voz la llevé al área de quirófano donde la entregué a las compañeras de la citada área...”

En iguales términos, la enfermera Ileana del Carmen Flores Contreras, indicó que la enfermera que entregó el turno, a las 7:00 de la mañana, le señaló que la paciente se encontraba completa, esto es, lista para parir, y el doctor Vinicio Sandoval que la revisó dijo que la preparan para quirófano, lo que ella realizó, colocándola el gorro para cubrir el cabello, depiló área vaginal; de igual forma, agregó que el médico que determinó pasarla al quirófano y refirió que se le tenía que practicar la cesárea *por falla en el descenso*, pues citó:

“...la de la voz el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, ingresé en el turno matutino a las 7:00 siete de la mañana, al momento de recibir el turno entre una de las pacientes se encontraba la ahora quejosa, no recuerdo el nombre de la compañera que me entregó el turno...nos la entregan al turno completa, es decir ya lista para parir, por lo que recuerdo que el doctor “Vinicio Sandoval”, quien también estaba recibiendo turno me dijo “prepárenla para quirófano”, por lo que la de la voz procedí a ponerle un gorro para cubrir su cabello, procedí a depilarle su área vaginal, cambiar la solución, es decir el suero, y se pasa al área de quirófano para que se le practique la cesárea, respecto de la decisión del médico para pasarla a quirófano, recuerdo que refirió que se tenía que practicar cesárea “por falla en el descenso del parto”...”

Por otro lado, el doctor Sergio Vinicio Sandoval Anguiano, indicó haber encontrado a la quejosa, a las 07:10 siete horas con diez minutos, poco cooperadora con dilatación completa, borramientos completos, huella de materia fecal, por lo que la invitó a pujar y siguió checando pacientes, también aludió que a las 8:20 ocho horas con veinte minutos volvió a revisar a la paciente, a quien encontró cansada, sin presentar cambios en la *estación*, momento en el que decidió interrumpir el embarazo por vía cesárea por falla de descenso del producto, al referir:

“...el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, me tocó entrar de turno... al revisar a la ahora quejosa la encontré como una paciente gestante, la cual se encontraba quejumbrosa...al explorarla encontré una paciente primigesta en trabajo de parto, con actividad uterina regular, frecuencia fetal de 157 latidos por minuto, la vulva con moco y huellas de materia fecal, el cérvix con dilatación y borramientos completos, por lo que su dilatación era completa, dicha revisión la realice como a las 7:10 siete diez de la mañana del citado día, por lo que le invité a que pujara para que fuera evolucionando su parto, ya que se encontraba dilatación y borramientos completos del cuello de la matriz y el producto en estación más uno, por lo que procedí a seguir valorando a las demás pacientes...”
“...a las 8:28 ocho veintiocho de la mañana y al volverla a valorar encontré que seguía con una adecuada actividad uterina, latido cardíaco fetal de 128 ciento veintiocho por minuto, la paciente seguía sin cooperar con el pujido de “prensa abdominal”, la paciente se encontraba cansada por lo tanto no cooperaba sin presentar cambios en la estación, seguía en la estación más uno, por lo tanto se indicó la interrupción del embarazo por vía cesárea por falla en el descenso del producto...”

La enfermera Ana María Garza Rojas, refirió su apoyo durante la cesárea de urgencia que se efectuó a la quejosa, a quien realizó entrevista sobre antecedentes obstétricos, quirúrgicos y otros, encontrándose la paciente consiente y con salida de meconio por vagina con embarazo de término con falla en el descenso y refirió que su intervención consistió en apoyar al anestesiólogo tipo bloqueo, realizando asepsia abdominopélvico-genital y colocación de sonda Foley número 16, recibiendo al bebé sin esfuerzo respiratorio y sin tono muscular. Al respecto, precisó que la paciente en su alumbramiento presentó mucho meconio, pues dijo:

“... el día 13 trece de diciembre del 2017 dos mil diecisiete estaba en mis labores habituales, cuando a las 8:35 o 8:40 horas aproximadamente, del área de labor avisan que tiene una cesárea de urgencia... fue realizar entrevista pre-quirúrgica de la paciente, que es la ahora quejosa... La entrevista consiste en preguntar sus antecedentes obstétricos, quirúrgicos, patológicos, revisión general y revisión psicológica (verifico que estén orientadas en tiempo y espacio, y no inconscientes o como llamamos “chocadas”), y la paciente si estaba consiente, con dolor tipo obstétrico con salida de meconio por vagina, con diagnóstico de embarazo de término y falla en el descenso, que verifique de la solicitud de cirugía de parte del área de labor, que debe ser firmado por el médico responsable de la paciente...apoyé al anestesiólogo para colocación de anestesia tipo bloqueo a la referida paciente y yo apoyé para que los procedimientos de asepsia en la paciente se llevaran a cabo, apoye en ello, esto es, se hizo un lavado mecánico de abdominopélvico-genital y colocación de sonda Foley número 16...Según mi nota de enfermería, la cirugía inicio 8:57 horas y a las 9:00 horas se obtuvo un producto único hombre sin esfuerzo respiratorio, sin tono muscular ni frecuencia cardíaca, por lo que el pediatra realizó una reanimación neonatal, y el bebé fue intubado. La señora enseguida, tuvo un alumbramiento de placenta completa, con presencia de mucho meconio...”

En tanto la doctora Rocío Téllez Solórzano, confirmó su participación en apoyo al área de pediatría, al doctor Enrique López, recibiendo al recién nacido de la quejosa, el cual presentó datos de asfisia perinatal, canalizando al área de cuidados críticos, pues refirió:

“...el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, se me indicó que ingresará a apoyar al área de pediatría en las áreas de labor y quirófano, donde la de la voz apoye al médico Enrique López Jara, por lo que una vez que nació el recién nacido de la ahora quejosa, la de la voz lo recibí no encontrando frecuencia cardíaca, ni esfuerzo respiratorio, por lo que se inician maniobras de reanimación avanzada por parte de la voz y del citado pediatra líneas arriba, se estabiliza al recién nacido y se pasa al área de cuidados críticos, dentro de mi experiencia y al estar presente en la cesárea, el recién nacido presentaba datos de asfisia perinatal...”

En consonancia, el pediatra Enrique Jesús López Jara Zarate, relató su presencia en la cesárea practicada a la quejosa, el 13 trece de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, y aludió que al momento del nacimiento, el recién nacido careció de frecuencia cardíaca y presentó líquido amniótico con características meconiales, ante lo cual de inmediato realizó una laringoscopia con apoyo de la doctora Rocío Téllez Solórzano, a efecto de verificar ausencia de meconio, para posteriormente realizar reanimación, comprensiones con ventilación, logrando que el

corazón latiera momento en el que se intubó al paciente, colocándolo en cuna radiante con catéteres para medicamentos, apreciándole en otras dos ocasiones con dependencia al ventilador para respirar, pues señaló:

“...el día 13 trece de diciembre del año próximo pasado, estuve presente en la cesárea que se le practicó a la ahora quejosa, por lo que al momento del nacer su bebe, presentaba ausencia de frecuencia respiratoria y de frecuencia cardiaca, además presentaba líquido amniótico con características meconiales, por lo que de inmediato conforme al Manual de Reanimación, procedimos la doctora Rocío Solórzano Téllez y el de la voz, a realizar laringoscopia, introduciéndola una cánula para ver si tiene meconio, el cual no tenía, posteriormente se realiza la reanimación...al no responder el paciente se procede a comprensiones con ventilación...se logró que el corazón latiera pero no hubo respuesta respiratoria, ante lo anterior se decidió entubar al paciente para que pudiera respirar, dejándose al paciente en cuna de calor radiante, con catéteres para administración de medicamentos, lo cuales fueron solución salina, a lo que le llamamos una “carga”, lo anterior con la finalidad de mejorar la perfusión, además el paciente en su primera hora de vida presentó crisis convulsivas, por lo que prescribí que se le suministrara “fenitoina”, quiero agregar que antes de que presentara las crisis convulsivas, el de la voz, le informé a la mamá que su hijo se encontraba muy grave, toda vez que había nacido sin respirar y sin que le latiera el corazón, toda vez que presentaba asfixia perinatal severa, haciéndole hincapié que las repercusiones pueden llegar hacer graves, incluyendo que el recién nacido puede llegar a fallecer...”

En tal tenor, la anestesióloga Stephany Aydee Sánchez Vega, señaló su participación durante la cesárea de la quejosa, practicada por la doctora Yuri Estrada Montufar, la cual ocurrió sin incidentes, sin embargo el pediatra indicó que el recién nacido presentó meconio, culminando su labor de cuidado de la paciente hasta darla de alta de esa área, a las once de la mañana, pues acotó:

“...el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, se solicita procedimiento anestésico para realizar cesárea, por lo que me presente con la paciente hoy quejosa y procedí a realizar una valoración pre anestésica...la paciente se encontraba normal dentro de un trabajo de parto es decir, los dolores naturales del parto...al estar presente en la cesárea, quien la practicó fue la doctora Estrada, recuerdo que la operación fue sin incidentes y respecto del recién nacido observé que era del sexo masculino...escuché que el pediatra...refiere que el recién nacido nació con meconio cuatro cruces, por lo que yo seguí con el cuidado de la paciente respecto del estado general de su salud, una vez que termina la cirugía, pasa la paciente a sala de cuidados post anestésicos, siendo que a las 11:00 once de la mañana la doy de alta de esa área...”

En el mismo orden de ideas, la enfermera Esther Guadalupe Ramírez Castillo, aludió su presencia en la cesárea de la doliente como enfermera instrumentista y mencionó que el recién nacido presentó meconio, describiendo tal situación como la primera evacuación del bebé dentro del útero, además que no lloró y no respiraba, pues manifestó:

“...estoy asignada al área de quirófano, por lo que el día 13 trece de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, como parte de mis funciones es estar presente en quirófano como enfermera instrumentista, por lo que estuve en la cesárea de la ahora quejosa, no recordando que médico la efectuó, pero de los hechos que se investigan recuerdo que el recién nacido nació con meconio, es decir la primera evacuación del bebé dentro del útero, sin tono, es decir no lloró y no respiraba...”

Por otra parte, obra en el sumario las constancias que integran la carpeta de investigación XXX/2017, de la que se desprende el acta de entrevista de la doctora Yuri Estrada Montufar, quien confirmó haber realizado una cesárea a XXXXX el 13 trece de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, a solicitud del doctor Sergio Vinicio Sandoval Anguiano, pues le indicó que dicha paciente presentaba bradicardia fetal y falla en el descenso, precisó que cuando el bebé salió se percató que se encontraba completamente impregnado de meconio y totalmente flácido, pálido, ante lo cual lo entregó al pediatra quien realizó inmediatamente la reanimación (foja 455)

Como datos extras el personal que integra el servicio de pediatría adscrito al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, Lucía García Olivares, Margarita Alonso García, Brenda Elizabeth Castro Rizo, María Guadalupe González Osoyo, Gessen Slamerón Gómez y Enroy Almanza Miranda, advirtieron haber brindado atención y vigilancia médica al recién nacido, a quien en todo momento lo consideraron paciente grave por haber presentado asfixia severa, pues cada uno de ellos mencionó:

Enroy Almanza Miranda:

“...respecto del recién nacido, el día 13 trece de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete al estar de guardia en el turno nocturno, el recién nacido se encontraba en un área especial para él por su gravedad en su salud, recuerdo que el recién nacido se encontraba entubado, es decir bajo ventilación mecánica asistido y con soporte aminergico para que la circulación siguiera fluyendo a sus órganos, el bebé se encontraba muy grave con falta de uresis y movimiento anormales en sus extremidades, mismas que sugerían que el bebé presentaba daño cerebral y estado de choque, con muy bajas posibilidades de sobrevivir, para esto lo volví a atender en una segunda ocasión, sin recordar la fecha exacta y el bebé se encontraba en las mismas condiciones...”

Lucía García Olivares:

“...fui una de las doctoras que atendió al recién nacido de apellidos XXXXX, donde lo observe el día 14 catorce de diciembre del año pasado, donde seguimiento a la atención brindada al citado recién nacido, donde efectivamente encontré una asfixia severa del recién nacido, por lo tanto derivado de lo anterior traía una seria de complicaciones, como crisis convulsivas, encefalopatía hipoxico isquémico grado III, dando como resultado una severa acidosis mixta severa, incluso traía edema cerebral, lo anterior constatado por el Neuropediatra, doctor Gesen Salmerón Gómez...”

Margarita Alonso García:

“...soy una de los doctoras que atendí al recién nacido que recuerdo era de apellidos XXXXX, donde en el área de neonatos me toco revisar al recién nacido, el cual presentaba el diagnóstico de haber nacido en término, haber tenido asfixia perinatal severa, acidosis, crisis convulsivas, encefalopatía isquémica, edema cerebral y problemas metabólicos, por lo que desde que nació el niño tenía malas condiciones por lo que se le tenía como un paciente grave en el área de aislados, cuando la de la voz lo observo el niño estaba con ventilador, además de que neurológicamente en malas condiciones, además contaba con tratamiento para su manejo, ante lo anterior el estado de salud era grave con mal pronóstico...”

Gessen Salmerón Gómez:

“...el día 14 catorce de diciembre del año 2017 dos mil diecisiete, se me solicitó interconsulta para revisar al paciente XXXXX, que tenía veinticuatro horas de nacido aproximadamente, una vez que valoró el paciente, hago los corroboró los diagnósticos establecidos dentro del expediente clínico, todo lo anterior asociado a la asfixia perinatal severa, lo anterior abarcando antes, durante y posterior al nacimiento, por lo que yo sugerí continuar con los medicamentos ya prescritos y realizar medidas para evitar la hinchazón del cerebro, siendo en todo lo que tuve intervención y conocimiento de los hechos que se investigan, quiero agregar que realice ultrasonido el cual se corrobora de manera indirecta el edema cerebral...”

Brenda Elizabeth Castro Rizo:

“...el día que observé al pacientito de apellidos XXXXX, me percaté que tenía asfixia severa perinatal, lo cual da como resultado acidosis metabólica severa, yo cuando lo observe ya estaba con manejo médico y si tenía muy malas condiciones el bebé, en concreto yo lo revise el día 17 diecisiete de diciembre del año pasado, y al momento de revisarle sus pupilas, el bebé ya no tenía respuesta a la luz, el pacientito se encontraba en el área de neonatos pero por su gravedad constantemente era valorado, ya que incluso durante mi turno lo fui a ver en varias ocasiones, además de que el pacientito estaba entubado, como yo solo trabajo sábados y domingos entrego al turno siguiente es decir el último día que lo veo es el día 17 diecisiete de diciembre del año pasado, con pronóstico reservado en su salud, quiero señalar que el pacientito se manejó con sedación con el medicamento “midazolam”, anticonvulsivos en este caso con el “dfh”, con soluciones es decir sueros, durante mi guardia le administre una carga de solución fisiológica, por datos de bajo gasto, por lo que reitero que su evolución era muy grave y podía fallecer en cualquier momento...”

María Guadalupe González Osoyo:

“...el día 17 diecisiete de diciembre cuando lo vi por la mañana y cuando falleció, ya que lo revise al cuarto día de vida, encontrándolo al bebé y asentando en su nota de evolución, una asfixia severa, encefalopatía hipoxico isquémica grado III, con crisis convulsivas, edema cerebral, miocardiopatía hipoxico isquémica y trastornos del magnesio y potasio, lo encuentro inestable en ayuno, bradicárdico, hipotérmico, hipoglicémico con oliguria con desaturaciones desde hasta sesenta por ciento en fase III de ventilación, al momento de realizar la exploración física el recién nacido lo encuentro cianótico, sin respuesta a los estímulos, con fontanela anterior abombada, midriasis, con arreflexia, ruidos cardíacos con bajo tono y frecuencia, con llenado capilar de 06 seis segundos y pulsos filiformes, ante lo anterior y al ver la gravedad del recién nacido le pedí a trabajo social que se comunicara con los padres del bebé, por lo que vi a los padres del recién nacido como a las 12:00 doce del mediodía aproximadamente, donde al entrevistarlos les comente de la gravedad del estado de salud de su bebé, y efectivamente les pregunte que si eran católicos o profesaban alguna otra religión, podían ellos buscar los servicios religiosos para su bebé ya que su pronóstico para la vida era malo, por lo que me contestaron que si los buscarían, además de que estuvieron presentes con su bebé, ya siendo las 19:10 diecinueve horas con diez minutos, el recién nacido presenta bradicardia severa con desaturaciones importantes y paro cardiorrespiratorio, por lo que se inicia maniobras de reanimación avanzadas por diez minutos, no obteniendo respuesta, por lo que se declara muerte clínica y por electrocardiograma a las 19:20 diecinueve horas con veinte minutos, para esto cuando el bebé se pone grave se les habla a los papas por parte de trabajo social para informarles que se les está dando maniobras a su hijo, ya que esta grave y una vez que lamentablemente fallece el recién nacido les informe a los papas que su hijo no respondió a las maniobras y que falleció, posteriormente realizo el certificado de defunción y cierro el expediente clínico del recién nacido...”

Cabe mencionar que respecto de la doctora Claudia Janet Gallardo Banda, ginecólogo Francisco Javier Vera Allen, ginecólogo J. Guadalupe Gallardo Silva, enfermera Erika Olmos Contreras, aludieron no haber tenido contacto con la quejosa ni con los hechos materia que nos ocupa, sin que elemento de evidencia alguno demuestre lo contrario, por lo que ningún pronunciamiento resulta al respecto.

Hasta lo aquí expuesto se conoce que la atención directa en el área de toco cirugía del turno nocturno fue por parte de la doctora Ma. Esther Campos Lira y la determinación de cirugía fue por parte del médico del turno matutino Sergio Vinicio Sandoval Anguiano, intervención quirúrgica que fue realizada por la doctora Yuri Estrada Montufar con la participación de la anestesióloga Stephany Aydee Sánchez Vega y el Pediatra Enrique Jesús López Jara Zárate, con ayuda de la doctora Rocío Téllez Solórzano.

Ahora bien, quien resuelve consideró copia del expediente clínico del Hospital Materno Infantil de Irapuato a nombre de XXXXX, mismo que fue remitido por la Directora del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, en el cual se desprende que en la nota suscrita por la *Dra. Campos* no se encuentra asentado con precisión el monitoreo efectuado a la paciente, mismo que marca la norma oficial NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, ya que indica que las contracciones uterinas deben estar monitoreadas de 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos, verificando la frecuencia cardíaca fetal, antes, durante y después de las contracciones, control a cada 30 a 45 minutos, ya que se insiste que de las constancias no revela que tales acciones se hayan emprendido en favor de la quejosa:

Véase Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016:

“...5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 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.

5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma...”

Lo anterior resultó confirmado por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, quien este Organismo solicitó una opinión especializada basada en la documental que obra dentro del expediente 52/18-B, tras determinar que este asunto es un caso de complejidad técnica, que sólo personas con estudios profesionales en la rama de la ciencia médica pueden emitir un dictamen, mismo que también advirtió irregularidades por parte del servicio médico en la unidad de Tococirugía del turno nocturno, esto al no realizar e integrar de manera metódica, completa y descriptiva la evolución, vigilancia del trabajo de parto y las condiciones fetales, indicó:

“La atención brindada por parte de los médicos especialistas del Servicio de Ginecología y Obstetricia a la Paciente XXXXX durante su estancia en el servicio de TOCO CIRUGÍA en el turno nocturno, no fue apegada a las obligaciones de medios y seguridad establecidos 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 de acuerdo a los numerales 5.5.7, 5.5.10, 5.5.11...”

La paciente C. XXXXX presentaba probabilidades que no fueron detectadas oportunamente las cuales condicionaron la presencia de Asfixia Neonatal en el producto, por la presencia de factores de riesgos materno o fetales Obstétricos: la presencia de trabajo de parto prolongado derivado de la falla en el descenso del producto por una posible distocia de partes blandas o fetales...”

Asimismo, en el apartado de discusión, detalla la relevancia de llevar una debida vigilancia durante el trabajo de parto y las condiciones fetales, a saber:

“...la finalidad de la vigilancia del trabajo de parto es de prevenir y tratar cualquier complicación para el binomio (madre-hijo) la cual debe ser detectable por medio de un parámetro clínico básico como lo es la frecuencia cardíaca fetal... La frecuencia cardíaca fetal correlacionada con las contracciones uterinas es fundamental para observar algún eventual compromiso en el bienestar fetal, al someterlo a este a un estrés durante la actividad uterina pro la reducción en el intercambio de dióxido de carbono y oxígeno por medio de la circulación materno fetal... De acuerdo a lo signado en el partograma existe una vigilancia deficiente desde el momento de su ingreso a la sala de toco cirugía a las 03:45 horas de acuerdo a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 en sus numerales 5.5.10, 5.5.11 al no monitorear cada 30 a 60 minutos, “por un periodo de 10 minutos”...en la primera nota a su ingreso al servicio de UCIN pediátrica en la nota descrita por el Dr. López Jara en donde describe “cráneo con moldeamiento presencia de cefalohematoma parietal en la que se descarte otro importante”...no existe evidencia documentada en la que se descarte otro tipo de variables en la presentación que pudiera haber prolongado el descenso del producto...De acuerdo a lo anterior 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 del trabajo de parto, lo cual conllevó a la realización de la operación cesárea, al no detectar de manera oportuna el sufrimiento fetal...”

Aunado a lo anterior, señala incumplimiento a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, pues se omitió realizar el llenado correcto del partograma, mismo que es de gran importancia en la vigilancia del trabajo de parto y en el expediente clínico obstétrico, lo cual también derivó a la deficiente e inadecuada vigilancia a su ingreso al área de toco cirugía procedente de urgencias hasta el momento de la realización de la cirugía.

Cabe precisar que esta Procuraduría, advirtió que dentro del expediente clínico de XXXXX, también se omiten datos relevantes que establece la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, que reza:

“...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...”

Por otra parte, cabe resaltar que se confirmó la adecuada canalización por parte del profesional de la salud médico general Carlos Humberto Reyna Romero Vargas, en favor de la parte lesa, el día 13 trece de diciembre del 2017 dos mil diecisiete, del área de urgencias hacia el área de ginecología y obstetricia, lo que fue avalado con el testimonio de la enfermera general Sandy Bell Lara Martínez, a más del expediente clínico que confirma la canalización correspondiente.

En mismo tenor, se acreditó que la actuación brindada por el doctor Sergio Vinicio Sandoval Anguiano, al determinar la canalización para cesárea, así como la práctica de dicha cirugía con la colaboración de la doctora Rocío Téllez Solórzano, doctor Enrique Jesús López Zarate, anesthesióloga Stephany Aydee Sánchez Vega, resultó adecuada, atentos a la segunda conclusión de la opinión médica de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico:

“...La Atención brindada por parte de los médicos especialistas que valoraron y brindaron la atención obstétrica y realización de la Cesárea a la C. XXXXX durante su estancia en el servicio de TOCO CIRUGIA, fue apegada a las obligaciones de medios y seguridad al detectar el retraso en el descenso y trabajo de parto prolongado y resolver mediante la operación tipo cesárea.

De igual manera, se confirmó que la actuación de los servicios de pediatría respecto de la atención del entonces recién nacido por parte de los profesionales de la salud, Ernoy Almanza Miranda, Lucía García Olivares, Margarita Alonso García, Gessen Salmerón Gómez, Brenda Elizabeth Castro Rizo y María Guadalupe González Osoyo, resultó adecuada, atentos a la opinión médica de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico:

“...La atención brindada por parte del Servicio de Pediatría y neuropediatría al recién nacido Masculino XXXXX fue apegada a las obligaciones de medios y seguridad, sin embargo el desenlace final fue derivado de la morbilidad y mortalidad de las complicaciones que presento.

Sin embargo, en seguimiento a las razones expuestas en los párrafos que anteceden, este Organismo sí está en la posibilidad de indicar que existió una falta de apego en la obligación que disponen las Normas Oficiales Mexicanas referentes en la atención obstétrica hacia XXXXX, así como en la adecuada integración del expediente clínico, lo que a la postre derivó en una violación al goce al grado máximo de salud de quejosa y de su hijo recién nacido.

Lo anterior es así pues se precisa que la deficiente atención médica hacia la señora XXXXX, consistió en no realizar una debida vigilancia, valoración y seguimiento adecuado durante la evolución del trabajo de parto desde el momento que ingresó a la sala de toco cirugía; esto es, a las 03:45 tres horas con cuarenta y cinco minutos, tuvo como consecuencia que no se detectara de manera oportuna el sufrimiento fetal, pues se sabe que de haber seguido adecuadamente un parámetro clínico básico, como lo es seguir la frecuencia cardiaca fetal que marca la NOM-007-SSA2-2016 en sus numerales 5.5.10, 5.5.11 y haber llenado correctamente el partograma que se encuentra dentro del expediente clínico de la quejosa, tal como lo marca la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, se hubiera prevenido la complicación que resultó la asfixia Neonatal que padeció el hijo recién nacido de la quejosa.

En efecto, las omisiones por parte de la atención deben ser reprochadas a la profesionista que atendió a la quejosa de las 03:45 tres horas con cuarenta y cinco minutos a las 07:00 siete horas del día 13 trece de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, esto es, la doctora Ma. Esther Campos Lira; omisiones que resultan de suyo ya suficientes para emitir juicio de reproche, pues bajo el principio de causalidad se entiende que de haber atendido de manera adecuada a la paciente, la probabilidad posterior de no afectar desfavorablemente la salud de la particular y de su hijo recién nacido 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 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.

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, las omisiones acaecidas en la atención médica que recibió la paciente XXXXX, influyó indudablemente el resultado reprochado, por lo que resulta aplicable 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.

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

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

"... Artículo 10.- Derecho a la Salud. I. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. II.- Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar ese derecho: a.- la atención primaria de la salud, entendido como tal, la asistencia sanitaria esencial puesta

al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad. B. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado...".

En conclusión, con los elementos de prueba previamente expuestos y analizados tanto en lo particular como en su conjunto y atendiendo a su enlace lógico-natural, los mismos resultaron suficientes para tener por acreditada la Violación del Derecho a la Protección de la Salud cometida en agravio de XXXXX, por lo que este Organismo realiza juicio reproche en contra de la gineco obstetra adscrita al Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, doctora Ma. Esther Campos Lira.

- **Violencia Obstétrica**

Este Organismo, no menosprecia que se confirmó el estado de vulnerabilidad que presenta la señora XXXXX, lo cual quedó evidenciado con el informe psicológico XXX/2018, realizado el 15 quince de febrero de 2018 dos mil dieciocho, suscrito por la perito Psicóloga adscrita a la Unidad de Atención Integral a las Mujeres, licenciada Karina García Jacinto, mismo que está integrado en la carpeta de investigación XXX/2018, en el que se concluyó que la quejosa presenta afectaciones emocionales derivada de los hechos acontecidos en el Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, pues del citado informe se describe que la quejosa *muestra inseguridad, timidez, falta de confianza en sí misma, temor, indecisión, tristeza, experimenta sentimientos de culpa y vacío*, además que *el daño psicológico antes mencionado está causando afectación a su vida cotidiana, pues los montos de ansiedad y los síntomas de depresión están alterando sus hábitos de sueño y sus hábitos alimenticios*, ante lo cual se determinó como tratamiento de tipo Psicoterapia para adultos (foja 354).

Así también, la citada profesionista, refirió que el tipo de afectación *se encontró correlación con indicadores de violencia obstétrica según con estudio realizados con las víctimas* por indicadores de violencia obstétrica.

De tal forma, este Organismo puede conjeturar que el dicho de la quejosa respecto a que la doctora Ma. Esther Campos Lira, le comentó: *"en lugar de estar llorando y gritando, sigue pujando si no nace tu bebé tú vas hacer la culpable de que se asfixie"*

Lo anterior, se traduce en un medio de conocer la realidad histórica de los hechos estudiados, ello a la luz del criterio adoptado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Átala Riffo y niñas vs. Chile*, en el cual se razona que las declaraciones de las presuntas víctimas no pueden ser valoradas aisladamente sino dentro del conjunto de las pruebas del proceso, ya que son útiles en la medida en que pueden proporcionar mayor información sobre las alegadas violaciones y sus consecuencias.

Así, al contar con datos que en lo esencial robustecen la queja de XXXXX, en cuanto a lo ya analizado en el punto inmediato anterior, conjugado con el informe XXX/2018, realizado por una perito en psicología quien determinó la afectación psicológica guarda relación con los hechos que padeció la quejosa el día 13 trece de diciembre de 2017 dos mil diecisiete, se tiene que la doctora Ma. Esther Campos Lira, realizó conductas en contra de la quejosa que derivaron violencia obstétrica.

Al respecto, cabe invocar 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, dispone que:

"La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Así mismo, se contempla que la violencia obstétrica, es "una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.¹

Además la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), se establece el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como:

"el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto".

¹ CNDH. Recomendación General 31/2017 "Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud", de 31 de julio de 2017, p. 94.

La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.

Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.

Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo concluye que la doctora Ma. Esther Campos Lira, es responsable por la violencia obstétrica en agravio de XXXXX, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, motivo por el cual es de formularse pronunciamiento de reproche en su contra.

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 XXXXX, en relación al presente Capítulo de Reparación del Daño, es pertinente sobre el particular, considerar el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el Caso *Suárez Peralta Vs Ecuador* (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), ha establecido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación:

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

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

Una vez que se ha acreditado violación del Derecho a la Protección de la Salud de la parte lesa y su hijo; derecho sustantivo reconocido dentro del bloque de constitucionalidad mexicano, resulta necesario además recomendar la reparación del daño del mismo, esto de seguimiento con el propio artículo 1º primero de la Constitución Política tercer párrafo que señala como obligaciones del Estado:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

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

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

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

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

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

RECOMENDACIONES

**Al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato
Doctor Daniel Alberto Díaz Martínez**

PRIMERA.- Se inicie procedimiento administrativo en los términos siguientes y en contra del siguiente personal de la salud involucrado en los hechos materia de las presentes inconformidades, a saber:

- Doctora **Ma. Esther Campos Lira**, médica especialista en Ginecología adscrita al **Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato**; respecto de la **Violación del Derecho a la Protección de la Salud**, en agravio de **XXXXX y su hijo recién nacido**.

- Doctora **Ma. Esther Campos Lira**, médica especialista en Ginecología adscrita al **Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato**; respecto de la **Violencia Obstétrica**, en agravio de **XXXXX**.

SEGUNDA.- Gire instrucciones a quien corresponda y **se indemnice pecuniariamente como forma de Reparación del Daño** a:

- **XXXXX**, por la violación a sus derechos humanos a causa de los actos atribuidos al personal médico del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato.

TERCERA.- Como medida de reparación del daño:

- Instruya a quien corresponda, a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requiera la quejosa **XXXXX**, además de los familiares 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 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.

CUARTA.- Se diseñen e impartan al personal médico, de enfermería y trabajo social del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, un curso de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de violencia obstétrica y otro en la debida observancia de la **NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**, el cual deberá ser impartido por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al citado personal de salud, así como de la **NOM-004-SSA3-2012** a efecto de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento.

QUINTA.- Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Materno Infantil de Irapuato, Guanajuato, en la que se les proporcione información de los siguientes estándares:

- 1) **Del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez;** y
- 2) **Sobre las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la mujer**, en el que también se les exhorte a su debida observancia y cumplimiento.

SEXTA.- Realice las acciones conducentes para que el personal adscrito a la Unidad Médica y de enfermería, adopte las medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que sean generados con motivo de la atención médica, se encuentren debidamente integrados y protegidos conforme a la normatividad aplicable.

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

Notifíquese a las partes.

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

L.JRMA*L. LAEO* L. MMS