

León, Guanajuato; a los 14 catorce días del mes de enero del año 2015 dos mil quince.

V I S T O para resolver el expediente número **184/2014-C**, relativo a la queja formulada por **XXXXXXXXX**, por actos cometidos en su agravio, mismos que estima violatorios de sus Derechos Humanos y que atribuye a **PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE VILLAGRÁN, GUANAJUATO**.

SUMARIO

Las conductas motivo de disenso se pueden resumir en que en dos embarazos que presentó, fue objeto de una inadecuada prestación del servicio médico por parte de la autoridad señalada como responsable, lo que ocasionó que: 1.- Perdiera a su hijo recién nacido y 2.- Que sufriera un aborto. En este contexto, la especificidad de los actos de inconformidad será debidamente detallada en el caso concreto correspondiente en la presente resolución.

CASO CONCRETO

Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

Por Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud, se entiende cualquier acto u omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud, por parte del personal encargado de brindarlo que afecte los derechos de cualquier persona. De igual manera, por negligencia Médica (del latín *negligentia*), es la falta de cuidado o el descuido. Una conducta negligente, por lo general, implica un riesgo para uno mismo o para terceros y se produce por la omisión del cálculo de las consecuencias previsibles y posibles de la propia acción.

Asimismo, por Mala Práctica Médica se entiende la actuación incorrecta en el ejercicio de la profesión médica capaz de provocar daño al paciente.

En este contexto, la práctica médica errónea, negligente o descuidada causa, en algunos casos, un gravamen irreparable; de ahí que, a juicio de este Organismo, se considere pertinente analizar el tratamiento que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha dado a estos casos así como conocer su criterio en la solución de los mismos.

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

En ese sentido, se hace necesario establecer mecanismos de protección que puedan contemplar el riesgo manifiesto al cual se exponen las personas víctimas de un error médico, que bien por acción u omisión, pudiera causar una lesión a la vida y en consecuencia a la salud, limitando su derecho a éstos, y a una integridad psíquica, física y moral. Por ello, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal no sólo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de la Convención Americana. 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.

Por su parte, el **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer** estableció específicamente la obligación de los Estados de garantizar el derecho de las mujeres a servicios de maternidad gratuitos asignando para ello el máximo de recursos disponibles; concretamente, en la **Recomendación General 24, La Mujer y la Salud** anotó: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.

Fondo del asunto.-

La queja presentada por XXXXXXXXX, establece dos hechos en los cuales hubo pérdida de la vida: 1.- De un niño recién nacido; y 2.- Del producto de la concepción.

Atención médica al recién nacido

Por ello, entraremos a analizar los hechos del día 15 de abril de 2013, donde la quejosa argumenta recibió una atención médica deficiente, que le atribuye a la Doctora **Arceli Flores Soriano**.

Es decir, analizaremos la imputación de **XXXXXXXX**, quien en el momento de los hechos contaba con 19 años de edad, dirigida al Profesional de Salud del sector público (Hospital Comunitario de Villagrán, que se vio involucrada en la atención médica de su labor de parto, de su primer embarazo, el cual era de 40 semanas de gestación.

Así las cosas, la atención médica fue admitida en el informe que rindió el entonces Director del Hospital Comunitario de Villagrán, Doctor **Luis Antonio Chimal Cisneros**, bajo el oficio número HCV/DIR/641/2/2014, de fecha 7 de agosto de 2014, en el cual remitió copia del expediente clínico de la quejosa, así como la Hoja de Control del Trabajo de Parto, emitido a las 02:00 horas del día 15 quince de abril de 2013, por la Doctora **Arceli Flores Soriano**, quien señaló que la inconforme se encontraba con un embarazo a término y en trabajo de parto, en fase activa, siendo conducida a Trabajo de Parto.

Asimismo, obra el informe que rindió el Licenciado Juan Jesús Ramírez Vázquez, en su calidad de Jefe de Departamento de Normatividad y Convenios de la Secretaría de Salud en el Estado de Guanajuato, quien mediante oficio numero oficio CAJ/AP/5062, relató que los médicos que intervinieron en la atención del parto de la agraviada **XXXXXXXX**, fueron:

- Doctora Arceli Flores Soriano.
- Doctora Macías Labrada (Pediatra), ambas médicos adscritos al Hospital Comunitario de Villagrán Guanajuato.

En este contexto, la **Doctora Arceli Flores Soriano**, al presentar ante este Organismo de Derechos Humanos el escrito en el cual narra su participación en los hechos materia de la presente queja, admitió haber atendido a la quejosa de nombre **XXXXXXXX**, el día 15 de abril del año 2013, según lo señaló en su informe, del cual se desprende lo siguiente:

*“...el día antes mencionado (15 de abril de 2013), siendo aproximadamente las 2:00 am recibí a la paciente **XXXXXXXX** en el área de toco cirugía en el Hospital Comunitario de Villagrán, cabe mencionar que estaba de encargada del área de hospitalización y toco cirugía...en mi primera intervención con la paciente me presenté ante ella como la doctora que estará en el proceso de parto, me doy cuenta que presenta un diagnóstico de embarazo de 40.4 semanas de gestación por fecha de última regla y que en ese momento se encontraba con cuatro contracciones en diez minutos por lo que vigilo el trabajo de parto dando indicaciones precisas a enfermería de vigilar frecuencia cardíaca fetal cada hora, vigilar trabajo de parto y en su momento reportar cualquier eventualidad...”. “...en mi cuarta intervención a las 06:25 horas realizo amniorrexis (le rompí la fuente) y me percaté de salida de meconio levemente espeso, checo inmediatamente la frecuencia cardíaca fetal del producto que nuevamente me arrojó una cifra adecuada de 145x min, con pinnar y con aparato toco cardiográfico donde la cifra es 145 x min y le indico a la madre que la pasaré a sala de expulsión ya que el producto está por nacer ya que se encontraba con dilatación y borramientos completos, debido a la situación del cérvix completo me aboque a la atención del parto, ya que en este tipo de pacientes hay dos procedimientos: Producto con meconio que llora y respira al nacer, no se realiza laringoscopia directa. Producto con meconio que nace flácido, no llora ni respira se realiza laringoscopia directa. Y debido a la saturación del sistema de urgencias en Guanajuato y sobre todo que en ningún momento observé decidí esperar a que naciera el producto en el hospital y de acuerdo a condiciones referir o permanecer en mi hospital...”.*

Por tanto, es dable señalar que la persona responsable de la salud de la quejosa lo era la multicitada galeno **Arceli Flores Soriano**, además de que de la narración de dicha servidora pública se establece que el trabajo de parto de la quejosa comenzó a las 2:00 de la mañana del día 15 quince de abril del año 2013, naciendo el producto hasta las 6:25 horas aproximadamente de ese mismo día.

De igual manera, se tiene acreditado que una vez que la quejosa dio a luz a su bebé, la Doctora **Guadalupe Macías Labrada**, con especialidad en pediatría fue quien lo atendió, misma ya no labora para la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, pero fue dicha Pediatra quien sugirió canalizar al recién nacido a otro Hospital, siendo en este caso el Hospital General en Celaya, para que recibiera una atención especializada más profunda y completa.

Lo anterior se advierte, de su nota médica:

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DE FECHA 15 DE ABRIL DE 2013. HORA DE REFERENCIA: 09:00 HRS.

Especialidad o servicio al que se refiere: Pediatría. Unidad de cuidados neonatales.

Motivo de la referencia (resumen clínico del padecimiento): TEMP. 36.8 °C. F.R 56x. F.C 125x. PESO: 3100G.

TALLA: 50cm. Dext. 150mg/dl. RN. Masculino de termino 2 hr de nacido, que nació por parto eutópico, producto de

la gestación 1 de madre de 19 años, se refiere LA. Meconial ++++ le diecon Apga 7/7, se reporta que después de 5 minutos, presento bicolgemia por lo que le dieron 3 cidos de pp/ lo encuentro con acrocianose, parido, hipotónico, fontanela normotense. TRATAMIENTO EMPLEADO: torax con FR50 -60x con quejido incostal, pero presenta jadeo, saturación por oximetría, 86% ruidos respiratorios con estertores bronquiales, ruido cerebeloso notorico con FR120-130x, abdomen blando sin peristalsis, extremidades con hipotonía generalizada, llenado capilar, condición Muy Grave. DX: Asfixia perinatal /sx aspiración de meconio. Elaborada por la **Doctora Guadalupe Macías Labrada con Especialidad en Pediatría.** (Foja 146).

De tal suerte, por el estado en que se encontraba el recién nacido; en dicho nosocomio, quien recibió al paciente fue la Doctora **Cristina Leyva García**, quien al comparecer ante este Organismo de Derechos Humanos señaló lo siguiente:

“...recibí un paciente grave en muy malas condiciones generales, intubado porque tenía problemas de respiración, con hiperglucemia (aumento de la glucosa), con acrocianosis (coloración morada de las uñas), saturación 88% llenado capilar alargado (circulación retardada), además de sangrado a través de la cánula endotraqueal, por lo que procedí a estabilizar al paciente y lo entregué al turno siguiente ya compensado dentro de su gravedad, aun así con pronóstico malo para la función y la vida (esto es que tenía riesgo de muerte), por su patología de ingreso que fue asfixia perinatal, probable síndrome de aspiración de meconio, hemorragia pulmonar y probable sepsis neonatal temprana...”

En tal virtud, consideramos conveniente asentar los datos que se desprenden de la Historia Clínica de Urgencia Pediátricas:

Fecha de identificación: 15-04-13. HORA: 11:15 Hrs.

*Padecimiento Actual: APN: madre de 19 años, escolaridad primaria, sin APP de importancia, niega toxicomanías, curso con un embarazo durante el cual presento IVU casi durante todo el embarazo con tratamiento, desconoce tipo de sangre materno, producto de la gestación I de un embarazo de termino obtenido por parte con meconio ++++ con Apgar 7-7 posteriormente bradicardia de 90LPM por lo que se IPP, sin laringoscopia directa al nacimiento, posteriormente presenta dificultad respiratoria y apnea por lo que se decidió pasar a fase III de ventilación y es enviado a este Hospital (nació en vi), clísemia capilar al ingreso: 278mg. EXPLORACIÓN FÍSICA: PESO: 3,100kg. TALLA: 50 cm. TEMP: 36.8 °C. FC: 130X. FR: 40x. TA: 124-90. EDO DE CONCIENCIA: a su ingreso sedado Ramday de 4 con fase III de ventilación con bolsa y mascara, coloración con acrocianosis, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, con presencia de estertores crepitales bilaterales abundantes, satura 88%, tonos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, llenado capilar 4seg taquicardia por lo que repongo volumen, abdomen blando depresible no distendido presitalsis presente disminuida, extremidades sin alteraciones aparentes. Se recibe con oximetría de pulso 80%, por lo que se incrementa por el momento frecuencia respiratoria a 50x y presión 5/21 incremento saturación y 93% y mejorando la coloración, se aspiran secreciones de tubo endotraqueal obteniendo sangre fresca moderada cantidad tomemos TPT Y TP. IDX: RNDT+PAEG. 2.- SDR PB SEC A SAM. 3.- PB. HEMORRAGIA INTRAGRANEAL. 4.- PB SEPSIS NEONATAL TEMPRANA. 5. ASFIXIA PERINATAL. **Realizado por la Doctora Cristina Leyva García.** (Foja 147).*

De igual forma, el turno siguiente del área de Pediatría del Hospital General en Celaya, correspondió al **Doctor Daniel Flores Ramírez**, mismo que señaló en su comparecencia ante este Organismo, lo siguiente:

“...comenzando por el paciente más grave por lo cual al primer paciente que revisé en este momento fue al recién nacido “XXXXXXXX”, el cual al momento de mi revisión se encontraba en malas condiciones generales, en fase de ventilación asistida número III con entubación endotraqueal con sedación y relajación, con parámetros altos del ventilador por la gravedad del mismo, por todo esto decidí que el paciente fuera trasladado al área de terapia intensiva pediátrica, para que en dicho lugar recibiera seguimiento en el tratamiento, ya que el mismo presentaba un cuadro de gravedad...”

Veamos las siguientes constancias médicas:

Dr. Daniel Flores Ramírez.- 14:50 hrs.- enterado de ingreso el cual lo encuentro en pésimas condiciones generales, se encuentra en fase de ventilación III en la modalidad A/C con PIP 24 cilando de 80 FIO2 del 100% PEEP6, confío del 86 Aprox. Se encuentra bajo sedación, hiporectivo, con discreta acocinosos en este momento, pulmones con crepitos bilaterales con buena entrada y salida de aire, abdomen blando depresible, peristalsis presente y normal. Llenado capilar de 2 seg. Paciente el cual presenta SAM, más hemorragia pulmonar, sepsis neonatal por lo que su pronóstico es MG, ya cuenta con amins, se informa al padre del pronóstico del RN. (Foja 147 reverso).

Dra. Rosa María Rodríguez, Evolución vespertina. 15-04-13. 18:30 horas.

RN Masc. procedente de urgencias pediátricas con fase III de ventilación mecánica modo AC con saturaciones baja 68-69% a pesar de parámetros altos de ventilación: FIO2 100% PEEP 6 PI 22 PEEP 6 ciclos 80x y con ilrinona 1 mcgkm en infusión por lo que agrego sildenafil 0.4mgkdosis torax sincrónico con ventilación por sedo-relajación, torax abombado, campos pulmonares con estertores crepitantes de predominio Htx. Izquierdo GI en ayuno precautorio con SOG a devación sin drenaje, abdomen blando depresible no ausculto presitalsis, no palpo borde hepático no palpo globo vesical, no ha presentado uru desde su ingreso, se coloca sonda vesical para mejor control, se inicia diurético, se reporta con acidosis metabólica por lo que a su ingreso con reposición de Binal al termino se realizara gasoma presente a tp 23.3 y ttp 55.5alargados por lo que se inicio vit k PFC, hemodinamico con apoyo de amins dopamina 5mcgkm la cual se incrementa a 10mcgkm por hipotensión, se reporta muy grave

por lo que es necesario mantener vía venosa central se informo a cirugía pediátrica desde urgencias, en espera de que se coloque ya tiene consentimiento firmado por el papá, se reporta muy grave en extremo con peligro de desenlace fatal. Se informa así al familiar (papá) ADD: se agrega el diagnostico de IRA en anuria. Se coloca sonda vesical y con mínimo drenaje de orina, al principio no orina turbia verdosa com meconio. Aprox. 3ml. Se reporta muy grave. (Foja 147 reverso).

6.- Dra. Lizbeth Morales. 16-04-13. 10:00 horas.

Masculino, 1 día de vida, dx: Asfixia perinatal/ HPPRN/ Hemorragiapulmonar/ Insuficiencia renal aguda/ síndrome de aspiración de meconio. SV: FC 170x FR72xTA41/I3 Temp. 3GC SAT 85% UMHO. Muy grave condiciones generales, en fase III de ventilación, modalidad asisto control por presión con variables altas del mismo FiO2 100% PEEP 7 PIP 25 ciclado 70 x, control gasométrico con acidosis metabólica descompensada, con lactato de 5.2 Pco2 25, radiografía con volumen pulmonar excesivo por lo que se disminuye parámetros. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, no soplos, no por el momento sin aspirar dado que previamente presentó hemorragia pulmonar, por el momento continua con sildenafil 0.5 mgkdo únicamente se acorta horario, y disminuyo dosis de milrinona a 0.5mcgkmin (previo a 1 mcgkrnin) ya que presenta hipotensión, se disminuye dopamina actual a 15 mcgkmin, por taquicardia. En ayuno médico, SOG drenando en pozo de café escaso. Persiste anurico, a pesar de dosis frecuentes de diurético, aun con datos de hipovolemia, se indica pasar PFC y se realiza corección aguda con bicarbonato. En espera de resultados de QS para verificar función renal: Se explica al padre detenidamente el estado de salud de su bebe, secuelas y complicaciones probables. MUY GRAVE. (Foja 148).

7.- 16-04-13. 17hrs.

Paciente masculino, 1 DVEU y EIH Dx: comentados nota previa. RN. En cuna térmica en malas condiciones generales, con sedación y relajación FA normotensa, pupilas isocoricas medias en fase III de ventilación mecánica modo AC saturaciones variables 85-88 con parámetros ventilatorios altos FiO2 100% ciclos 69x PI 21 PEEP 7B ultima gsometria con acidosis smetabolicas descompensada por lo que el pase de visita con aposte de Bina para 3hrs. Al termino nueva gasometría. MO con saliva espesa, por lo que se pasa bolo de Sristaloide, ayuno precautorio con SOG a derivación abdomen blando depresible no ausculto perinatal no se palpa borde hepático, no congestivo, extremidades sin edema, llenado Cap 5aHemodinamico con hipotensión TA48/15mmmHg. Cianosis distal. FC188xanuria, al parecer por hipovolemia por lo que se paso carga incremento aporte de líquidos se deja diurético 1 mgkdo para forxar uri y apoyo aminergico dopamina dosis alfa para mejorar flujo renal 5mcgl continua con silderafil 0.5mgdko por HAPRNespero mejor volemia para valorar si disminuyo milridona, así como valorare si se pasa dirre por infusión, metabolico con destrostix 168 con aporte GKM 3.0 continua monitoreo de glicemia capilar. Se reporta muy grave con riesgo de deterior, se informa al papá. (Foja 148 frente y vuelta).

19HRS.- se reporta gasometría 7:39 PCO2 27 pO2 102 por lo que disminuyo FiO2 y ciclos en forma paulatina, disminuyo dosis de milridona por Ira ya que provoca hipotensión. (Foja 148 reverso).

8.- 16-04-13. 21:00 horas Evolución nocturna.

Rn. Masc. de 2 días de Veu. Dx comentados con nota previa.

Se recibe paciente en raven condiciones generales con ventilación ace III parámetros altos, modalidad AC saturado entre 80/90% hipotenso con TA entre 11/15 de diastólica con una media de 19apoyo, inotrópico con dopamina 5mcgr/k/min, y milridona sin lograr mejoría, en anuria, ultima gasometría comenzando metabólicamente estable, disminuyo dosis de milridona para disminuir efecto vasodilatador e inicio vasopresión, se ajusta dosis de diurético a 1 mgr/kilo/hr. Vigilancia estrecha pendientes de evolución se reporta MG, riesgo de deterioro hemodinamico, descompensación FCM. (Foja 148 reverso).

9.- 17-04-13. 10:30 hrs. Evolución matutina.

Masculino, 2 días de vida, dx: asfixia perinatal /HPPRN/ Hemorragia pulmonar/insuficiencia renal aguda/síndrome de aspiración de meconio. SV FC180v FR56x TA37/1LFenp37BCSAT 86% UMHO.2 Hemodinámico continua inestable, con hipotensión ya sin milrinona con norepinefrina a 0.4 mcgl mm, y dopanina a 5 mcgLmmn incremento a dosis altas esta última para intentar mejorar la presión arterial, FC en rangos elevados sin mejoría en cuanto a la función renal anuria a pesar de diurético en infusión (se reajusta dosis), en espera de azoados de control, así como control gasométrico dado de persistir la acidosis y elevación de azoados requerirá diálisis peritoneal. Fase III de ventilación; modalidad asistocontrol por presión; con FiO2 95% PEEP 6 PIP 22 ciclado 50 x, saturando 82-87%, se ausculto estertores subcrepitantes en hemitorax izquierdo diseminados Ayuno medico, sonda orogástrica sin datos de gasto, abdomen blando, depresible, peristalsis ausente, no hepatomegalia Luce con edema en áreas de declive++, pulsos periféricos muy disminuidos, llenado capilar 3 segundos. En espera de resultado de exámenes y gasometría para normar conducta Paciente muy grave, al pase de visita se encontraba tía y que iba a llegar el padre del menor, le comente que se le iban a dar informes al él, aún no ha llegado Riesgos falla orgánica múltiple, muerte. (Foja 149).

10.- 17-04-2013. 17:00 hrs. Evolución vespertina.

RN masculino 2 DVEU y EIH Dxs comentados nota previa. Paciente en cuna térmica, neurológicamente: FA normotensa, pupilas medias con sedación y relajación. Respiratorio: en fase III de ventilación mecánicas modo A/C por presión saturaciones variables 80%-86% con parámetros ventilatorios: FiO2 95% PIP 22 PEEP 6 ciclos 50x su gasometría (11:17hrs) con acidosis respiratoria se realizara nueva gasometría para valorar, tórax sincrónico con ventilación campos pulmonares con estertores crepitantes, ambos hemotorax, digestivo: en ayuno precautorio con SOG a derivación sin drenaje, abdomen blando depresible se palpa borde hepático 2 cm, PDRC, peristalsis ausente, urinario: el anuria a pesar de diurético en infusión 0.1mgkh cambiamos a Bumetamina en infusión 0.05mgkh de continua en anuria a pesar de esta se valora diálisis ahora pendiente sus K 5.53 Na 129 se inicia Na en la solución de base presenta edema generalizado en zonas de declive, hemodinamico Fc 178x hipotensión

con apoyo a minas dopamina 10mcgm y norepinefrina 0.5mcgm se incrementa a 0.75mcgm, incremento silderafil 1mgkdo. Se reporta Na 129 K 5.41 (en incremento) albumina 2.50 se agrega par 8hrs. Tp20.7 TTP37.6 se agrega vitamina K. paciente en muy mal estado general, se solicitara en cirugía para colocación de catéter rígido para diálisis, paciente que desde su ingreso en anuria se deberá realizar ultrasonido renal, se reporta muy grave se dará informes al papá ahora está el abuelo y una tía. (Foja 149).

11.- Nota de Cx Ped. Vespertina. 17-04-13 19:50hrs.

Enterado del caso, se solicita catéter de diálisis peritoneal rígido. Paciente con datos de cirugía (se reporta el día de ayer uresis a paciente de 15 ml en hojas de enfermería) hoy con inicio de bumetamina hace: hrs tiene balances (+) hoy no ha orinado, pero tiene soluciones de base a 70mlkgd y ya con todos los líquidos IV soluciones por arriba de 70mlkgd. Respetuosamente sugiero dejar líquidos totales 40mlkgd, incluyendo ya con solución de base, valorar próximas horas incremento de bumetanina, en caso necesario al no presentar uresis ameritaría catéter rígido de diálisis de 12 a 24 hrs en caso de evolución clínica. Solicitar posteriormente en caso necesario consentimiento informado al parecer se han recibido informes abuelo del paciente, por el momento no está el padre o la madre comento caso con pediatría vespertina. (Foja 149 frente y reverso).

Nota Nocturna. 17-04-13. 23:00 HRS.

Rn masculino con DXS ya conocidos +insuf. Renal aguda, con fase III de ventilación en nuria, ayuno FA normotensa, pupilas más reactivas, ventila adecuadamente sin exudativos, RcCs rítmicos, abdomen blando y depresible, llenado capilar adecuado, un poco menos edema en MsPs, no se hacen cambios. Plan: solicitar en 24 hrs, nueva valoración a Cx Ped. (Foja 149 reverso).

12.- Evolución Matutina. 18-04-13 11:30hrs.

Masculino, 3 días de vida, dxAsfixia perinatal/ HPPRN/ Hemorragia pulmonar/ Insuficiencia renal aguda/ Síndrome de aspiración de meconio/ falla orgánica múltiple. 5V: FC 150 x' FR 70 x' TA 40/14 Temp 36.5 C SAT 74% UMH O BH + 114 ml. En muy graves condiciones generales, en cuanto a la hemodinámico persiste en anuria a pesar de dosis convencionales, se hizo recambio de sonda urinaria sin presentar uresis, cifras tensionales aun bajas para su edad manejada con norepinefrina a 1 mcgicmin y con dopamina a 15 mcgkmrn frecuencia cardiaca dentro de parámetros normales ahora si con edema importante generalizado incluso en arcos de presión con presencia de úlceras por decúbito (región occipital torax posterior y región sacra), llenado capilar retardado, pulsos disminuidos en intensidad, datos francos además de insuficiencia renal aguda, último potasio de control de 8 (previo de 5.6), persiste acidosis mixta creatinina de 2.96, por lo cual considero urgente realización de diálisis peritoneal aguda independientemente de su estado general En cuanto a Jo respiratorio como mencione previamente con acidosis mixta PCO2 77%, hipoxemia persistente se incrementan variables con FiO2 100% °IP 24 °EEP 5 colado 60 x ya sin milrinona al tanto de incremento de la dosis de sildenafil a la aspiración con abundantes secreciones amarillenta, no huella de sangrado estertores Tinos bilaterales basales ro soplos En ayuno medico sonda orogasmica sin drenaje abdomen globoso, ascitis, ausencia de peristalsis, no palpo hepatomegalia. Se le entrega al padre solicitud de subrogación para ecocardiograma, se explica las condiciones actuales del paciente con daño a varios órganos, así como la necesidad de diálisis de urgencia, no cuento con cirujano pediatría en turno por lo que requiere valoración por medico subespecialista en turno vespertino. MUY GRAVE, riesgo elevado de muerte. (Foja 149 reverso).

13.- Evolución Vespertina. 18-04/2013. 18hrs.

RN Masc. 3 DVEU Y EIH Dx: Asfixia perinatal HPPRN Hemorrágica pulmonar (r) insuficiencia renal aguda Síndrome de aspiración de meconio - Falla orgánica múltiple paciente en cuna térmica en malas condiciones generales. Edema generalizado sin respuesta a estímulos no se ha aplicado sedante ni relajante desde turno nocturno, pupilas mad sin respuesta a estímulo fotomotor. El fase III de ventilación mecánica con parámetros altos P102 100% PIP 24 PEEP 5 ciclo de saturación variable 8085% tórax sincrónico con ventilador campos pulmonares con estertores crepitantes ambos hemitorax hemodinamicamente con bradicardia FC 7Ax hipotenso 56/10 a pasara de dopaminas de a minas dopamina 15mcgm y norepinefrina 0.75 mcgm, Gastrointestinal en ayuno precautorio con SOG a derivación drenaje, abdomen globoso poco depresible peristalsis ausente Pb. liquido de ascitis en anuria desde su ingreso a pesar de ayer inicio BUMETANIDA a dosis convencionales, por lo que se solicita se coloque catéter rígido para diálisis, se solicita ECG se espera respuesta, paciente muy grave se informa a mamá y papá de la extrema gravedad y alto riesgo de muerte, por falla orgánica múltiple, aceptan se coloque el catéter para diálisis. (Foja 150).

14.- Evolución. 18-04-2013. 20:10HRS.

Paciente que durante el turno continúa con hipotensión sin variación a pesar de ánimas, bradicardia persistente sin mejoría a pesar de norepinefrina, sin presente uresis, presente asistolia por lo que se realizan maniobras de reanimación sin revertir se aplica adrenalina 3 dosis.

Por lo que se da hora de defunción 20:05 hrs. Dxs, defunción: Falla orgánica múltiple 12hrs. Hipertensión pulmonar severa 3 días, SINDROME DE ASIPIRACIÓN DE MECONIO 3 días. (Foja 150).

Con base a lo aquí expuesto, es importante hacer mención que la Doctora **Araceli Flores Soriano**, en su informe señaló que revisó a la quejosa primeramente a las 2:00 am, posteriormente lo hizo a las 3:30, luego a las 5:00 y; finalmente, a las 6:25 horas del día 15 de abril de 2013, cuando debió haber sido cada treinta minutos, según lo señala la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido:**

“(…) 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 (…).”

Por consiguiente, con los elementos de prueba citados con anterioridad, ha sido confirmado que durante la esfera de competencia de atención médica por parte de la Doctora **Araceli Flores Soriano** a la paciente hoy quejosa, durante su labor de parto, no efectuó la supervisión a la paciente y al producto cada 30 minutos como lo dicta la Norma Oficial Mexicana relativa a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Luego, resulta demostrado que de la Doctora **Araceli Flores Soriano**, actuó al margen de la normativa aplicable en la atención de la labor de parto de la paciente XXXXXXXX, evitando la prioridad de su atención, ignorando 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 (…).”

En efecto, resulta evidente que la Doctora **Araceli Flores Soriano**, atendió de manera tardía a la ahora quejosa, pues su primer contacto con la misma fue cuatro horas después de su ingreso y fue hasta las 6:25 horas que decidió pasarla a la sala de expulsión, esto es, más de cuatro horas después de su primer contacto con la misma.

Por lo que consideramos que las atenciones que le prestó dicho servidor público a la agraviada fueron en tiempos muy prolongados, pues no observó la Norma Oficial Mexicana que establece que las mismas deben ser cada media hora, como ya se especificó con anterioridad, lo cual de cierta manera complicó el desarrollo del trabajo de parto al que estaba siendo sometida la inconforme, aunado a que es el conocimiento de la mencionada profesionista que el resultado del embarazo puede ser incierto, y lo cual pudo sufrir complicación alguna, y lo que es peor, la misma sabía que en el horario en que estaban ocurriendo los hechos no se contaba con personal médico especializado, que pudiese intervenir en caso de una emergencia, lo cual ocurrió sobre el particular, ya que este nosocomio es de primer nivel, es decir, que no cuenta con la capacidad para atender casos emergentes como el del presente caso.

Por tanto, las irregularidades anteriormente probadas y llevadas a cabo por la Doctora **Araceli Flores Soriano**, en el desempeño de su labor médica, se traduce en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** cometida en agravio de **XXXXXXX**; circunstancias que en definitiva resultan al margen de lo establecido en la NORMA OFICIAL NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 15 de octubre del año 2012, que obliga a la elaboración de notas por cada atención proporcionada, en las cuales además se deben anotar la evolución del cuadro clínico, diagnóstico, etc., sin tachaduras y enmendaduras, 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...)

Además, la narrativa de los profesionales de la salud, relacionada con los datos del expediente clínico, advierten que la intervención de canalización fue tardía para la atención oportuna del alumbramiento, lo que en la especie no ocurrió, **retrasando aún más la obtención del producto**, mismo que nació con “caput”, esto es que tenía la cabeza moldeada por el tiempo que transcurrió en el trabajo de parto, inobservando lo previsto por la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa 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 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 (…).”

Amén de evitar la consideración primaria de que la atención materno infantil tiene carácter prioritario en el Estado de Guanajuato:

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 (...)”.

Lo que determina el actual juicio de reproche que en el actual se dirige en su contra.

B).- Respecto de la falta de atención médica que la ahora quejosa le atribuye al doctor Guillermo Orozco Gutiérrez, en fecha 13 de octubre de 2013, podemos señalar lo siguiente:

Atención médica durante el embarazo

Primeramente es importante señalar que cuando una persona que se encuentra en etapa de gestación, acude a un Centro de Salud, lo hace con la finalidad de recibir una atención médica, no solo para sí misma sino también para el gestante, pues éste también tiene derecho a recibir atención médica, y todos los beneficios que el sector salud ofrece a sus afiliados, aunque todavía no hayan nacido. Es decir, son seres humanos titulares de derechos.

Ahora bien, en efecto XXXXXXXX, hizo la siguiente afirmación:

“... el día 13 trece de octubre yo estaba nuevamente embarazada, tenía un mes de embarazo y acudía las 18:00 horas al Hospital Comunitario de esta ciudad, porque tenía sangrado, y al llegar fui atendida por el Doctor Orozco a quien le comenté del sangrado, y no me revisó, solamente me dijo que era normal y que en dicho Hospital no tenían aparatos para hacer el ultrasonido que fuera con un particular, luego regresé a mi casa y al llegar noté que presentaba más sangrado por lo que nuevamente fui con el Doctor Orozco, quien por segunda ocasión no me revisó, solamente me dijo que me checara bien, que a lo mejor no estaba embarazada y que el sangrado era mi ciclo menstrual, que me regresara a mi casa a descansar...A los 3 tres días ya cuando junté dinero fui a realizarme un ultrasonido con un médico particular de nombre XXXXXXXX...quien me indicó que yo tenía amenaza de aborto...”.

Primeramente el Doctor **Guillermo Orozco**, médico general “A” adscrito al Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato, al rendir el informe que le fuera solicitado por este Organismo, señaló que en efecto labora en dicho nosocomio y su turno fijo es jornada acumulada “A”, con un horario de 20:00 a 08:00 horas los días lunes, miércoles y viernes, y que los hechos narrados por la quejosa, ocurrieron el día 13 trece de octubre de 2013, dos mil trece, fecha en la que no laboró, anexando oficio de asignación de jornada.

Posteriormente dicho profesional señaló al comparecer ante este Organismo de Derechos Humanos lo siguiente:

“...una vez que se me ha puesto a la vista la nota médica de fecha 14 catorce de octubre de 2013, dos mil trece, la cual obra dentro del presente expediente a foja (196), refiero que la misma la ratifico en todas y cada una de sus partes, en virtud de que yo la elaboré de manera personal por la atención que le brindé a la referida quejosa XXXXXXXX, en la fecha y hora señalada, reconociendo como mía la firma que obra al calce de la misma, y al respecto quiero mencionar que sí se le dio la atención médica a esta paciente de acuerdo a las condiciones en las que ella se encontraba, las cuales se anota en dicha nota médica y en la cual se asienta lo siguiente que acude refiriendo su última menstruación fue el día 2 dos de septiembre del 2013, dos mil trece y trae resultados con prueba de embarazo positiva, mencionando que le salió líquido con sangre escasa por vía vaginal el día de esta revisión a las 19:30 horas con dolor abdominal escaso, a la exploración física no se palpa crecimiento uterino y al tacto vaginal el cérvix posterior firme sin dilatación ni borramiento y a la salida de guante sangrado muy escaso oscuro, dichas condiciones de la paciente se le diagnostica como una amenaza de aborto que en el momento no requiere hospitalización, y para saber las condiciones del producto se solicita un ultrasonido vaginal para normar la conducta a seguir de acuerdo al resultado, se aplicó analgésico solamente y se le indicó acudir con el resultado de ultrasonido...”.

De la referida nota médica de fecha 14 catorce de octubre de 2013, suscrito por el doctor Guillermo Orozco, se desprende lo siguiente:

“...TRAE RESULTADO DE PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA, REFIERE SALIO LIQUIDO CON SANGRE ESCASO Y EL DÍA DE HOY APROX. 19:30 HRS ADEMÁS DE DOLOR ABDOMINAL COLICO ESCASO AYER ACUDIO POR DOLOR Y REFIERE SESPECIFICADO... CONSCIENTE TRANQUILA BIEN PORIENTADA CARDIOPOLMUNAR NORMAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO SE PALPA CRECIMIENTO UTERINO TV CERVIX POSTERIOR FIRME SIN DILTACION NI BORRAMIENTO A SALIDA DE GUANTE MUY ESCASO SANGRADO OSCURO...AMENAZA DE ABORTO.BUTILHIOSCINOVA IM ULTRASINIDO VAGINAL...”.

Es importante señalar que la nota médica de referencia, presenta como fecha de elaboración el día lunes 14 de octubre de 2013, marcando además las 21:00 horas, y que dentro del mismo se asentó que la valoración de la

quejosa ocurrió ese mismo día pero a las 19:30 horas, incluso se hizo un señalamiento respecto a que la agraviada había acudido el día de ayer (13 trece de octubre de ese mismo año) por dolor.

Circunstancia anterior que denota desatención a la NORMA OFICIAL NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 15 de octubre del año 2012, que obliga a la elaboración de notas por cada atención proporcionada, en las cuales además se deben anotar la evolución del cuadro clínico, diagnóstico, etc., sin tachaduras y enmendaduras, 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.

De lo que se colige que el Doctor **Guillermo Orozco Gutiérrez**, no acreditó haber tomado precauciones tendientes a evitar un daño mayor tanto en la salud de la quejosa como del producto, sino que por el contrario la dejó en total abandono, aunado a que dicho servidor público se escuda argumentando que no contaba con equipo para realizar ultrasonido, pero tampoco la canalizó a otra institución Médica dependiente de la Secretaría de Salud del Estado, como lo es el Hospital General en Celaya, Guanajuato, por mencionar alguno, en la que se le pudiera realizar el ultrasonido que se requería para poder conocer el estado de salud del producto, y estar en condiciones de brindar el apoyo que se requiera al producto.

Por lo que consideramos que su actuar no fue el apropiado, pues no previó una posible emergencia que pudiera presentar la ahora quejosa, lo cual ocurrió en el presente caso, ni tampoco hizo uso de los medios que tiene a su alcance para garantizar la atención médica que tiene derecho de recibir la agraviada; irregularidades anteriormente probadas y llevadas a cabo por el Doctor **Guillermo Orozco Gutiérrez**, en el desempeño de su labor médica, que se traduce en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** cometida en agravio de **XXXXXXXXXX**.

REPARACIÓN DEL DAÑO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

Una vez que se ha acreditado una violación al derecho de acceso a la salud de **XXXXXXXXX**, 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.*

CONCLUSIÓN

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

médicas o científicas exigibles para dichos servidores *-lex artis ad hoc-*, o al deber de actuar con la diligencia que exige la *lex artis*.

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

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

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

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya a quien corresponda, inicie o en su caso concluya, procedimiento disciplinario en contra de la Doctora **Araceli Flores Soriano** y el Doctor **Guillermo Orozco Gutiérrez**; ambos adscritos al **Hospital Comunitario en Villagrán, Guanajuato**; lo anterior derivado de la imputación efectuada **XXXXXXXX**, misma que hizo consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud** cometida en su agravio.

SEGUNDA.- 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 **XXXXXXXX**, por la violación a sus derechos humanos a causa de los actos atribuidos al personal médico del **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**.

TERCERA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya a quien corresponda, a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requiera la quejosa **XXXXXXXX** 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.

CUARTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para realice las acciones conducentes para que el personal adscrito al **Hospital Comunitario de Villagrán, 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.

QUINTA.- Esta Procuraduría de los Derechos Humanos emite Recomendación al Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, Doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para adopte las medidas legales y administrativas necesarias, con el propósito de hacer efectivo el ejercicio del derecho a protección de la Salud, en cumplimiento de los deberes de prevención y garantía de los derechos humanos reconocidos por la Constitución, Tratados Internacionales suscritos por nuestro país y demás leyes aplicables, verificando que el **Hospital Comunitario de Villagrán, Guanajuato**, se encuentre dotada 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.

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.

Notifíquese a las partes.

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