



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 40 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y A LA VIDA POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA, EN AGRAVIO DE V1, EN CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

Ciudad de México, a 23 de Agosto de 2016

**MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL.**

**LIC. CÉSAR DUARTE JÁQUEZ
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE CHIHUAHUA.**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2013/7345/Q, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves

utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias e instancias de gobierno se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chihuahua	Secretaría de Salud
Servicios de Salud de Chihuahua	Servicios de Salud
Instituto Chihuahuense de Salud	Instituto de Salud
Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud	Centro Avanzado
Hospital Rural No. 18 “San Juanito Chihuahua” del IMSS en el Municipio de Bocoyna, Chihuahua	Hospital Rural
Hospital de Gineco-Obstetricia en Ciudad Cuauhtémoc, Chihuahua	Hospital de Cuauhtémoc
Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo” en la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua	Hospital General
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua	Comisión Estatal
Comité Jurisdiccional de Mortalidad Materna y Perinatal 2013	Comité de Mortalidad

I. HECHOS.

4. Mediante escrito del 14 de mayo de 2013, Q informó a esta Comisión Nacional que el 30 de marzo de 2013 llevó a su esposa, V1 de 21 años de edad que cursaba un embarazo de 37 semanas, al Centro Avanzado de la Secretaría de Salud, de Témoris, Guazapares, Chihuahua, al que ingresó entre las 9:00 y 10:00 horas.

5. A las 12:45 horas V1 inició labores de parto, siendo atendida por AR1 y 20 minutos más tarde nació V2; que después AR1 le indicó que era necesario que comprara un medicamento inyectable denominado “*ergometrina*”, pues V1 presentaba hemorragia post parto.

6. Q comunicó que como a las 19:00 horas, sin que le hubiesen entregado un documento, V1 fue dada de alta, solicitándole a AR1 algún número telefónico para comunicarse con ella en caso de que V1 continuara con la hemorragia, recibiendo como respuesta que si era necesario acudiera “...*con los policías para que la localizaran...*”, por lo que Q y V1 se trasladaron a un hotel en Témoris, por tener su domicilio en otra localidad, donde continuó la hemorragia.

7. El 31 de marzo de 2013 a las 9:00, a las 13:00 y a las 16:00 horas, Q acudió al Centro Avanzado con la finalidad de que AR1 le brindara atención médica a V1, que se encontraba muy débil y el sangrado aumentaba si se movía, siendo que en la última ocasión SP1 le informó que AR1 ya se había retirado y en su lugar estaba PSS, quien le indicó a Q que no podía acudir al hotel, que la llevara al Centro Avanzado.

8. Agregó Q que ingresó al citado Centro llevando en brazos a V1, cuestionando a PSS sobre el motivo por el cual sangraba tanto, sin obtener respuesta. PSS le aplicó un suero y a las 20:00 horas del mismo día la dio de alta; sin embargo, al ir hacia la salida por la sala de espera se detuvo ya que V1 continuaba con el sangrado, motivo por el cual buscó de nuevo a PSS y le solicitó un pase para trasladarla en ambulancia a San Juanito, Municipio de Bocoyna, Chihuahua, recibiendo la negativa del servicio, por lo que le expuso a PSS la opción del traslado vía férrea hacia el Estado de Sinaloa, que los encargados de ese transporte estaban de acuerdo en llevarla, con la condición de que a V1 la acompañara una enfermera o un médico, a lo que se negó PSS, argumentando que era muy peligroso por los problemas de inseguridad de la zona.

9. A las 05:00 horas del 1° de abril de 2013, se realizó el traslado de V1 al Hospital Rural, y al llegar, según el dicho de Q, alcanzó a escuchar que una enfermera mencionó que V1 llevaba “4 de hemoglobina”, y que se le hizo la transfusión de un solo paquete globular, al no haber más disponibles, y se le colocó un catéter venoso central. Le dieron a Q un pase para trasladarla al Hospital de Cuauhtémoc, percatándose Q que V1 llevaba el citado catéter fuera del cuerpo y su salud empeoraba.

10. Entre las 16:00 y 17:00 horas arribaron al Hospital de Cuauhtémoc, siendo informado Q que se practicaría un legrado a V1 para detener la hemorragia, y si no mejoraba le harían una histerectomía (extirpación del útero total o parcial), otorgando la autorización correspondiente. Al cuestionar Q la razón de la hemorragia, le respondieron que el personal médico que atendió el parto había dejado restos de placenta.

11. El 2 de abril de 2013 a las 08:00 horas, cuando Q llegó al hospital advirtió que el estado de salud de V1 era muy delicado, siendo informado por el personal médico que en la madrugada se había puesto mal, por lo que se realizó un segundo legrado, que quienes le habían colocado el catéter le perforaron el pulmón derecho y la sangre se le acumuló en ese órgano, por lo que tenían que drenarlo.

12. Q reveló que ese mismo día, alrededor de las 18:00 horas, le comunicaron que no se había practicado el drenado pulmonar, ya que no se contaba con el material para ello y que trasladarían a V1 al Hospital General, lo que ocurrió a las 19:12 horas, donde después de valorarla le dijeron que el estado de salud de V1 era crítico, que se requería “*limpiar el pulmón*” y a las 22:55 horas le avisaron que había fallecido, asentándose en el certificado de defunción como causas del deceso: “*shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada y hemorragia obstétrica.*”

13. Finalmente, Q notificó que el 24 de abril de 2013 acudió a la Secretaría de Salud a expresar su inconformidad por la atención médica prestada a V1, siendo

atendido por una persona, al parecer médico, quien le manifestó que se investigaría a fondo el asunto. El 10 de mayo de ese año se presentó en la misma dependencia estatal donde se le enteró que aún no tenían información, siendo además tratado de manera incorrecta, amenazándolo con imputarle alguna responsabilidad al no haber llevado a V1 para recibir atención médica oportuna.

14. El 13 de mayo de 2013, Q presentó queja ante la Comisión Estatal radicándose el expediente EQ, institución que al advertir la participación de dependencias de ambos órdenes de gobierno, lo remitió el 20 de septiembre de 2013 por razón de competencia a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; por lo que el 22 de octubre de 2013 se inició el expediente CNDH/5/2013/7345/Q y, para documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó información a la Secretaría de Salud y al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

15. Oficio LS 186/13 del 11 de septiembre de 2013, a través del cual la Comisión Estatal remitió el expediente de queja EQ, en el que obran entre otras constancias:

15.1. Escrito de queja de Q del 3 de mayo de 2013, por el que denunció diversas violaciones a derechos humanos en perjuicio de su esposa V1 atribuidas a personal del Centro Avanzado, del Hospital Rural y del Hospital de Cuauhtémoc, todos en el Estado de Chihuahua.

15.2. Acuerdo de 10 de septiembre de 2013, mediante el cual la Comisión Estatal determinó remitir a este Organismo Nacional por razón de competencia el expediente de queja EQ.

15.3. Copia de las notas médicas y de los expedientes clínicos elaborados en el Centro Avanzado, Hospital Rural, Hospital de Cuauhtémoc y Hospital General, con motivo de la atención médica dada a V1, de las que destacan las siguientes:

Del Centro Avanzado:

15.3.1. “Sistema de Referencias y Contrareferencias” de 1º de abril de 2013, suscrita por PSS, en el que se asentó que V1 se encontraba cursando 48 horas de puerperio fisiológico, con hipermetrorragia referida, (sangrado abundante procedente del útero), y como motivo del traslado “...para esclarecer diagnóstico.”

Del Hospital Rural:

15.3.2. Nota de Urgencias elaborada a las 9:30 horas de 1º de abril de 2013, suscrita por SP3, donde se hizo constar que V1 se presentó en el Servicio de Urgencias del Hospital Rural con sangrado transvaginal abundante, tinte icterico, con retención de probables restos placentarios y con mareos, por lo que ordenó su traslado urgente a ginecología para la transfusión de 4 a 5 paquetes globulares, colocación de un catéter central y pasar urgentemente a cirugía.

15.3.3. Nota de Valoración por Gineco-Obstetricia de las 9:50 horas del 1º de abril de 2013, realizada por SP4 de la que se desprende que sólo se transfundió a V1 un paquete globular por no contar con más en el hospital, y que no se pasó a quirófano debido a que la paciente no tenía las condiciones óptimas, por lo que se solicitó su traslado al Hospital de Cuauhtémoc.

15.3.4. Nota de Valoración de Cirugía General de las 10:10 horas de 1º de abril de 2013, suscrita por AR2, en la que se indicó la colocación y fijación de un catéter central subclavio a V1 y solicitó imagen de rayos X en tórax para corroborar la colocación del catéter, pero ésta no se realizó en virtud de que no se contaba con el servicio de radiología portátil.

15.3.5. Nota de Envío de las 11:00 horas de 1º de abril de 2013, suscrita por SP3, en la que asentó que en la exploración ginecológica de V1 se encontró

hematoma vaginal de pared derecha, con retención de restos placentarios probables y se determinó su traslado al Hospital de Cuauhtémoc.

Del Hospital de Cuauhtémoc:

15.3.6. Hoja de Admisión del 1 de abril de 2013, en la que se indicó hora de ingreso de V1 al citado hospital las “01:59 pm.” y como diagnóstico preliminar “*PUERPERIO FISIOLÓGICO MEDIATO + HEMORRAGIA OBSTETRICA+ SX. ANEMICO*”.

15.3.7. Historia Clínica y Nota Médica Inicial, sin hora, fecha, firma, ni nombre del responsable, donde se anotó que de la exploración física a V1, se observó que existía abundante sangrado transvaginal, restos placentarios, y un catéter central mal fijado.

15.3.8. Nota de Evolución de las 14:53 horas del 1° de abril de 2013, elaborada por AR3 en la que se mostró que V1 pasaba a “*...legrado urgente (...) para extracción de restos placentarios y limitar el sangrado.*”

15.3.9. Nota de Evolución de las 15:31 horas del 1° de abril de 2013, elaborada por AR3 en la que advirtió que al terminar el procedimiento se observó que ya no había sangrado transvaginal y que se extrajeron restos y membrana placentaria abundantes, aproximadamente 500 mililitros y se ordenó llevar a V1 a “*...terapia Intensiva para su vigilancia y tratamiento especializado.*”

15.3.10. Nota Médica de las 06:15 horas del 2 de abril de 2013, elaborada por SP6 en la que registró que V1 continuaba con sangrado por lo que era necesario realizar a V1 un segundo LUI (legrado uterino instrumental).

15.3.11. Nota de Evolución de las 8:20 horas del 2 de abril de 2013, elaborada por SP7 donde se hizo constar que V1 sufrió falla renal y choque hipovolémico (disminución del volumen sanguíneo), en consecuencia la reportó muy grave y con alto riesgo de complicaciones.

15.3.12. Nota de Evolución de las 15:15 y 18:00 horas del 2 de abril de 2013, en las cuales SP8 apuntó que V1 presentaba hemo-neumotorax post punción (entrada de aire en el espacio virtual que separa las pleuras visceral y parietal), y como plan ordenó la colocación de sello de agua (colocación de una sonda hacia la cavidad torácica para drenaje de aire).

15.3.13. Nota de Evolución de las 18:35 horas del 2 de abril de 2013, suscrita por SP8 en la que observó que ese día se detectó a V1 multipuncionada en hemitorax derecho (herida o traumatismo múltiple torácica) con insuficiencia respiratoria, por lo que acordó con cirugía general su traslado a la ciudad de Chihuahua, para seguimiento y apoyo de insumos, ya que no se tenían en ese hospital.

15.3.14. Nota de Traslado de las 18:49 horas del 2 de abril de 2013, en la que se hizo constar por parte de SP5 el envío de V1 al Hospital General para colocación de sello de agua.

Del Hospital General:

15.3.15 Certificado de Defunción de V1, con número de folio 130118073, en el que se puntualizó que falleció el 2 de abril de 2013 por *“shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada y hemorragia obstétrica.”*

16. Oficio SS/DM-187/2013 del 12 de junio de 2013, por el cual la Secretaría de Salud comunicó a los Servicios de Salud los eventos suscitados en la atención médica de V1, y que incidieron en su fallecimiento.

17. Copia simple del oficio sin número del 31 de julio de 2013, suscrito por el personal médico del Hospital Rural que atendió a V1, en el que se reportó que V1 ingresó al Servicio de Urgencias con los diagnósticos de sangrado uterino y el hematoma referido; que no se pasó a quirófano ya que la paciente no presentaba las condiciones óptimas, y que tampoco se contaba con sangre.

18. Oficio SS/DJ/437/2013 del 5 de agosto de 2013, mediante el cual la Secretaría de Salud envió a la Comisión Estatal copia simple de la Minuta de la Segunda Reunión del Comité de Mortalidad de los Servicios de Salud, Jurisdicción No. 1, del 16 de abril de ese año, en la que se expuso el caso de V1 y las inconsistencias que se detectaron; asimismo se señalaron las recomendaciones para brindar una atención médica de calidad y oportuna a las pacientes embarazadas.

19. Oficio 095217614621/2371 del 15 de noviembre de 2013, con el que IMSS informó que por los hechos materia de la queja se abrió el expediente de queja médica EQM.

20. Oficio DG/DJ/130768 del 10 de diciembre de 2013, en el que los Servicios de Salud detalló las acciones tomadas con motivo de los hechos en los que perdió la vida V1, al que anexó copia de la siguiente documentación:

20.1. Memorándum DG/DJ/DAJ/130711 del 19 de noviembre de 2013 suscrito por la Directora Jurídica y Apoderada Legal y dirigido al Director Médico de los Servicios de Salud, con el cual solicitó el informe de los trabajos necesarios para subsanar las inconsistencias detectadas en el citado Comité de Mortalidad.

20.2. Memorándum del 22 de noviembre de 2013, con el cual el Director Médico informó al Director Jurídico de los Servicios de Salud, entre otras cosas, las medidas adoptadas conforme a las normas oficiales mexicanas para evitar situaciones semejantes a las que acontecieron en la atención médica que se prestó con V1.

20.3. Escrito de denuncia de 2 de diciembre de 2013, presentado por los Servicios de Salud en la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, que dio origen a la carpeta de investigación CI-2.

21. Acta Circunstanciada del 11 de enero de 2014, en la cual esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con SP10, quien

informó que el Comité de Mortalidad haría una reunión extraordinaria para determinar la responsabilidad de los médicos involucrados en la atención médica a V1.

22. Acta Circunstanciada del 19 de marzo de 2014, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la recepción del correo electrónico enviado por un representante de Q, presentando una propuesta de indemnización para su análisis.

23. Oficio CDJ/2421/2014 del 2 de octubre de 2014, a través del cual la Secretaría de la Contraloría de Chihuahua informó que en relación con los hechos materia de la queja, Servicios de Salud presentó denuncia administrativa lo que dio origen al expediente administrativo disciplinario PAD y adjuntó copia del mismo y en el que obra, entre otras constancias, los informes de AR1 y PSS sobre la atención que le brindaron a V1.

24. Dictamen médico del 11 de diciembre de 2014, emitido por un médico forense de esta Comisión Nacional en el cual estableció las consideraciones técnicas respecto al caso de V1, y en el que concluyó sobre la responsabilidad médica e institucional de los médicos involucrados.

25. Acta Circunstanciada del 26 de marzo de 2015, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que Q manifestó su conformidad en recibir dos cheques, el primero por parte del Instituto de Salud y el segundo por parte de los Servicios de Salud ambos por concepto de indemnización, mismos que le fueron entregados en esa fecha.

26. Oficio ICHS-JUR-1039/2015 sin fecha, del Instituto de Salud recibido en este Organismo Nacional el 9 de septiembre de 2015, al que adjuntó copia de la resolución emitida el 29 de julio de ese año, en el expediente administrativo disciplinario PAD.

27. Acta Circunstanciada del 28 de abril de 2016, en la que este Organismo Nacional hizo constar la gestión realizada con la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, para conocer el status de la carpeta de investigación CI-1.

28. Acta Circunstanciada del 2 de mayo de 2016, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se le informó a Q sobre su queja y que se le solicitaron los nombres y edades de sus hijos V2 y V3.

29. Acta circunstanciada de 31 de mayo de 2016, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que en reunión de trabajo con servidores públicos del IMSS, éstos entregaron copia del acuerdo de 26 de mayo de 2014, emitido por el Consejo Técnico la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente en el EQM, en el que se determinó la improcedencia de la queja médica.

30. Ampliación de dictamen médico del 7 de junio de 2015, emitido por los médicos legistas de esta Comisión Nacional en el cual concluyeron que V1 falleció por *“la serie de complicaciones que conllevó la hemorragia obstétrica.”*

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

31. El 30 de marzo de 2013, V1 fue al Centro Avanzado para la atención médica del parto y nacimiento de V2, después de la cual fue dada de alta, no obstante que presentaba sangrado vaginal. Al persistir el sangrado Q llevó a V1 de nueva cuenta al Centro Avanzado, siendo referida al Hospital Rural, del cual fue enviada al Hospital de Cuauhtémoc y de ahí al Hospital General, en donde falleció el 2 de abril de 2013, a causa de *“shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada y hemorragia obstétrica.”*

32. El 11 de julio de 2013, Q presentó denuncia de hechos ante el Agente del Ministerio Público en Témoris, iniciándose la carpeta de investigación CI-1, y el 22 de diciembre de 2014 se ejerció acción penal en contra de AR1, como probable responsable de la comisión del delito de homicidio doloso eventual, radicándose la causa penal (CP) y el 9 de febrero de 2015 se llevó a cabo audiencia de

vinculación a proceso, resolviéndose el día 15 de ese mismo mes y año, no vincular a proceso a AR1.

33. Inconforme con esa determinación, el Representante Social interpuso el recurso de apelación ante la Sala Regional del Tribunal Superior del Estado de Chihuahua, instancia que el 21 de mayo de 2015 revocó el auto del Juez de Garantías, reclasificando la conducta de AR1 de homicidio doloso eventual a homicidio imprudencial, ordenando su vinculación a proceso. Actualmente la CP está en la etapa de acuerdo reparatorio entre Q y AR1.

34. El 2 de diciembre de 2013, la Secretaría de la Contraloría del Estado de Chihuahua inició el procedimiento administrativo disciplinario PAD, en contra de AR1 y PSS, resolviendo el 29 de julio de 2015 que no era viable en el caso de PSS, quien realizaba el servicio social para los Servicios de Salud, y respecto de AR1 juzgó que era administrativamente responsable, y la inhabilitó por un año para desempeñar empleos, cargos o comisiones.

35. El 9 de diciembre de 2013, Servicios de Salud presentó denuncia por los mismos hechos ante la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, por lo que se radicó la carpeta de investigación CI-2, la cual mediante acuerdo de 9 de diciembre de 2013 se acumuló a la diversa CI-1.

36. Con motivo de la queja formulada por Q ante este Organismo Nacional, el Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Chihuahua, abrió el expediente de queja médica EQM y mediante acuerdo de 26 de mayo de 2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico resolvió improcedente la queja.

37. El 26 de marzo de 2015, Servicios de Salud y el Instituto de Salud ambos de la Secretaría de Salud entregaron a Q dos cheques por concepto de indemnización.

IV. OBSERVACIONES.

38. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2013/7345/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se considera que son suficientes para evidenciar violaciones a los derechos a la protección de la salud, por inadecuada atención médica y a la vida por violencia obstétrica en agravio de V1, atribuibles a médicos del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chihuahua, así como al personal adscrito al Hospital Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social, ello en atención a las siguientes consideraciones.

Derecho a la Protección de la Salud.

39. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, *“que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel”*, así lo ha reconocido esta Comisión Nacional en su Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009.

40. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos admite que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

41. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, señaló que la salud es un derecho fundamental reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, e *“indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”* y que tal derecho impone a los Estados Partes la obligación de respetar, que exige a los Estados abstenerse de interponerse *“directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud,”* se impida que *“terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas”* en el citado precepto legal y se *“adopten las medidas*

apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.”¹

42. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”² subrayó que: “Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico (...) e indica que la salud es un bien público.”

43. La Suprema Corte de Justicia de la Nación,³ en jurisprudencia administrativa juzgó que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud se encuentra: “el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente (...) para garantizar el derecho a la salud (...) lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.”

44. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V1 en cada una de las instituciones de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A. Centro Avanzado de Témoris en el Municipio de Guazapares, Chihuahua.

45. El 30 de marzo de 2013, V1 acudió en compañía de Q al Centro Avanzado para la asistencia médica del parto y nacimiento de V2, siendo atendida por AR1, iniciando la labor de parto a las 12:45 horas, y terminando veinte minutos más tarde, por lo que fue dada de alta a las 19:00 horas de ese día.

¹ Aprobada el 11 de mayo de 2000, párrafos 1 y 33.

² Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

³ “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

46. No obran en el expediente clínico de V1 las notas médicas correspondientes a la atención que se le brindó en el citado Centro Avanzado, solamente se aportó a este Organismo Nacional copia de la nota de “Sistema de Referencias y Contrareferencias” del 1° de abril de 2013, suscrita por PSS en el que se asentó que V1 se encontraba cursando 48 horas de puerperio fisiológico, con hipermetrorragia referida (sangrado abundante procedente del útero).

47. En la Recomendación 14/2016, del 30 de marzo de 2016, este Organismo Nacional apuntó que: *“Uno de los elementos fundamentales para garantizar el derecho a la protección de la salud se traduce en recibir atención oportuna y eficaz para el tratamiento y prevención de las enfermedades, por lo que la existencia del expediente clínico, el cual se encuentra integrado por documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, resulta de gran importancia para tener constancia de la atención médica que se otorgó a los pacientes, así como de sus antecedentes, además de ser una medida preventiva ante una eventual reclamación del paciente.”*

48. También se ha enfatizado en la necesidad que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional durante varios años en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 1/2011, 14/2012, 13/2013, 20/2014, 39/2015 y 8/2016, en los siguientes términos:

“La apropiada integración del expediente clínico (...) [en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”], es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que,

como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.”

49. En el dictamen médico forense de esta Comisión Nacional, se reveló que aunque la falta de las notas médicas “*no permite hacer un análisis pormenorizado de los eventos que se suscitaron*”, dicha omisión, “*no impide establecer la relación causa-efecto entre la falta de extracción total de la placenta*” después del parto, trajo como consecuencia complicaciones que provocaron el fallecimiento de V1.

50. AR1 informó a la Contraloría del Estado de Chihuahua en el expediente PAD, lo siguiente:

“La paciente desde su llegada al Hospital la atendí adecuadamente, quien llegó a las 11:30 horas a.m. y a la exploración inmediata se determina que traía más de 5 centímetros de dilatación cervical (cuello uterino dilatado, parte del útero por donde saldrá el producto), razón por la que al detectarle el signo de ICTERICIA, no era posible trasladarla a otro lugar donde hubiera laboratorio, ya que el mas cercas era sanjuanito y está retirado a 3-4 horas de distancia, ´todo medico lo sabe´ y aproximadamente a las 12:30 horas la paciente completa su dilatación se pasa a la sala de expulsión y aproximadamente a las 12:45 horas p.m. se obtiene el producto masculino...”

...puesto que únicamente me toco atender el parto sin complicaciones, y durante su estancia en la unidad, no presentó sangrado anormal, ni signo de hipotensión.”

51. Contrario a lo señalado por AR1, tal y como se advirtió en el referido dictamen médico forense, se cuenta con evidencias que permiten acreditar que la atención del tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento = expulsión completa de la placenta) fue inadecuada, pues dejó restos placentarios en la cavidad uterina, como se demuestra con el hecho de la práctica del primer legrado uterino que se

realizó en el Hospital de Cuauhtémoc, con el que extrajeron aproximadamente 500 mililitros de restos hemáticos y placentarios.

52. El médico de esta Comisión Nacional explicó que la presencia de restos placentarios en pacientes postparto conduce a cuadros clínicos de gravedad extrema, que siempre ponen en riesgo su vida y *per se*, la presencia de hemorragia en ocasiones llega a ser incontrolable y mortal cuando no se corrige con la terapéutica médica o manejo quirúrgico adecuados, como aconteció en este caso.

53. A pesar de las condiciones de V1, Q tuvo que trasladarla por sus propios medios, del hospital al hotel y de ahí nuevamente al hospital, incluso en brazos, como él lo refirió, no obstante que V1 tenía sangrado intenso.

54. Sobre el citado traslado, SP2 en respuesta a las preguntas que le formularon en el procedimiento administrativo disciplinario PAD; declaró lo siguiente:

“A LA SEXTA.- Para que diga el testigo si sabe y le consta en qué fecha se retiró del Cas Temoris, la doctora [AR1]. Tengo conocimiento que se retiró el día treinta y uno de marzo de dos mil trece, por la tarde abordando el ferrocarril... A la NOVENA.- Para que diga el testigo si existió algún procedimiento para atender las emergencias médicas en la clínica CAS de Temoris (...) Hay un protocolo basándose en las normas oficiales mexicanas, de acuerdo al caso para su referencia oportuna a un segundo nivel de atención...”

55. En el mismo tema, artículo 54 de la Ley Estatal de Salud sanciona que: *“Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que una persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones”.*

56. No existe constancia alguna que evidencie gestión alguna para que V1 fuera trasladada del hotel en el que se hospedó después de su alta, al Centro Avanzado para su valoración y atención médica.

57. El perito médico forense de este Organismo Nacional también previno que AR1 no investigó que V1 presentó ictericia (tinte amarillento de la piel y conjuntivas) tres días antes de la atención del trabajo de parto, situación que exigía que la atención médica se extendiera hasta un segundo nivel.

58. En el dictamen médico forense referido, se registró que PSS atendió a V1 a las 17:00 horas del 31 de marzo de 2013, cuando ya presentaba manifestaciones clínicas relacionadas con el sangrado transvaginal, canalizándola solamente con suero, y hasta las 22:00 horas de ese día, se decidió enviarla al Hospital Rural del IMSS, no obstante que V1 tenía un deterioro progresivo de los signos vitales, un puerperio que para ese momento ya no era fisiológico sino patológico, situación que no mejoró con la administración de la solución *Hartman* (solución para la reposición de líquidos intracorporales, utilizada en los casos en los que existe pérdida sanguínea o hemorragias severas), ni con las indicaciones de PSS.

59. Se entiende como urgencia *“a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”*⁴; pero el traslado de V1 al Hospital Rural se hizo hasta las 05:00 horas del día 1° de abril de 2013, ya que SP1 y PSS se negaron hacerlo antes, alegando inseguridad en la zona, como lo informó PSS en el procedimiento administrativo disciplinario PAD.

60. El Comité de Mortalidad consideró que *“...la paciente no es referida en forma adecuada y oportuna para su atención a segundo nivel, por lo que existe amplia demora en el traslado y atención oportuna de la paciente.”* Al respecto el perito

⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, *Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*, punto 4.1.1., publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de septiembre de 2013.

médico forense de este Organismo Nacional subrayó que V1 fue trasladada en un estado precario y totalmente inestable con hipotensión (baja de presión sanguínea), taquicardia (frecuencia cardiaca aumentada) e hipotermia (disminución de la temperatura corporal).

61. Es de observarse que aunado a la impericia con que se condujo AR1 al atender a V1, se suma un factor adicional, que lo constituye en este caso el problema que enfrentan las instituciones encargadas de prestar servicios de salud, como lo es, la falta de médicos y especialistas necesarios para cubrir la demanda, y la insuficiente o nula supervisión de residentes o pasantes por un médico de base o responsable.

62. En la Recomendación General 15, *Sobre el Derecho a la Protección de la Salud*, del 23 de abril de 2009, esta Comisión Nacional previno que: *“El Estado, a través del sistema de salud, tiene la responsabilidad de garantizar la igualdad en la prestación del servicio, facilitando el acceso a toda la población que lo requiera, especialmente a quienes están en condiciones socioeconómicas menos favorables; para tales efectos, el Estado está obligado a garantizar la eficacia en la prestación del servicio de salud, otorgando todas las facilidades materiales e institucionales previstas en el orden jurídico interno e internacional, a fin de, (...) brindar óptima atención médica a toda la sociedad en general, en especial a los grupos vulnerables y desprotegidos.”*

63. De conformidad con lo dispuesto en los artículo 87 de la Ley General de Salud, y 3°, fracción XIII del Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud⁵, los pasantes de las profesiones para la salud deberán prestar el servicio social, prioritariamente en unidades aplicativas del primer nivel de atención, en áreas de menor desarrollo económico y social, *“ello bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado que labore en las instituciones de salud.”*

⁵ Publicado el 19 de octubre de 1983 en el Diario Oficial de la Federación.

64. En el referido Acuerdo se prevé la necesaria supervisión de los médicos titulares; pero en este caso PSS no contó con el apoyo y supervisión que requería, lo que tuvo graves consecuencias para la salud de V1.

B. Hospital Rural del IMSS en el Municipio de Bocoyna, Chihuahua.

65. El perito médico forense de este Organismo Nacional mostró que al llegar V1 al Hospital Rural, con independencia de las manifestaciones clínicas que demostraban su deterioro desde el Centro Avanzado, ya sufría también la falta de uresis (orina) por un periodo de 14 horas previas a su ingreso, lo que indicaba un compromiso renal importante debido a que el sangrado había sido constante e intenso, circunstancia que quedó demostrada con los resultados de laboratorio.

66. La nota de urgencias de las 09:30 horas y los resultados de los estudios de laboratorio muestran datos importantes de un choque hipovolémico grave y en estadía avanzada, como lo era en ese momento la presencia de un llenado capilar lento de 4 a 5 segundos, hemacrotico de 13.9 y una hemoglobina de 4.4. (que en este caso era de tan sólo el 33% del contenido de los valores normales), por lo que se indicó el cruce de 4 a 5 paquetes globulares para intentar compensar a V1 y sobre todo estabilizarla hemodinámicamente.

67. El perito médico forense de este Organismo Nacional advirtió que V1 fue valorada por el Servicio de Gineco-Obstetricia, encontrándola con disnea (dificultad respiratoria) de medianos esfuerzos, y la presencia de un hematoma (contenido de sangre en una cavidad neoformada) de 10 cm. de diámetro en la pared lateral de la vagina que incluía la región perianal y glútea derecha, lo cual indica que la atención durante el trabajo de parto fue inadecuada.

68. SP4 registró en la nota de valoración del 1° de abril de 2013, la imposibilidad de ofrecer la atención médica integral que V1 requería, ya que no contaba en ese nosocomio con paquetes globulares suficientes para tratar la urgencia médica, circunstancia que se reiteró en el oficio sin número de la Dirección del Hospital Rural.

69. En el oficio citado se decidió: *“...en conjunto poner subclavia para mejorar la volemia, y en caso de ser necesario el uso de aminas presoras por probables complicaciones hemodinámicas del padecimiento actual. Se verifica retorno venoso del catéter central; sin manifestar datos de insuficiencia respiratoria, mejorando las condiciones...”*.

70. AR2 menciona en su nota médica de las 10:10 horas, que no pudo corroborar la colocación correcta, puesto que no se tomó una placa de Rayos X, ya que el hospital carecía de un equipo portátil para ello.

71. En el dictamen médico forense y su ampliación emitidos por médicos de esta Comisión Nacional se determinó que AR2 incurrió en responsabilidad por impericia, debido a que fijó inadecuadamente el catéter referido que se reportó como *“catéter suelto”* en la nota de ingreso al Hospital de Cuauhtémoc, y que aunque *“...al llevar a cabo la técnica de su colocación, inadvertidamente puncionó el pulmón derecho, ocasionando la presencia de un hemoneumotórax [presencia de sangre y aire en el espacio pleural por perforación durante la técnica de aplicación], complicación que está considerada como un riesgo inherente a la técnica”*, independientemente de la falta del equipo de Rayos X portátil, *“...tampoco llevó a cabo la auscultación del campo pulmonar del hemitórax donde se realizó la punción, con la finalidad de identificar la adecuada entrada y salida del catéter; [y que] derivado de lo anterior, se puede establecer que existió poco apego a la paciente en la valoración clínica integral, que repercutió en el deterioro de su estado clínico, sin haber contribuido directamente en su fallecimiento.”*

72. En el oficio sin número de la Dirección del Hospital Rural se informó que: *“...[V1] no se pasa a quirófano por no contar con condiciones óptimas de la paciente, motivo por el cual no se somete a riesgo la misma, ya que no se contaba co[n] sangre en caso de presentarse hemorragia durante el procedimiento quirúrgico...”*, y que *“...Se estabiliza hemodinamicamente y se solicita el apoyo al Hospital Materno Infantil en Cd Cuauhtémoc para la recepción y manejo de la*

paciente; ya que requería más paquetes globulares, revisión de hematoma y apoyo del servicio de unidad de cuidados intensivos.”

73. La falta de insumos necesarios para la atención médica adecuada de V1, contraviene el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que mandata que: *“Los servicios de urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría; asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo.”*

74. Por lo que se refiere a la falta de paquetes globulares, se vulneró lo previsto en el punto 4.11, párrafo primero de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, *“Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”* que fija que *“Los bancos de sangre deberán establecer y formalizar convenios con otros bancos de sangre o con servicios de transfusión para el intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos, con el objetivo de lograr el abasto oportuno bajo condiciones de seguridad, eficiencia, transparencia y legalidad.”*

C. Hospital de Cuauhtémoc, Chihuahua.

75. V1 ingresó a las 14:20 horas del 1° de abril de 2013 a este hospital y de las notas médicas elaboradas entre las 14:53 y 16:28 horas de ese día, se desprende que AR3 le practicó a V1 un legrado uterino instrumental, retirándole restos y membrana placentaria *“muy abundantes”*, aproximadamente 500 mililitros de restos hemáticos y placentarios.

76. En la nota médica de las 06:15 horas del 2 de abril de 2013, SP6 anotó que V1 continuaba con sangrado moderado, por lo que vio en la necesidad de someterla a un nuevo legrado, después del cual ingresó a terapia intensiva.

77. Como dos horas después, SP7 indicó en su nota médica de las 08:20 horas, que V1 sufría de una falla renal, choque hipovolémico, y que se trataba de una paciente muy grave con alto riesgo de complicaciones.

78. En la nota médica de las 18:35 del 2 de abril de 2013, SP8 registró que consideraba a V1 *“...paciente estable para traslado y recibir apoyo de plaquetas y seguimiento estrecho en virtud de que es una paciente potencialmente complicable y alto riesgo de mortalidad...”*.

79. A las 18:49, SP8 reportó en nota médica que *“...se solicita IC (inter consulta) con cirujano el cual indica colocación de sello de agua, pero por condiciones de la paciente, solicita envío a Chihuahua...”*.

80. En el dictamen médico forense y su ampliación de este Organismo Nacional se concluyó que *“...no obstante lo referido por [AR3] en su nota postquirúrgica, [de] “...haber limpiado completamente de restos placentarios la cavidad uterina, [V1] continuó con sangrado transvaginal persistente, por lo que el día 02-04-2013 a las 07:00 horas, le fue practicado un segundo legrado uterino instrumentado por [SP6], cuyos hallazgos quirúrgicos fueron la presencia de escasos restos placentarios. Posterior a este segundo legrado, [V1] evolucionó con sangrado transvaginal escaso y una adecuada involución uterina, lo cual evidenció que en el primer legrado, contrario a lo que reportó [AR3] no hubo una extracción completa de los restos placentarios, por lo cual aún a pesar de habersele realizado un primer legrado cuya finalidad era precisamente el de retirar completamente los restos placentarios y así controlar el sangrado transvaginal, [V1] persistió con la presencia de sangrado, lo que contribuyó directamente al deterioro de su estado de salud, sin ser la causa determinante de su fallecimiento.”*

81. Los médicos de esta Comisión Nacional aclararon que al no haber realizado la extracción completa de la placenta durante el primer legrado, se evidencia la responsabilidad profesional médica de AR3 por impericia.

82. También revelaron que hasta las 7:10 horas del 2 de abril de 2013, la hemorragia transvaginal de V1 no fue controlada, a pesar de la atención médica que se le dio durante 4 días, por lo que se recabó la autorización de Q para hacer una histerectomía (extirpación del útero), cirugía que no se realizó, sin que exista nota alguna en el expediente clínico que lo justifique o explique.

83. El 2 de abril de 2013 se intentó nuevamente colocar el catéter venoso central, elaborándose la nota de enfermería de la sala de tococirugía en la que se hizo constar que: “... *la instalación de éste fue sin éxito...*”, sin mencionarse el nombre del médico que no logró llevar a cabo tal procedimiento, pero que sí tuvo que auxiliarse de tres médicos para apoyo en “la subclavia” (que está situado debajo de la clavícula), lográndose hasta las 07:40 horas, por lo cual se le transfundió poligelina (medio de sustitución de plasma para reposición de volumen) y paquete globular, lo que permite afirmar que existió un problema de impericia por parte del equipo médico que intentó colocar el catéter, aunado a que no se asentó tal circunstancia en la nota médica correspondiente.

84. Con base en las notas médicas subsecuentes, en particular la de las 18:00 horas del 2 de abril de 2013, se advierte que también existe responsabilidad institucional, dado que no se contaban con los insumos necesarios para la atención de V1, puesto que no se tenía en el banco de sangre plaquetas ni plasmas, equipo con sonda endopleural y sello de agua, por lo que se determinó trasladar a V1 al Hospital General.

D. Hospital General en la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua.

85. El 2 de abril de 2013, como a las 20:50 horas, V1 ingresó al Hospital General, en donde se diagnosticó que su estado de salud era grave, considerado *premortem* y a las 22:30 horas presentó un paro cardiorrespiratorio, sin responder a maniobras de resucitación cardiopulmonar, falleciendo a las 22:55 horas de ese día.

86. De la información proporcionada por Servicios de Salud se advierte que el caso de V1 fue analizado por el Comité de Mortalidad en el cual participaron

representantes de los hospitales en los que se le prestó atención médica a V1. De la minuta de la sesión del 16 de abril de 2013 se desprenden las siguientes observaciones: “... se obtiene placenta completa y se inserta DIU, la paciente es dada de alta ese mismo día 8:00 horas posteriores a su ingreso, sin embargo no se encuentra nota de alta del servicio. A las 5:00 pm del siguiente día la paciente es ingresada de nuevo al [Centro Avanzado] por sangrado transvaginal y mal estado general (31 de marzo de 2013), a las 22:00 horas, se intenta enviar a San Juanito a un hospital de resolución, sin embargo por problemas de inseguridad en esa región se envía hasta las 5:00 am del día primero de abril; las inconsistencias u omisiones resaltadas en la participación de SP10 (miembro del comité Jurisdiccional), son las siguientes: a). Se omite nota de alta a su primer ingreso, las notas de seguimiento en la atención son incompletas y fuera del marco que establece la norma oficial. b). La paciente no es referida en forma adecuada y oportuna para su atención a un segundo nivel, por lo que existe amplia demora en el traslado y atención oportuna de la paciente. c). Se especifica un signo de Ictericia en el curso de su embarazo lo cual es grave detectar este signo y no referirla para su estudio a un segundo nivel en forma oportuna...”, por dichas observaciones los médicos forenses de esta Comisión Nacional se enteraron que no se expresó el sustento técnico-científico de las mismas, motivo por el que el propio Instituto Mexicano del Seguro Social las desestimó al momento de rendir su informe sobre los hechos expuestos en el presente caso.

87. Las acciones y omisiones referidas, atribuibles a personal de los centros hospitalarios ya referidos, resultan contrarias a los puntos 5.1.1 y 5.4.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, vigente en la época en que ocurrieron los hechos materia de esta recomendación (actualmente NOM-007-SSA2-2016, “Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016), que prevé “la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria...” y “Una vez resuelto el problema

inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda”, que “Para la atención del alumbramiento normal...[se debe] ...verificar que... el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso”, pues no se brindó a V1 la atención con la calidad y oportunidad que requería, se le dejó en la cavidad uterina casi la totalidad de la placenta, fue dada de alta sin haberse verificado la normalidad del útero y del sangrado transvaginal que presentaba, aunado a que hubo dilación en la referencia a otro centro de salud en donde se le realizó un primer legrado uterino instrumental; sin embargo no se extrajo la totalidad de la placenta, por lo que fue necesario practicarle otro legrado, no se le colocó adecuadamente un catéter, y en los hospitales Rural y de Cuauhtémoc se carecía de los insumos necesarios para atender la urgencia obstétrica que tenía V1.

88. Se vulneraron también los puntos 5.5.1.2 y 5.5.1.4 de la citada norma oficial mexicana, en los que se señalan que en la atención del puerperio *“Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:”* [entre otras actividades] *“En las primeras dos horas la verificación de la normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas”,* porque en este caso AR1 no cumplió con el citado procedimiento.

89. Esta Comisión Nacional hace hincapié en la importancia que tiene, organizar y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al observar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal conforme a la citada NOM-007-SSA2-1993; acciones que en el caso de V1 no se hicieron, como lo ha venido sosteniendo también esta Comisión Nacional en otros precedentes en otras muchas Recomendaciones, como la 37/2011, 65/2012, 6/2013, 1/2014, 29/2015 y 8/2016, en los siguientes términos:

“Las acciones y omisiones, resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 5.4.2, 5.4.2.1 y 5.4.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y

puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, (...) [que prevén] que el control de parto normal, debe incluir la verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina, al menos cada 30 minutos,” [y que] “la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical [debe realizarse] a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo con la evolución del trabajo de parto y el criterio médico.” [Dicha norma oficial mexicana establece] “con claridad que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria (...) La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos; [Para lo cual propone, entre otros, brindar una atención oportuna,] con calidad y con calidez.”

90. Es importante reiterar que en su introducción y en los numerales 4.24, 4.26, 5.1.3, de la NOM-007-SSA2-1993, estatuyen que: *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”, que “La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez”,* definida la calidad en la atención como *“...la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados) y que debe*

haber oportunidad en la atención, la que define como: *“Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que debe hacer con la secuencia adecuada”*.

91. Dadas las circunstancias antes pormenorizadas, en cuanto a la atención que se proporcionó a V1, después del nacimiento de V2, se desprende que AR1, AR2 y AR3 incumplieron con el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que señala que previene: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable...”*.

92. De lo anterior, se concluye que AR1, AR2 y AR3, no actuaron con pericia profesional para resolver las complicaciones que se presentaron después del nacimiento de V2, lo que repercutió en el deterioro de la salud de V1 y contribuyeron a su fallecimiento, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracciones V y VIII, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*, esta última vigente en la época en que ocurrieron los hechos materia de esta Recomendación; NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”* y NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), y en la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

93. La carencia del equipo e insumos que se requerían para brindarle a V1 atención médica adecuada, circunstancia que por sí sola constituye una clara violación al derecho a la protección de la salud, ya que a pesar de que el Estado tiene la obligación de garantizar la eficiencia en el funcionamiento de las instituciones públicas de salud, la carencia de equipo e insumos genera incapacidad médica para una atención adecuada, oportuna y eficaz.

94. La Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación⁶ –en criterio orientador- señaló que el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de contenido y de resultado, y que éstas “...se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En esa lógica, teniendo como referente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto, se impone al Estado Mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.”

Derecho a la Vida.

95. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfruta de un ciclo existencial que no debe ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 1º constitucional, 6.1. del Pacto

⁶ Tesis constitucional “SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO”. Noviembre de 2014. (Registro 2007938)

Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1.1 y 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, prevén que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

96. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que la garanticen.

97. En el “*Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*” la CrIDH reconoció que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a todas sus instituciones.⁷

98. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido destacan la “*Declaración de Ginebra*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

99. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada por AR1, AR2 y AR3 a V1, se tienen por reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

⁷ “Caso ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, Sentencia de Fondo de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

100. Por lo anterior, se concluye que durante la estancia de V1 en el Centro Avanzado, la intervención de AR1 fue inadecuada e inoportuna, puesto que no se brindó a V1 la atención con la calidad y oportunidad que requería, lo que repercutió en el deterioro de su salud y contribuyó a su fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida, tutelado en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

Derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica.

101. El artículo 5, fracción IV de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define la violencia contra las mujeres como: *“cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como público.”*

102. En la fracción V del citado precepto legal, considera que las modalidades de violencia son: *“Las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres,…”*

103. En el artículo 18 de la referida Ley se prevé que una de las modalidades de la violencia contra las mujeres es la violencia institucional, que consiste en *“los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.”*

104. En el caso de V1, se acredita la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia institucional y de género, que es una concepción jurídica reciente. En este contexto, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Acceso a una Vida Libre de

Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas (Art. 6, fracción VII), la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Chihuahua (Art. 5, fracción VI), la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Guanajuato (Art. 5, fracción VIII) y la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Veracruz (Art. 7, fracción VI), se entiende por violencia obstétrica la: *“Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas...”*, entre otras.

105. La Organización Mundial de la Salud en la Introducción de la Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”* de septiembre de 2014, expresó que *“...El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos”*.

106 Como se advirtió en las Recomendaciones 19/2015, 20/2015 y 29/2015, emitidas por esta Comisión Nacional: *“Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica, ha sido naturalizada e invisibilizada de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y de sus hijos por nacer.”*

107. Esta Comisión Nacional con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, en el Seminario Internacional *“Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la*

Salud Materna” de septiembre de 2014, con el que se inició la “*Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica*” en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios “*con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad*” en el rubro de la salud.

108. Los numerales 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 1.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en síntesis señalan la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar para ello las medidas necesarias para su plena efectividad.

109. En el presente caso, los médicos que atendieron a V1, omitieron brindarle la atención con la calidad y oportunidad que requería, pues se le dejó en la cavidad uterina casi la totalidad de la placenta, fue dada de alta sin haberse verificado la normalidad del útero y del sangrado transvaginal, hubo dilación en la referencia a otro centro de salud, se realizó un primer legrado uterino instrumental en el que se extrajo una parte de la placenta, por lo que fue necesario realizar otro y no se colocó adecuadamente un catéter.

110. El Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua incurrieron en responsabilidad institucional al no contar en el área de urgencias del Hospital Rural, con la infraestructura necesaria para la atención de casos como el que aquí se analizó, pues no se contó con el servicio de radiología

portátil de Rayos X, ni la cantidad suficiente de paquetes de sangre, y en el Hospital de Cuauhtémoc por la falta también de plaquetas, plasmas, equipo con sonda endopleural y sello de agua, que de acuerdo con las normas oficiales mexicanas supracitadas, estaban obligados a tener con el fin de prestar la atención médica que requería V1 al momento de ser ingresada en dichos nosocomios, abonando con ello al deterioro de su salud, lo cual finalmente derivó en su fallecimiento, lo que constituye una violencia institucional y de género, que a su vez vulneró el derecho a la protección de su salud y a una vida libre de violencia obstétrica.

Responsabilidad.

111. La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos, analizadas y evidenciadas, corresponde a los actos realizados por AR1, AR2 y AR3.

112. Por lo que se refiere a AR1, es de observarse que actuó con impericia en el trabajo de parto de V1, al dejar una gran parte de la placenta en su cavidad uterina y darla de alta en las condiciones delicadas en que se encontraba; por no haber acudido al lugar en que estaba hospedada para valorar el sangrado que presentaba, aunado a que no dejó anotación alguna en el expediente clínico sobre el estado de salud de V1 para que en su caso, fuera valorada por PSS.

113. Por cuanto hace a AR3, se evidenció que actuó con impericia, pues al realizar el primer legrado uterino instrumental a V1, no retiró en forma completa los restos de la placenta, por lo que se tuvo que realizar un segundo legrado.

114. En atención a lo expuesto, se advierte que AR1 y AR3, violaron el artículo 23, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua.

115. En el caso de AR2, se acreditó que actuó con impericia al colocar a V1 el catéter venoso central, el cual según nota de ingreso al Hospital de Cuauhtémoc

estaba suelto, con lo que vulneró los artículos 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y 303 y 303 A de la Ley del Seguro Social.

116. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, así como ante la Secretaría de la Contraloría del Estado de Chihuahua, a fin de que se inicien e integren los procedimientos de investigación administrativa correspondiente, por cuanto hace a AR2 y AR3 servidores públicos que no han sido sujetos a investigación, además de formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación y Fiscalía General del Estado de Chihuahua, en contra de los servidores públicos del IMSS y de la Secretaría de Salud, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

Reparación del daño y formas de dar cumplimiento.

117. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño, derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía lo es, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que prevén la posibilidad de al evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública deberá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales.

118. De conformidad con el artículo 1º, párrafos tercero y cuarto, 7, fracción II, y 26 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación; el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas, de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a sus derechos humanos, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

119. Para el cumplimiento de lo establecido en el punto primero recomendatorio dirigidos al Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua debe proporcionarse atención psicológica y tanatológica a Q, por personal profesional especializado, de forma continua, hasta que alcance sanación psíquica y emocional, para lo cual es necesario escuchar sus necesidades particulares. La atención deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse de forma continua hasta su total rehabilitación. Esta deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible con su consentimiento, para lo cual se les deberá otorgar información previa clara y suficiente.

120. Esta Comisión Nacional reconoce la recepción de dos cheques por parte de Q, expedidos respectivamente por el Instituto Chihuahuense de Salud y de los Servicios de Salud de Chihuahua ambos del 26 de marzo de 2015, como indemnización determinada en su favor, por la inadecuada atención médica proporcionada a V1 por los médicos del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc. Dicha indemnización podrá ser valorada por parte de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

121. Relativo al segundo punto recomendatorio, se sugiere emitir una circular en la que se exhorte a los médicos del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc, a entregar copia de la certificación y recertificación que emitan los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional. Para tener por

cumplido este punto, se deberá enviar a esta Comisión Nacional copia de la circular signada por cada uno de los médicos.

122. Respecto al punto tercer recomendatorio, en protección a la garantía de no repetición, deberá brindarse un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con perspectiva de género y con la participación de especialistas en violencia obstétrica, así como del conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas, con el objetivo de evitar circunstancias como las que dieron origen a este pronunciamiento. Se tendrá cumplido este punto con el envío de las constancias del curso realizado con posterioridad a la fecha de notificación de la presente.

123. Por lo que se refiere al punto cuarto recomendatorio se deberá supervisar y verificar las condiciones en que se brinda el servicio de urgencias en el Centro Avanzado y Hospital de Cuauhtémoc, y dotarlos del equipo médico y quirúrgico necesario para la atención de urgencias obstétricas.

124. En cuanto al punto quinto recomendatorio, es necesario emitir una circular en la que se instruya al personal médico del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc, de la Secretaría de Salud, que integren los expedientes clínicos de conformidad con lo establecido en la legislación nacional y en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "*Del expediente clínico*", enviando a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

125. Para dar cumplimiento a los puntos sexto y séptimo recomendatorios, relacionados con la colaboración en la queja y denuncia que presentará este Organismo Nacional ante la Secretaría de la Contraloría de Chihuahua y la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, contra AR3, se deberá informar sobre las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de las instancias administrativas e investigadoras, de forma oportuna y completa.

126. También, para calificar el punto séptimo recomendatorio, a través del área correspondiente, deberá aportarse copia de la presente Recomendación a la causa penal que se encuentra en acuerdo reparatorio entre Q y AR1.

127. Para reparar integralmente el daño que se establece en el punto primero recomendatorio dirigido al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social deberán considerarse los posibles daños psicológicos sufridos por Q, V2 y V3 para proporcionales atención psicológica por un profesional especializado. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible para ellos.

128. El monto de la reparación del daño podrá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y a quien conforme a derecho corresponda, con motivo del fallecimiento de V1, al que contribuyó AR2 por su conducta y por carecer el Hospital Rural del equipo y material suficiente que hubiesen permitido brindar a V1 una atención oportuna y adecuada.

129. Respecto a la capacitación mencionada en el segundo punto recomendatorio, deberá brindarse un curso en materia de derechos humanos, así como el manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas relacionadas con este caso.

130. Por lo que se refiere al punto tercero recomendatorio, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal encargado del mantenimiento de los insumos para el funcionamiento del Hospital Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social, cumpla con su obligación de supervisar la existencia de los materiales necesarios para brindar la atención médica que se proporciona a los pacientes, en términos de la NOM-027-SSA3-2013, "*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*". Para tener por cumplido este punto, será necesario se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con las cuales se acredita la emisión de la circular y que se hizo del conocimiento del personal responsable del mantenimiento de insumos para el funcionamiento del citado hospital.

131. Respecto al punto cuarto recomendatorio se deberá supervisar y verificar si el Hospital Rural cuenta con los insumos necesarios para la atención de urgencias obstétricas, en particular paquetes globulares, de no ser así, realizará las acciones pertinentes para su debido equipamiento.

132. A efecto de calificar los puntos quinto y sexto recomendatorios, relacionados con la colaboración en la denuncia y queja que presentará este Organismo Nacional ante la Procuraduría General de la República y el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra AR2, se deberá informar sobre las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de las instancias administrativas e investigadoras, de forma oportuna y completa.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente, a ustedes señores Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A Usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social:

PRIMERA. En Coordinación con el Gobierno del Estado de Chihuahua se tomen las medidas necesarias para la reparación integral el daño, proporcionando la atención psicológica que requieran Q, V2 y V3, con base en las consideraciones planteadas en la presente Recomendación y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir, en el Hospital Rural, curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, así como el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas a las que se ha hecho referencia en la presente Recomendación, con el objetivo de que los servidores públicos cuenten con los elementos técnicos y científicos que les permita desempeñar sus funciones de manera correcta y

efectiva, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Girar instrucciones a efecto de que se emita una circular en la que se ordene al personal encargado del mantenimiento de los insumos para el funcionamiento del Hospital Rural, supervisar la existencia de los materiales necesarios para brindar la atención médica que se proporciona a los pacientes, en términos de lo dispuesto en la norma oficial mexicana relativa al funcionamiento y atención en los servicios de urgencia, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Girar instrucciones a quien corresponda a efecto de que se supervise y verifiquen las condiciones en que se brinda el servicio de urgencias en el Hospital Rural en particular respecto al equipo médico e insumos necesarios para la atención de urgencias obstétricas a efecto de comprobar que se cuenta con el equipamiento necesario, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Colaborar debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, contra AR2, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Colaborar con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra del servidor público involucrado en los hechos motivo de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

Y a usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua:

PRIMERA. Reparar integralmente el daño ocasionado a Q, V2 y V3, en términos de la Ley General de Víctimas para el Estado de Chihuahua, garantizándoles el

servicio médico de manera permanente, proporcionarles la atención psicológica y tanatológica que se requiera, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada y de la pérdida de la vida de V1, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente Recomendación y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Girar instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc de la Secretaría de Salud, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

TERCERA. Diseñar e impartir a la totalidad de los servidores públicos del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, con especialistas en perspectiva de género, así como el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas a las que se ha hecho referencia en la presente Recomendación, con el objetivo de que los servidores públicos cuenten con los elementos técnicos y científicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta y efectiva, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Girar instrucciones a quien corresponda a efecto de que se supervise y verifique el servicio de urgencias del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc, en particular respecto al equipo médico e insumos necesarios para la atención de urgencias obstétricas a efecto de comprobar que se cuenta con el equipamiento necesario, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Girar instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular en la que se instruya a los médicos del Centro Avanzado y del Hospital de Cuauhtémoc, de la Secretaría de Salud en el Estado, el cumplimiento de la norma oficial mexicana relativa a la integración del expediente clínico, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en la queja que promueva ante la Secretaría de la Contraloría de Chihuahua, en contra de AR3 servidor público de esa entidad federativa, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SÉPTIMA. Girar instrucciones a quien corresponda a efecto de que se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, en contra de AR3 a fin de que se inicie la carpeta de investigación que en derecho corresponda, asimismo se aporte copia de la presente Recomendación a la causa penal que se instruye a AR1, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que le sean solicitadas.

133. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de actos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como de obtener, en los términos que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda, por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

134. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se solicita que la respuesta sobre la

aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

135. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita a ustedes que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

136. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ