

León, Guanajuato, al 1er. día del mes de junio de 2016 dos mil dieciséis.

**VISTO** para resolver expediente número **87/15-D**, relativo a la queja presentada por **XXXXX**, respecto de actos que considera violatorios de Derechos Humanos cometidos en su agravio, los cuales se atribuyeron a **Personal Médico adscrito al Hospital General “Dr. Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, Guanajuato.**

**Sumario.- XXXXX** se dolió de la actuación del Personal Médico adscrito al Hospital General “Dr. Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, que la recibió y atendió en la madrugada del día 4 de agosto del año 2015 dos mil quince, siendo dos personas que en el área de labor le colocaron el monitor para escuchar el latido cardiaco de su bebé, y durante las dos horas siguientes únicamente la revisaron una vez, luego le colocaron un medicamento en el suero, en ese lapso intentaron verificar su dilatación pero ya no pudieron porque a ella le temblaban mucho las piernas e inmediatamente fue preparada para realizarle una Cesárea; al nacer el bebé le dijeron que tenía asfixia severa perinatal, siendo su inconformidad la atención que le fue proporcionada, la que considera inadecuada y que a la postre determinó el fallecimiento de su hijo.

## CASO CONCRETO

### Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No obstante, se considera que los referidos casos no son los únicos que atentan contra la vida y la salud de las personas, por lo que la protección jurídica debe ser ampliada. En ese sentido, se hace necesario establecer mecanismos de

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

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

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

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

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

Hipótesis violatoria de derechos humanos que determina la práctica médica errónea, negligente o descuidada que causa graves e irreparables daños a los pacientes-víctimas.

Las reflexiones anteriores son pertinentes en relación con la imputación de **XXXXX**, quien se dolió de la actuación del personal médico adscrito al Hospital General “Dr. Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, a quien atribuyó la responsabilidad de que su bebé naciera con asfixia perinatal, lo anterior al no concederle atención médica oportuna, puesto que al ser hospitalizada, no recibió vigilancia constante, no le fue colocado de manera inmediata el monitor fetal, ni le fue realizado ningún ultrasonido para verificar la condición del bebé, pues manifestó:

*“...por la madrugada ya del día 4 cuatro de agosto de 2015 dos mil quince, las contracciones eran todavía más fuertes con espacio de siete minutos aproximadamente, me presenté en el hospital, un tercer médico de urgencias después de explorarme indicó hospitalización y ordenó me pasaran al área de labor de parto, pero no permaneció en el lugar sino que me quedé a cargo de dos personas de sexo masculino, quienes no me colocaron de manera inmediata un monitor para escuchar el latido cardiaco de mi bebé, sino que me pusieron en una cama donde estuve aproximadamente 2 dos horas, en ese lapso de tiempo solamente me revisaron una vez la dilatación que tenía y me indicaron colocarme de costado lo cual no podía hacer porque ya los dolores eran muy fuertes, pues incluso también me habían puesto una inyección en el suero cuando había pasado aproximadamente hora y media desde la hospitalización; cerca de haber transcurrido las dos horas, intentaban verificar la dilatación pero yo ya no me podía mover porque las piernas me temblaban mucho y las contracciones ya eran de mucho dolor, observé que me colocaron un monitor en el abdomen y después estas dos personas a las que me refiero, hablaron entre sí como alarmados, quitándome el monitor fetal para realizarme un ultrasonido, enseguida dijeron que ya había desprendimiento de placenta y que era necesario le hablaran al ginecólogo, me prepararon para realizarme cesárea, después de ello supe que mi bebé nació muy grave porque tuvo asfixia perinatal, y considero que esto fue debido a la falta de atención médica oportuna, puesto que cuando fui hospitalizada, no me fue colocado de manera inmediata el monitor fetal, ni me fue realizado ningún ultrasonido para verificar la condición de mi bebé...”*

En posterior comparecencia, se le dio a conocer a la parte quejosa el contenido del informe rendido por la autoridad de salud, ante lo cual insistió en considerar que la atención médica que recibió fue inadecuada, lo que provocó que su bebé falleciera, pues declaró:

*“...yo sigo considerando que la atención que recibí, no fue la adecuada, porque aunque se afirma en el informe, que se registró en el partograma que estuve monitoreada, así como la frecuencia de mi bebé cada hora, y al final con un espacio de media hora, no fue así, esto lo afirmo porque el mismo día que acudí a presentar mi queja ante este Organismo, mi pareja y yo solicitamos una explicación en el Hospital Felipe G. Dobarganes y nos atendió el Subdirector de dicho Hospital, estando presente la jefa de pediatría y una señorita de recursos humanos, de quienes no conozco sus nombres, mi pareja le preguntó al subdirector cada cuánto se me tenía que revisar si ya había iniciado trabajo de parto y le contestó que cada 20 veinte minutos, pero no fue así, por lo que considero que si se me hubiese brindado atención oportuna y adecuada, mi bebé no hubiera fallecido...”*

Al caso, se confirmó el fallecimiento del bebé de la inconforme, esto de acuerdo al **certificado de defunción** folio **150268852** (foja 91), a nombre del recién nacido de apellidos Precoma Flores, nacido en fecha 04 de agosto del 2015, con fallecimiento en el día 13 de agosto del mismo año, por causa de *“insuficiencia renal aguda de siete días de evolución, debido a hemorragia cerebral severa de 8 días, a consecuencia de aspiración de meconio de 9 días anteriores al fallecimiento, derivado de asfixia perinatal de 9 días anteriores a la muerte”*

Al respecto **XXXXX**, señaló haber sido voluntario de la Cruz Roja y por ello reconoció que su pareja, ahora quejosa, se encontraba en trabajo de parto, por lo que la condujo al Hospital General “Dr. Felipe G. Dobarganes”, en donde quedó hospitalizada, informándole una doctora que ya se encontraba en trabajo de parto.

A las tres de la mañana –dijo- un doctor y un ginecólogo le informaron que su pareja presentaba desprendimiento de placenta y le solicitaron autorización para la práctica de una cesárea, posteriormente, salieron nuevamente los doctores informándole que su pareja había salido bien, pero el bebé no, al haber tenido asfixia prenatal derivado del desprendimiento de la placenta, falleciendo nueve días después.

Confirmó que su pareja le comentó que durante la atención del parto, ella seguía con dolores pero la habían dejado en una camilla, sin revisarla y sin colocarle monitores, que la inyectaron y los dolores continuaron más fuertes, lo que comentó al doctor que la revisó después de hora y media, y entonces al hacer un tacto vaginal, dijo que ya se había pasado, hablando a otro doctor para la práctica de la cesárea, pues declaró:

*“...fui voluntario en Cruz Roja y conozco los protocolos, llegamos a urgencias, la recibieron y la pasaron al interior, aproximadamente pasó una hora una doctora me dijo que se iba a quedar porque se encontraba en trabajo de parto que el niño venía bien, que le consiguiera lo que iba a necesitar mi esposa...”*

*“... a las tres de la mañana un doctor y un ginecólogo hablaron conmigo en la sala de espera me decían que había desprendimiento de placenta y que el niño venía mal, yo me inconformaba ya que tenía mucho tiempo en espera, me dieron una hoja para firmar la autorización para la práctica de una cesárea, yo firmé el documento...”*

*“...después salieron los dos doctores que había citado diciéndome uno de ellos que mi pareja había salido bien pero mi menor hijo no, diciéndome que había tenido asfixia prenatal derivado del desprendimiento de la placenta...”*

*“... me dejaron ver a mi esposa y le cuestioné qué había sucedido respondiéndome que una vez que entró la dejaron en la camilla, seguía con dolores no la revisaron, ni le pusieron monitores, que solo se dio cuenta que le pusieron una inyección intravenosa, que después continuo con los dolores más fuertes que le comentó a un doctor que tenía los dolores muy fuertes, esto fue durante un lapso de una hora y que al pasar una hora y media le dijo el doctor voltéese, le respondió que no podía que eran muy fuertes los dolores y que el doctor se asustó y le habló a otros doctores, que después llegó un doctor que le hizo un tacto vaginal diciéndole esto ya se pasó, ya valió madres, diciendo que le hablaran a otro doctor para practicarle la cesárea, diciéndome además mi pareja que no hubo ningún chequeo durante el lapso de una hora y media que ella ingresó al interior del hospital...”*

*“...mi hijo duró en pediatría nueve días y falleció por problemas respiratorios, poniendo cuatro causas como complicaciones (insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral severa, aspiración de meconio, asfixia perinatal y choque distributivo)...”*

Ante la imputación, el doctor **Jorge Vidargas Rojas Director de del Hospital General “Dr. Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, Guanajuato**, aludió la atención médica brindada a la parte lesa, misma que fue canalizada al área de hospitalización el día 4 de agosto del año 2015 dos mil quince, a cargo del médico especialista en ginecología y obstetricia **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, así como el médico interno de pregrado **Joseph Edward Lumsden Jacinto**.

Siendo valorada la paciente por parte del Dr. **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, a las 03:00 horas, dejándole a libre evolución, siendo revalorada a las 05:00 horas por el mismo doctor, agregando oxitocina y a las 6:30 horas la paciente presentó hemorragia transvaginal moderada a severa y la frecuencia cardiaca fetal descendió hasta 100 latidos por minuto, presentó hipertensión uterina, se realiza ultrasonido observando bradicardia de 80 latidos por minuto y desprendimiento de placenta, se practicó cesárea de la que se obtuvo Asfixia Perinatal Severa, recibiendo producto masculino, con líquido amniótico meconial, pues acotó:

*“...En relación a la atención referida el día 4 de agosto del año en curso, fue valorada en el área de Urgencias a las 01:15 hrs por el Dr. Samuel Cabrera Ruiz, quien la encuentra con embarazo de 39.2 semanas y trabajo de parto, con actividad uterina regular, 6-7 centímetros de dilatación, 90 % de borramiento y membranas íntegras, por lo que indica la hospitalización e ingreso al área de Labor, apejándose a la GPC Vigilancia y manejo del trabajo de parto. La paciente pasa al área de labor quedando a cargo del Dr. Hugo Enrique Fajardo Castellanos quien funge como médico especialista en Ginecología y Obstetricia y el Médico interno de pregrado Joseph Edward Lumsden Jacinto, lo anterior en virtud de que el Dr. Samuel Cabrera Ruiz es médico general asignado al área de urgencias.*

**La paciente al ingresar al área de Labor es valorada por el Dr. Hugo Enrique Fajardo Castellanos a las 03:00 hrs encontrando contra tildad uterina regular de 3 en 10 minutos, dilatación de 5 cm y borramiento 70%, amnios íntegro y pelvis clínicamente útil, por lo cual se mantiene a libre evolución.**

**A este respecto la GPC Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto menciona se recomienda la auscultación intermitente (con Pinard, monitor o doptone) de la frecuencia cardiaca fetal... en el**

*punto 4.9 Utilidad de la monitorización fetal.*

*XXXXX menciona que en un lapso de 2 hrs solamente le revisaron una vez la dilatación y le indicaron colocarse de costado. La GPG Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en el punto 4.10 Perioricidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto, da la recomendación en la fase activa del trabajo de parto , se realizará tacto vaginal cada 2 hrs ... y en el punto 4.14 Posición en el periodo expulsivo menciona las posiciones verticales o laterales (de lado), comparadas con supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa del parto y menos patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal.*

***La paciente es revalorada a las 05:00 hrs por el Dr. Hugo Enrique Fajardo Castellanos** encontrando dilatación cervical de 6 cm y borramiento 70 % , amnios íntegro y refiere ha presentado disminución en la frecuencia de la contractilidad , por lo cual agrego oxitocina ... La GPC Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en el punto 4.3.1 Indicaciones para conducción de trabajo de Parto refiere si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía u oxitocicos. Y como lo refiere en la nota y partograma, la progresión entre las 03:00 y 05:00 hrs no era la normal por lo cual se inició conducción con oxitocina, lo cual se encuentra consignado en las indicaciones médicas y en la hoja de enfermería.*

*A las **06:30 hrs** la paciente presenta hemorragia transvaginal moderada a severa y la frecuencia cardiaca fetal desciende hasta 100 latidos por minuto, presenta hipertonia uterina que se mantiene, se realiza ultrasonido observando bradicardia de 80 latidos por minuto y **desprendimiento de placenta**, como consta en la nota médica de la hora mencionada; debo mencionar que el ultrasonido fue realizado por el Dr. Hugo Enrique Fajardo Castellanos quien es médico especialista en ginecología y obstetricia.*

*“...En relación al nacimiento, producto de sexo masculino, termino, eutrófico, con Asfixia Perinatal Severa... recibiendo producto masculino, con líquido amniótico meconial... Se encuentra con asfixia Perinatal Severa, Aspiración de meconio, pb muerte cerebral, se pasa a UCIN, para manejo con ventilación mecánica, líquidos, aminas y medidas generales. Grave probable muerte en breve”.*

Al respecto, el médico general **Samuel Cabrera Ruiz**, refirió haber decidido la hospitalización de la quejosa, al comentar:

*“...a la 01:15 una con quince minutos, atendí a la paciente **XXXXX**, quien cursaba un embarazo, me explicó los síntomas que presentaba, la revisé encontrando en ella una dilatación del cuello uterino de entre 6 seis y siete centímetros, verifiqué el latido cardiaco del bebé con doppler, estaba dentro del parámetro normal (144 latidos por minuto), de acuerdo a la dilatación y a las contracciones continuas que estaba teniendo, decidí hospitalizarla...”*

En secuencia, el médico especialista **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, señaló que atendió a la quejosa al desocuparse de otra paciente, apreciando en su nota médica que ella fue valorada en urgencias a la **01:15** horas, y que al explorarla se dio cuenta que se encontraba en trabajo de parto, dejándole a libre evolución, sin aplicar “oxitócico, y sin monitoreo fetal con ultrasonido, ya que esto no es médicamente indicado, empero –dijo- realizó vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y de la madre con “doppler”, que sí es lo indicado y llevó a cabo revisiones cada treinta a sesenta minutos, según el partograma.

Agregando que a las cinco horas la revisó, sin que hubiera progresado el parto, así que aplicó oxitocina, colocando el monitor fetal disponible y a las 6:30 horas, luego de atender a otra paciente, escuchó que el monitor fetal mostró variaciones en la frecuencia fetal, la quejosa mostraba dolor intenso, con útero duro y bradicardia fetal (latidos en frecuencia cardiaca menor a la normal), realizó ultrasonido detectando desprendimiento total de placenta, por lo que solicitó el quirófano para operarla de urgencia, siendo que el pediatra encontró al bebé flácido, realizando la reanimación neonatal, pues declaró:

*“...en el momento en que ingresó la quejosa a la sala, me encontraba con mi auxiliar atendiendo a una mujer en trabajo de parto... en cuanto me desocupe, acudí con la quejosa pero desconozco a qué hora ingresó al área de trabajo de parto, sé por la nota que existe en el expediente que el médico de urgencias la valoró a la 01:15 horas...”*

*“...en cuanto vi a la quejosa la exploré y verifiqué que estaba en trabajo de parto, con frecuencia cardiaca fetal, normal de 144 latidos por minuto, refería percibir movimientos fetales, dolor y con dilatación menor a lo referido en la nota de urgencias (lo cual es habitual), con contracciones de 3 tres en un lapso de 10 diez minutos, por lo cual se deja a libre evolución, esto sin uso de oxitócico (que es un medicamento para aumentar los dolores) esto en apego a la guía de práctica clínica para la atención y vigilancia de trabajo de parto, misma que no indica se deba*

realizar monitorización electrónica de manera inmediata, esto lo digo en relación con lo manifestado con la quejosa en el sentido de que no se le realizó ultrasonido, ni se le colocó monitor fetal a su ingreso, ya que esto **no es médicamente indicado**, no significa que no haya realizado vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal de la señora y del producto, si lo hice, pero fue con doppler y esto sí es médicamente lo indicado de acuerdo a la guía de referencia, en cuanto al ultrasonido, en el momento de la revisión no era necesario, ya que encontré a la quejosa estable (con síntomas de inicio de trabajo de parto), lo que sí indica la guía es revisión en periodos de 30 treinta minutos a 60 sesenta minutos, en el caso concreto sí lo hice como así se puede ver en el partograma que obra en el expediente clínico...”

“...A las 5:00 horas al revisarla noté que no había una progresión adecuada de trabajo de parto...”

“...en apego a la guía de práctica clínica, el plan de manejo cambió de libre evolución a conducción de trabajo de parto: uso de oxitocina para favorecer el avance de trabajo de parto, además le hice un tacto dándome cuenta que solo había avanzado un centímetro de dilatación en 2 dos horas y como me había comentado el médico interno que la frecuencia de la contractibilidad había disminuido (ya no tenía dolores tan seguidos), en tanto hacía efecto el medicamento y le coloqué el monitor fetal disponible...”

“...minutos antes de las 06:30 seis treinta horas, escuché que el monitor fetal mostraba variaciones en la frecuencia fetal (no se imprimió porque no hay papel en la máquina) y que la paciente se quejaba de dolor intenso, detectando en ese momento hipertensión uterina (útero duro) y bradicardia fetal (latidos en frecuencia cardíaca menor a lo normal) por lo que procedí al manejo habitual de reanimación in útero (aplicar solución en carga sin oxitocina, cambio de posición de la paciente para favorecer el aumento de la frecuencia cardíaca) pero como no había respuesta en un lapso de aproximadamente 3 tres a 5 cinco minutos, opté por realizar ultrasonido, detectando de acuerdo a lo escrito en mi nota de las 06:30 horas, desprendimiento total de placenta (no se imprimió porque el aparato no cuenta con papel), solicité el pase de la paciente a quirófano para operarla de urgencia...”

“...iniciamos procedimiento y corroboré el desprendimiento placentario del 100 cien por ciento, saliendo la placenta previamente al polo cefálico (primero que el bebé) el pediatra notó al bebé en estado flácido, por lo que inicia reanimación neonatal y su pase urgente a la unidad de cuidados intensivos, se tuvo como hallazgo el útero infiltrado (la sangre se fue hacia las paredes del músculo del útero pues no hubo salida vía vaginal) y la presencia de un mioma en cara posterior, presentó hipotonía (falta de contracción del útero, por lo que estaba flojo, lo normal es que se contraiga para que no sangre), lo cual resolví aplicando úterotónicos y masaje”.

No obstante lo acotado por el médico **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, en cuanto a la revisión continúa a la paciente anterior y posterior, a la aplicación de oxitocina, no resultó avalado dentro del expediente clínico a nombre de **XXXXX**.

Al mismo punto, el médico especialista en anestesiología, **Eduardo Cortés Vega**, señaló haber sido informado por parte del doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, a las 6:30 horas, que requería una cesárea de urgencia, así que él se presentó en el quirófano atendiendo a la quejosa, misma que no contaba con monitoreo electrónico, de ahí que asentó tal situación con un signo de interrogación en la nota médica correspondiente, efectuando su procedimiento sin problemas, realizando la intervención quirúrgica el doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, naciendo el bebé a las 6:45 horas, pues comentó:

“...aproximadamente a las seis horas con treinta y cinco minutos fui informado por el Doctor **Hugo Fajardo** de que la paciente **María Gloria Flores** requería cesárea de urgencias, me presenté en el quirófano y aplique anestesia regional, hago mención de que solicité un anestésico que debería existir con la finalidad de proporcionar seguridad a la paciente acortar el tiempo de inicio de la anestesia, y me fue proporcionado uno diferente, inicié la anestesia y administré un medicamento endovenoso para facilitar el inicio de la cirugía dicho medicamento no interfiere con la seguridad de la paciente ni con el bienestar fetal incluso está indicado en los casos de patologías graves como la que presentaba la paciente, la monitorización incrementa el índice de seguridad sobre el bienestar de la paciente aunque esto puede ser corroborado de manera visual y táctil con una exactitud ligeramente menor a la **monitorización electrónica de la cual no había**.

Independientemente de ello la extracción del producto se realizó de manera correcta en un tiempo inferior a diez minutos de iniciado mi procedimiento lo cual está dentro de los márgenes de seguridad máxima para interferir con el desarrollo del evento y la salud fetal, en las notas medicas asenté a esta hora ser informado de necesidad de cesárea por desprendimiento placentario el monitor no está armado y signo de interrogación, ministro anestesia regional con xilocaína con epinefrina, solicite epinefrina no fue proporcionada facilito inicio con cincuenta miligramos de Ketamina, Nacimiento 6:45 a.m. paciente estable cuando puedo tomo presión arterial y saturación de oxígeno (6:50) y la presión arterial es 95/50 frecuencia cardíaca 115 por minuto, egresa con Aldrete 9 tras cuarenta minutos de proceso sin modificación de constantes vitales presión arterial 95/65 frecuencia cardíaca 115 por minuto, saturación de oxígeno 97 por ciento, sangrado aproximado setecientos mililitros la firma que obra en dicha nota es mía la cual reconozco como propia, en cuanto a lo que se me pregunta a que me refiero cuando en mi nota médica asenté signos de interrogación el monitor no está armado, **lo asenté por que ignoraba porque no estaba armado el monitor para la paciente el cual sirve para vigilar a la misma...**”

“...al momento de mi intervención, el cirujano que practicó la cirugía fue el Doctor **Hugo Fajardo...**”

En ese tenor, la enfermera general **María Lourdes Orduña Herrera**, señaló que a las tres de la mañana, la enfermera de transfer canalizó a la entonces paciente a la sala de toco-cirugía, encontrándose a cargo el doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos** auxiliado por el médico de pregrado, quienes se encargaron de realizar la historia clínica de la paciente, sin percatarse en qué momento el doctor **Fajardo** pudo haberle hecho el tacto, ni en qué momento le haya colocado monitor fetal, ni cuando haya realizado ultrasonido.

Confirmó también que el doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos** le solicitó suministrar oxitocina a la paciente, lo que así sucedió y quedó asentado en la hoja de enfermería y más tarde el mismo doctor le informó que la paciente pasaría a quirófano por lo que al vendarle las piernas, vio que tenía monitor fetal sobre su vientre y aun lado el aparato para ultrasonido, todo lo que retiró para que el camillero la llevara al quirófano, naciendo el bebé a las 6:45 horas, impregnado de meconio, por lo que auxilió al Pediatra en su reanimación, pues declaró:

*“...el día de los hechos me encontraba solamente yo, como enfermera en el área de Tococirugía, alrededor de las 3:00 tres de la mañana, llegó la enfermera de urgencias a transfer y me dijo que la paciente **XXXXX** ingresaría a sala de toco cirugía... como enfermera me corresponde realizar las indicaciones del ginecólogo, en esa ocasión solo estaba el doctor **Hugo Fajardo**, lo estaba auxiliando el médico de pregrado...”*

*“...al recibir a la quejosa ella ya estaba preparada con una bata de hospitalización, pues esta preparación la hizo la enfermera de urgencias, ella me entregó dos hojas referentes a la revisión e indicaciones del médico de urgencias, al parecer tenía 7 siete centímetros de dilatación, el camillero la dejó en una de las camas de labor de parto, ya estaba canalizada (tenía suero), le avisé al doctor **Fajardo** de su ingreso, él se encargó con el médico de pregrado de realizar su historia clínica...”*

*“...en el caso de la quejosa no me di cuenta en qué momento el doctor Fajardo le hizo el tacto, ni en qué momento le colocó el monitor fetal, como tampoco vi cuando realizó ultrasonido, y no me constan los hechos que refiere la señora en relación a que se le pretendía colocar de lado, lo que sé es que es una posición que favorece a las pacientes en trabajo de parto porque evita oprimir los órganos...”*

*“...el doctor **Fajardo**, me solicitó le suministrara oxitocina a la señora, lo cual está anotado en la hoja de enfermería y más tarde me indicó que iba a pasar a la paciente a quirófano por lo que enseguida me apresure a vendarla de las piernas y vi que tenía monitor fetal sobre su vientre y aun lado el aparato para ultrasonido, retiré la solución que tenía para colocarle solución hartman, retire el monitor para que el camillero la llevara al quirófano...”*

*“...se realizó el procedimiento quirúrgico, mismo que recuerdo fue rápido, a las 6:45 seis horas con cuarenta y cinco minutos nació el bebé y estaba impregnado de meconio (popo del bebé) asistí al pediatra para reanimarlo, para esto le acerque el aspirador y el oxígeno, él estuvo haciendo maniobras de reanimación por un lapso aproximado de 20 veinte a treinta minutos pues el bebé no tenía movimiento, después lo intubó y me solicitó pasarlo en incubadora al área de Cuidados Intensivos Neonatales acudí acompañada del médico de pregrado y lo entregamos a las dos enfermeras asignadas a pediatra, enseguida regresé a quirófano para continuar auxiliando en el procedimiento de la paciente...”*

En consonancia, el médico pediatra **Rodolfo Muñiz Rodríguez**, señaló que a las 6:00 horas fue informado de que se realizaría una cesárea, por lo que acudió al quirófano en donde el anestesiólogo aplicaba bloqueo a la paciente, seguido a lo que el ginecólogo empezó a abrir para extraer el bebé. Comentado que había desprendimiento de placenta, y al recibir al bebé advirtió su condición grave, realizando maniobra de reanimación, canalizándole a terapia de cuidados intensivos, pues aludió:

*“...alrededor de las 06:00 seis horas, me fue informado que se realizaría una cesárea a la paciente de quien después supe tiene por nombre **XXXXX**, me dirigí al quirófano de tococirugía, mi presencia fue muy oportuna, puesto que cuando llegué a éste, el anestesiólogo estaba aplicando a la paciente el bloqueo y enseguida el ginecólogo empezó a abrir para extraer al bebé y me explico que hubo desprendimiento de placenta, sin saber cuánto tiempo había pasado desde que se desprendió, cuando la placenta se desprende el producto (bebé) se queda sin riego sanguíneo y sin oxigenación, no pueden pasar más de cinco minutos bajo esta situación, de lo contrario las consecuencias suelen ser fatales e irreversibles porque el cerebro del bebé empieza a morir a partir de los cinco minutos; es el caso que cuando recibí al bebé, advertí su condición era grave, sin poder precisar cuánto tiempo pudo haber estado sin riego sanguíneo, ni oxigenación, pero estaba sin latido cardíaco y sin respiración, realice maniobras de reanimación y logré que su corazón latiera, lo intube e indique canalización a terapia de cuidados intensivos, desafortunadamente el diagnostico era de no sobrevivencia, sin embargo el bebé estuvo varios días en el hospital pero no evolucionó satisfactoriamente sino que falleció a causa de una falla orgánica múltiple y esto derivado de que se quedó sin riego sanguíneo y oxigenación...”*

Obrando en el expediente, las constancias del **expediente clínico** de **XXXXX** (foja 107 a la 132).

Siendo de preponderante importancia considerar la opinión médica del Doctor T. **Ernesto García Caratachea**, **Comisionado Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico** en relación al caso que nos ocupa.

*Profesional de la salud que hizo notar que el expediente clínico de la paciente no se encontró integrado de acuerdo al: “APENDICE A (Informativo) del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de calidad de los criterios y cumplimiento normativo de integración del expediente”, señalando que la paciente presentaba factores de riesgo para desprendimiento de placenta como lo era su edad, 35 años, y la aplicación de oxitocina, amén de que los estudios de gabinete no reemplazan la vigilancia clínica a través de anamnesis y exploración física oportuna, haciendo notar que no se cuenta con evidencia escrita respecto de la realización del consentimiento informado posterior a la aplicación de oxitocina, ni de la monitorización continua y vigilancia de la contractibilidad uterina cada 15 minutos, como lo establece la NOM 007,*



omisión de vigilancia posterior a las cinco horas que originó que la complicación no fue detectada con oportunidad. Sin que el partograma conceda certeza sobre la vigilancia de la paciente, al contener alteración en el llenado, con anotaciones fuera de los marcos establecidos que contienen secuencia lógica en temporalidad y espacio, atendándose además las atenciones brindadas a otras pacientes, ello para corroborar o descartar situaciones de tiempo, modo y lugar.

Haciendo notar que en el resumen médico del director de la Unidad Hospitalaria, se hace manifestación de la presencia de *polisistolia* la cual se considera un estado de *hipercontractibilidad uterina* de más de cuatro contracciones en 10 minutos, empero el expediente clínico no documentó la presencia de tal situación, amén de no contar con registro de **vigilancia de la contractibilidad uterina** posterior a la administración de oxitócina, lo anterior a pesar de que **era una posibilidad la cual no fue adecuadamente valorada, ya que es un efecto secundario por el uso de la oxitócina**; lo que concibió posibilidad de desencadenar el desprendimiento de placenta normoinsera por el uso de la oxitócina por un cuadro de hipercontractibilidad uterina.

Sin que conste **evidencia del uso de útero inhibidores u oxígeno a la paciente para tratar de corregir tal situación**, ergo, consideró no ser posible argumentar la adecuada vigilancia por parte de los médicos tratantes, pues en caso de haber detectado compromiso fetal sospechado o comprobado, **debió realizarse la evacuación abdominal del producto de urgencia mediante la realización de una cesárea de manera oportuna**, lo que en la especie no ocurrió, ya que tal opinión médica se lee en el siguiente sentido:

“... El expediente clínico de la paciente debe de estar integrado, dentro de nuestro análisis se encontraron las siguientes observaciones en base al APENDICE A (Informativo) del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de calidad de los criterios y cumplimiento normativo de integración del expediente. Los cuales **no se encuentran integrados de acuerdo** a esta reglamentación.

“... Si bien es cierto que los estudios de gabinete son importantes, **jamás remplazarán la vigilancia clínica de un paciente a través de la anamnesis y exploración física oportuna**; en el diagnóstico complementario del binomio en el curso del embarazo, el ultrasonido tiene indicaciones específicas que no excluye de manera determinante otras pruebas clínicas, dentro de las indicaciones de ecografía o ultrasonografía durante el tercer trimestre se encuentran; evaluación de bienestar fetal, crecimiento fetal, alteraciones del líquido amniótico, cordón umbilical y placenta, evaluación del dolor abdominal o pélvico, y evaluación de la pelvis materna (masas uterinas y anomalías uterinas).

**La paciente presentaba factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI)** como lo son la edad de 35 años, y la presencia de sobre distensión uterina de manera indirecta **por la administración de oxitócina** a las 05:00 horas del día 04 de agosto del 2015, es importante señalar al respecto que existe la indicación y justificación en la nota de evolución anteriormente citada, mas no existe la evidencia escrita de la realización del consentimiento informado, posterior a la administración de la oxitócina se la monitorización continua, la vigilancia de la contractibilidad uterina que debió de haberse realizado en la paciente cada 15 minutos como lo establece la NOM 007 en sus numerales:

*5.4.5 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se realizarán según el criterio médico, previa información y autorización de la paciente, debiéndose aplicar el respectivo protocolo institucional, justificado por escrito, realizado por personal capacitado y bajo vigilancia".*

*5.4.6 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos ameritan consentimiento informado por escrito.*

*5.4.9 El registro e interpretación de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal deberá ser por lo menos cada 30 minutos en la fase activa y cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto".*

**De acuerdo a la indicación de esta última numeral existe una omisión después de las 05:00 horas, en 5 ocasiones de la vigilancia de la contractibilidad uterina, aunado a que no se encontraba bajo monitorización continua a pesar de estar bajo conducción del trabajo de parto con oxitócina, lo que ocasionó que efectivamente fue detectada la complicación y tratada pero no existe evidencia de que haya sido identificada con oportunidad.**

*Es bien conocido que el Partograma es una herramienta fundamental en la vigilancia del trabajo de parto, sin embargo, existe alteraciones en el llenado de este ya que son realizados anotaciones fuera de los marcos establecidos que tienen una secuencia lógica en temporalidad y espacio. Esto es importante ya que deberá de correlacionarse con las atenciones brindadas en las otras pacientes que se encontraban en el servicio por parte de la autoridad peticionaria para corroborar o descartar las situaciones de tiempo, modo y lugar al respecto.*

*Debe de tenerse en consideración que en el resumen médico del director de la Unidad Hospitalaria hace manifestación de la presencia de polisistolia la cual se considera un estado de hipercontractibilidad uterina de más de cuatro contracciones en 10 minutos, no existe evidencia documentada dentro del expediente (Partograma) de la presencia de esta posibilidad, ya que no existe ningún registro de la vigilancia de la contractibilidad uterina posterior a la administración de oxitócina, sin embargo era una posibilidad la cual no fue adecuadamente*

**valorada, ya que es un efecto secundario por el uso de la oxitócina; no existe evidencia del uso de útero inhibidores u oxígeno a la paciente para tratar de corregir esta situación, es de importancia mencionar esto porque cabe la posibilidad de desencadenar un desprendimiento de placenta normoinserta por el uso de la oxitócina por un cuadro de hipercontractibilidad uterina.**

**Si se detecta compromiso fetal sospechado o comprobado (de acuerdo a la severidad de la anomalía de la FCF y de los factores maternos) debe de realizarse la evacuación abdominal del producto de urgencia mediante la realización de una cesárea de manera oportuna, sin embargo si no estaba siendo vigilada la paciente, no se puede argumentar la adecuada vigilancia por parte de los médicos tratantes.**

Tenemos que tener en cuenta dos definiciones importantes para entender la inducción y conducción del trabajo de parto, la inducción: implica la estimulación de las contracciones antes del inicio del trabajo de parto espontáneo con o sin ruptura de membranas. Conducción: se refiere a la estimulación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas por falta de avance la dilatación del cuello uterino y el descenso fetal.

Dentro de las contraindicaciones de la inducción o conducción del trabajo de parto encontramos dentro los factores maternos, el antecedente de ruptura uterina, placenta previa, **talla pequeña** distorsión de la anatomía pélvica, infección activa por herpes genital, cáncer cérvico-uterino. Factores fetales: macrosomía notoria, hidrocefalia intensa, presentaciones anómalas, estado fetal no alentador.

De acuerdo a las valoraciones realizadas antes de la conducción del trabajo de parto y durante la misma no se encuentran elementos objetivos en los cuales se haya determinado la valoración adecuada de la pelvis, presentaciones anómalas o el estado de bienestar fetal adecuado. Por lo que **esta valoración fue incompleta.** Dado lo anterior las indicaciones para la conducción de trabajo de parto son las siguientes:

- Fase latente prolongada (más de ocho horas).
- Trabajo de parto prolongado.

Número de contracciones menor a tres por cada diez minutos.

Cuando se inicie la conducción del trabajo de parto por lo General se inicia a dosis bajas las cuales se van incrementando de acuerdo a la respuesta, iniciando 2 mU/min y se aumentan cada quince minutos a 4,8, 12,16, 20, y 30 mU/min, si no hay actividad uterina, con cualquiera de los dos esquemas se administran 12 mU/min a los 45 minutos.

Sin embargo, se tienen en que contemplar los riesgos en la administración de oxitócina y el beneficio del procedimiento, entre los que se encuentran; la hiperestimulación uterina, ruptura uterina e intoxicación hídrica.

Si existe la presencia de cinco contracciones en diez minutos o de siete en quince minutos, por la presencia de patrones, recordando que la hiperestimulación uterina puede llevar a la ruptura de la misma o complicaciones fetales por el déficit en el riego sanguíneo.

Son conocidas las complicaciones de la administración de oxitócina entre los que encontramos son:

**Hiperestimulación uterina**, esto se da cuando son más de cuatro contracciones en 10 minutos, o en su momento, cuando el tono uterino en reposo supera 20 mm de Hg, y en pacientes hipersensibles a la oxitocina, aunque se administre de forma adecuada puede producirse hipertensión uterina.

La actividad uterina muy frecuente o el aumento del tono miométrico pueden causar hipoperfusión útero-placentaria e hipoxia fetal. También pueden conducir a rotura uterina o desprendimiento prematuro de placenta, parto precipitado y hemorragia postparto por atonía uterina.

Existe la duda razonable de haber presentado este evento ya que fue manifestado dentro del resumen médico del Hospital G Dobarganes, sin embargo no se encuentra evidencia documentada en el expediente de haber realizado las medidas terapéuticas para controlar la hiperestimulación como lo son: interrumpir la infusión de oxitocina; colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo y si persiste hiperestimulación, administrar útero inhibidores.

Los movimientos fetales y la aceleración de la FCF son funciones sincronizadas. **Si la paciente refiere disminución de los movimientos fetales deberá confirmarse el bienestar fetal y deberá de realizarse un PSS (prueba sin estrés y puede ser usada como método de vigilancia ante el parto; pero no debe ser usada como única herramienta de investigación. Pudiendo realizar además una de las siguientes pruebas:**

**Prueba con estrés** el feto con oxigenación basal marginal desarrollará desaceleraciones de la FCF durante el estrés hipóxico ordinario de las contracciones uterinas, el feto con reserva útero placentaria aceptable no desarrollara desaceleraciones de la FCF durante una contractilidad uterina normal. El feto con compromiso de la oxigenación tendrá desaceleraciones tardías de la **FCF**.

**Perfil biofísico:** este estudio se basa en el principio de ante la hipoxia tisular de los centros reguladores del SNC, el feto manifestará una disminución de la actividad funcional regulada por dichos centros neurológicos, este



método utiliza para su valoración los movimientos corporales y el líquido amniótico y las variaciones de la FCF y pretende identificar estados agudos y crónicos de hipoxia fetal.

**Flujometría doppler:** Las alteraciones de la circulación feto placentaria pueden ser evaluados por medio de esta técnica.

No existe un método inequívoco absolutamente confiable, debe de hacerse la combinación de datos clínicos y resultados de los diferentes exámenes de acuerdo a las situaciones de tiempo modo y lugar para la toma de decisiones, especialmente en aquellos casos en que deba decidirse la extracción fetal, como medida de salvaguardar el binomio, realizando una valoración integral valorando cada caso en particular.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado procedo a llegar a las siguientes repuestas de los cuestionamientos solicitados:

Siendo que las respuesta del Doctor T. **Ernesto García Caratachea, Comisionado Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico**, concluyeron en el sentido de que la paciente recibió atención incompleta, ante una inadecuada valoración y vigilancia del trabajo de parto, sin que se haya documentado en parto-grama el número y duración de las contracciones uterinas de acuerdo a la NOM-007-SSA21993, considerando que el desprendimiento de placenta bien pudo resultar de aplicación de oxitocina, sin que se haya monitoreado a la paciente, de acuerdo a su gravedad, con estricto apego a la *NOM-007-SSA2-1993* y la *Guía de práctica clínica*, con lo que cupo la posibilidad de identificar de manera oportuna las alteraciones materno fetales que condicionaron el sufrimiento fetal y la eventual muerte del producto, pues se lee:

#### **“IV.- RESPUESTAS.**

- **PRIMERA:** *¿Si el manejo que se dio a la quejosa XXXXX, durante el tiempo que estuvo en la sala de labor, fue el que corresponde al protocolo de atención de la Secretaria de Salud?*

La atención brindada fue incompleta, no se realizó una adecuada valoración y vigilancia del trabajo de parto, no se aprecia registro documentado en parto-grama del número y duración de las contracciones uterinas de acuerdo a los tiempos especificados en la NOM-007-SSA21993, la cual establece que la vigilancia de la contractibilidad uterina debe realizarse al menos cada quince minutos durante la fase activa, así mismo en la Guía de práctica clínica de la vigilancia y manejo del trabajo de parto se establece que la atención de la paciente en trabajo de parto una vez iniciada la conducción con oxitócicos se debe monitorizar de manera permanente y continua, ya que el uso de oxitócicos en un factor de riesgo que incrementa la posibilidad de que se presente desprendimiento prematuro de placenta.

- **SEGUNDA** *¿Si el desprendimiento de placenta que acudió a la quejosa puede ser detectado en base a signos o síntomas de la paciente es un evento espontáneo?*

El desprendimiento de placenta normo-inserta se puede diagnosticar con base en las manifestaciones y hallazgos clínicos, como lo son hipertonia uterina o polisistolia, sangrado transvaginal acompañado de dolor abdominal, y repercusión fetal en grado variable, así como su asociación con los factores de riesgo de la madre.

- **TERCERA** *En su caso refiera ¿que pudo haber causado un desprendimiento de placenta a la quejosa?*

De acuerdo a la revisión bibliográfica el cuadro del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta, se presenta de manera espontánea en un porcentaje del 2 al 3% de todas las pacientes embarazadas, sin embargo, existen factores que incrementan la posibilidad de su aparición, como lo es en este caso la edad de la paciente, así como la administración de oxitócina, subsisten reportes que demuestran ser una de sus complicaciones más frecuentes.

- **CUARTA** *¿Señale si el manejo que se dio a la quejosa después de haberse detectado un desprendimiento de la placenta fue adecuada en acciones y el tiempo de acuerdo al protocolo que existe al respecto al mismo evento?*

*De acuerdo a la guía de práctica clínica ante la evidencia del desprendimiento de placenta normo inserta que se estableció por ultrasonido, estaba indicada la operación cesárea que se le practico a la paciente, sin embargo por la gravedad de dicho evento se debió monitorizar a la paciente con el apego estricto a la NOM-007-SSA2-1993 y la Guía de práctica clínica, con el propósito de identificar de manera temprana y oportuna las alteraciones materno fetales que condicionaron el sufrimiento fetal y la eventual muerte del producto”.*

De tal forma, es posible colegir que la atención médica brindada a **XXXXX**, por parte del médico responsable de su atención, identificado como el médico especialista en ginecología y obstetricia **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, quien asumió dentro del sumario la responsabilidad de la atención médica a la parte lesa, no resultó diligente, esto por la inadecuada vigilancia durante la labor de parto de la paciente, luego de la aplicación de oxitocina, pues no consta registro alguno de la vigilancia de **contractibilidad uterina**, siendo que un efecto secundario de la administración de oxitocina, lo es la contractibilidad uterina, sin que haya existido evidencia del uso de útero inhibidores u oxígeno a la paciente para tratar de corregir esta situación, y sin que los profesionales de la salud hayan detectado de forma oportuna las alteraciones materno fetales que condicionaron el sufrimiento fetal y posterior fallecimiento del bebé.

Lo que resultó acorde a la manifestación de la quejosa de no haber sido vigilada durante su labor de parto, tal como a su vez se lo hizo saber a su pareja **XXXXX**, quien así lo declaró dentro del sumario, lo anterior de la mano con lo admisión del doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos** respecto haber dejado a la paciente a libre evolución, posteriormente haber aplicado oxitocina y de forma posterior, luego de haber atendido a diversas pacientes se percató de la necesidad de practicar la cesárea, aunado al dicho de la enfermera **María Lourdes Orduña Herrera**, respecto de no haber visto que el médico de cuenta, haya realizado tacto alguno a la paciente, ni así su colocación de monitor ni haya practicado algún ultrasonido.

Lo anterior al haber desatendido los lineamientos de la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativas a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido:**

*“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...”*

*5.4.9 El registro e interpretación de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal deberá ser por lo menos cada 30 minutos en la fase activa y cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto”.*

Amén del desapego a lo establecido en la **NORMA OFICIAL NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico:**

*“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, pronóstico, tratamiento, indicaciones...”*

En el tenor de las previsiones de la **Ley General de Salud:**

*“artículo 61. El objeto del presente capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el periodo que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.*

*La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:*

*I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera...”*

De esta manera, y en atención a las consideraciones que de manera previa se han realizado, se considera que en el sumario que existen elementos de prueba suficientes para tener por probado el punto de queja expuesto por la parte lesa, mismo que se hizo consistir en **Inadecuada Prestación del Servicio Público brindado por el Sector Salud** en agravio de **XXXXX** y su hijo fallecido; razón por la cual se realiza juicio de reproche en contra del doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos** especialista en ginecología y obstetricia adscrito al **Hospital General Dr. Felipe G. Dobarganes, de San Miguel de Allende, Guanajuato.**

## Reparación del Daño

De las consideraciones de hecho y de derecho anteriormente hechas valer, se colige que la conducta del doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos** especialista en ginecología y obstetricia adscrito al **Hospital General Dr. Felipe G. Dobarganes, de San Miguel de Allende, Guanajuato**, que con antelación ha sido materia de reproche respecto de la **Inadecuada Prestación del Servicio Público** brindado por el Sector Salud a la paciente **XXXXX** durante su labor de parto, fue la causa directa del fallecimiento de su hijo.

Al efecto se considera el criterio de la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, en el Caso *Suárez Peralta Vs Ecuador* (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), que ha establecido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación:

*“...IX. Derecho a la Integridad personal... B. Consideraciones generales de la Corte... 130.- En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el*

*derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención de la salud humana (165) y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar a la vulneración del artículo 5.1 de la Convención (166). En este sentido la Corte ha sostenido que el derecho a la protección de la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación (167)...”.*

*“...132. Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la Integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regula la prestación de servicios de salud, estableciéndose estándares de calidad, para las instalaciones públicas y privadas, que permitan prevenir cualquier amenaza de vulneración a la Integridad personal en dichas prestaciones. Así mismo el Estado debe prever de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado, cuya efectividad dependerá en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto (173)”.*

Bajo este contexto, tenemos que la mala práctica médica del profesional de la salud de mérito, lesionó el derecho a la salud en agravio de la paciente **XXXXX** y el derecho a la vida de su hijo, pues quedó establecida la serie de omisiones en desatención a la normativa que sobre la práctica médica para los casos como el que nos ha ocupado, se requería, específico cabe atender a la **Ley General de Salud**:

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

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

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

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

Con independencia de que la vida y la salud son derechos a los que no cabe limitar como otros derechos, puesto que cuando hay vida la hay, y cuando se pierde nada puede restituirla; cabe dejar en claro que toda violación a los Derechos Humanos da lugar a que las víctimas obtengan una reparación, lo que implica que el Estado tiene el deber de proporcionarla. De tal forma, la competencia de este *Ombudsman* para declarar que se han violado derechos fundamentales y señalar qué servidores públicos los han vulnerado (como sucede en la especie), va aunada a su atribución para solicitar o recomendar la reparación del daño causado por esa violación. En este contexto, cualquier Estado que suscribe tratados internacionales de Derechos Humanos está adquiriendo una serie de obligaciones y también se compromete con ciertas formas o mecanismos para resolver situaciones desde una perspectiva particular.

Cabe recordar que la responsabilidad que en materia de Derechos Humanos compete al Estado como ente jurídico, distinta a la civil, penal o administrativa del servidor público en lo individual.

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

*“110.- el origen de la responsabilidad internacional del Estado se encuentra en “actos u omisiones de cualquier poder u órgano de éste, independientemente de su jerarquía, que violen la convención Americana y se genera en forma inmediata con el ilícito internacional atribuido al Estado. Para establecer que se ha producido una violación de los derechos consagrados en la Convención, no se requiere determinar, como ocurre en el derecho penal interno, la culpabilidad de sus autores o su intencionalidad, y tampoco es preciso identificar individualmente a los agentes a los cuales se atribuyen los hechos violatorios. Es suficiente la demostración de que ha habido apoyo o tolerancia del poder público en la infracción de los derechos reconocidos en la Convención, u omisiones que hayan permitido la perpetración de esas violaciones ...111.-... Los Estados partes en la convención tienen obligación erga omnes de respetar y hacer respetar las normas de protección y de asegurar la efectividad de los derechos allí consagrados en toda circunstancia y respecto de toda persona...La atribución de responsabilidad del Estado por actos de particulares...”.*

Cuando el Estado, a través de algunas de sus instituciones, ha incurrido en responsabilidad debido a la conducta de cualquiera de sus funcionarios, es su obligación reparar las consecuencias de tal violación.

En el caso que nos ocupa, esta Procuraduría toma para los efectos de la presente resolución los criterios establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al aplicar el primer párrafo del artículo 63 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que establece lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*“[...] tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y otras perturbaciones que no son susceptibles de medición pecuniaria. Es una característica común a las distintas expresiones del daño moral el que, no siendo posible asignárseles un preciso equivalente monetario, solo puedan, para los fines de la reparación integral a las víctimas, ser objeto de compensación, y ello de dos maneras. En primer lugar, mediante el pago de una suma de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables en dinero, que el Tribunal determine en aplicación razonable del arbitrio judicial y en términos de equidad. Y en segundo lugar, mediante la realización de actos u obras de alcance o repercusión públicos, que tengan efectos como la recuperación de la memoria de las víctimas, el restablecimiento de su dignidad, la consolación de sus deudos o la transmisión de un mensaje de reprobación oficial a las violaciones de los derechos humanos de que se trata y de compromiso con los esfuerzos tendientes a que no vuelvan a ocurrir.”*

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

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

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

Sirva así de fundamento:

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

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

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

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

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

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

De esta guisa la ley reglamentaria de la materia, la Ley General de Víctimas, en su artículo 1 uno tercer y cuarto párrafo indica: *La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral. ... La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante”.*

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

De manera más amplia el numeral 26 veintiséis de la Ley General de Víctimas señala: *Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como*

*consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.*

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

De tal forma, se reitera con los elementos de prueba previamente enunciados y analizados tanto en lo particular como en su conjunto, los mismos resultaron suficientes para tenerse por probada la **Inadecuada Prestación del Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, en agravio de **XXXXX** y su hijo fallecido, en contra del doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos** Especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito al **Hospital General Dr. Felipe G. Dobarganes, de San Miguel de Allende, Guanajuato**.

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

### RECOMENDACIONES

**PRIMERA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que instruya a quien corresponda, el inicio de procedimiento disciplinario en contra del doctor **Hugo Enrique Fajardo Castellanos**, Especialista en Ginecología y Obstetricia, adscrito al **Hospital General “Dr. Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, Guanajuato**, respecto de la imputación de **XXXXX**, misma que hizo consistir en **Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, cometida en su agravio y de su hijo.

**SEGUNDA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que gire instrucciones a quien corresponda y se indemnice pecuniariamente como forma de Reparación del Daño material e inmaterial a **XXXXX**, por la violación a sus derechos humanos; lo anterior en virtud de la **Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, cometida en su agravio y de su hijo.

**TERCERA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, para que se instruya a quien corresponda, a efecto de que se proporcione o continúe la atención médica y psicológica que requiera la quejosa **XXXXX** y los familiares más directos que lo necesiten, lo anterior respecto de las afectaciones físicas y emocionales que hayan sufrido a consecuencia de los hechos que nos ocuparon, siempre y cuando ellos así todavía lo deseen y manifiesten su consentimiento.

**CUARTA.-** Esta Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, emite **Recomendación al Secretario de Salud del Estado**, doctor **Francisco Ignacio Ortiz Aldana**, a efecto de realizar las acciones conducentes para que el Personal adscrito al **Hospital General “Dr. Felipe G. Dobarganes” de San Miguel de Allende, Guanajuato**, adopte las medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que sean generados con motivo de la atención médica, se encuentren debidamente integrados y protegidos conforme a la normatividad aplicable

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

Notifíquese a las partes.

Así lo resolvió y firmó el licenciado **Gustavo Rodríguez Junquera**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.



