



RECOMENDACIÓN No. 17 /2017

SOBRE EL CASO DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V1, MENOR DE EDAD, Y PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN, EN EL HOSPITAL GENERAL DE TORREÓN, DEPENDIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE COAHUILA.

Ciudad de México, a 27 de abril de 2017.

**LIC. RUBÉN MOREIRA VALDÉZ
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE COAHUILA.**

Distinguido señor Gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, tercer 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, así como 14, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2016/815/Q**, relacionado con el caso de V1, menor de edad y la pérdida del producto de la gestación.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, 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 la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quienes tendrán el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 1° de febrero de 2016, un medio de comunicación publicó la nota titulada: *“Muere bebé en Hospital General por falta de atención”* en la que se dio a conocer el caso de V1, mujer de 17 años de edad, que cursaba un embarazo de 41 semanas de gestación, quien el 29 de enero de 2016 aproximadamente a las 23:00 horas, acudió al Hospital General de Torreón, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Coahuila (Hospital General), por presentar dolores de parto.

4. De acuerdo con lo establecido en la nota periodística, V1 acudió al servicio de urgencias del Hospital General, siendo atendida por un médico, quien al realizarle un tacto, se percató que se encontraba en trabajo de parto, por lo que le comentó que la pasarían al área de tococirugía.

5. Alrededor de las 6:30 horas del siguiente día, personal médico informó a V2 que la bebé había fallecido. En el certificado de muerte fetal emitido por el Hospital General, consta que la pérdida del producto de la gestación fue ocasionada por *“doble circular de cordón apretado”*.

6. El 8 de febrero de 2016, esta Comisión Nacional determinó ejercer la facultad de atracción e iniciar de oficio el presente expediente de queja, de conformidad con lo establecido en los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3°, 6°, fracciones II y XVI, 15, fracción XII y 60 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14 y 89 de su Reglamento Interno; solicitándose información y copia del expediente clínico a los Servicios de Salud del Estado de Coahuila; asimismo, se realizaron las diligencias

tendientes al esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

7. Nota periodística de 1° de febrero de 2016, titulada *“Muere bebé en Hospital General por falta de atención”*, publicada por un medio de comunicación electrónico.

8. Acuerdo de Atracción e inicio de expediente de oficio de fecha 8 de febrero de 2016.

9. Oficio 07530 de 8 de marzo de 2016, mediante el cual la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila, remitió los informes de las autoridades involucradas en el caso de V1, así como resolución del Sub-Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal del Hospital General de 18 de febrero de 2106, en la que se determinó, entre otras cosas, que existe responsabilidad por parte del *“médico ginecológico adscrito al turno nocturno A”*, por lo que hace al cumplimiento de los establecido en la 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.*

10. Oficio DAJ/SSC/598/2016 de 13 de mayo de 2016, mediante el cual la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Estado informó, entre otras cosas, que el 8 de marzo de 2016 se inició un procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de quien o quienes resulten responsables derivado de la publicación de la nota periodística.

11. Declaración de MIP3 de fecha 19 de mayo de 2016, rendida ante la Dirección General de Asuntos Jurídicos y oficio 0038 suscrito por el Jefe de Recursos Humanos del Hospital General, contenido en el expediente del procedimiento de responsabilidad administrativa.

12. Expediente clínico de V1, integrado en el Hospital General, del que destaca:

12.1. Nota Médica del Servicio de Ginecología y Obstetricia, de fecha 29 de enero de 2016, a las 23:30 horas, con firma sin nombre del médico que la realizó.

12.2. Hoja de trabajo de parto (partograma), de fecha 30 de enero de 2016 (sic), a las 23:00 horas, con firma sin nombre del médico que la realizó.

12.3. Nota de Ingreso al área de Tocología, de fecha 30 de enero de 2016, a las 02:00 horas, suscrita por MIP1.

12.4. Nota Post-parto, de fecha 30 de enero de 2016, a las 06:00 horas, con el nombre de AR1 (sin firma) y MIP1.

12.5. Nota de atención al recién nacido, de fecha 30 de enero de 2016, a las 6:00 horas, suscrita por MIP2.

12.6. Certificado de muerte fetal, número de folio 16000619, suscrito por AR1.

13. Opinión médica de este Organismo Nacional de 9 de septiembre de 2016.

14. Acta Circunstanciada de 3 de noviembre de 2016, donde consta la entrevista sostenida por personal de este Organismo Nacional con T.

15. Oficio DAJ/SSC/433/2017 de 14 de marzo de 2017, en el que la Dirección de Asuntos Jurídicos informó que el procedimiento administrativo se encuentra en etapa de resolución.

16. Acta Circunstanciada de 25 de abril de 2017, donde consta la entrevista sostenida por personal de este Organismo Nacional con personal de la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud de Coahuila.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. Con relación a los hechos, la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud de Coahuila inició un procedimiento administrativo *“en contra de quien o quienes resulten responsables”*, derivado de la publicación de la nota periodística, el cual *“se encuentra en etapa de resolución”*.

18. Asimismo, el 18 de febrero de 2016 el Sub-Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal del Hospital General determinó, entre otras cosas, que existe responsabilidad por parte del *“médico ginecológico adscrito al turno nocturno A”* (siendo este AR2), por lo que hace al cumplimiento de los establecido en la 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.*

IV. OBSERVACIONES.

19. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias del expediente **CNDH/4/2016/815/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a continuación, se realizará el siguiente análisis: a) Derecho a la protección de la salud de V1; a.1) Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General y la pérdida del producto de la gestación.

a) Derecho a la protección de la salud de V1.

20. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su

jurisprudencia que entre los elementos que comprende 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, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*¹.

21. Esta Comisión Nacional, ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad”*.²

22. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*. Además se puntualizó que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*³. Asimismo, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de las Naciones Unidas decretó en su

¹ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

² CNDH. Recomendación General 15 Sobre el derecho a la protección de la Salud de 23 de abril de 2009, párrafo 24.

³ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafos 1 y 27.

numeral 12.2 que *“los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”*.

23. Por su parte los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), prevén que los Estados partes *“se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”*.

a.1) Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General y la pérdida del producto de la gestación.

24. En el caso que nos ocupa, V1, mujer de 17 años de edad, acudió aproximadamente a las 23:00 horas del 29 de enero de 2016 al Hospital General por presentar dolores de parto, fecha en la que fue valorada por AR1, quien la ingresó al área de tococirugía. En opinión médica de este Organismo Nacional, AR1 omitió realizar historia clínica de V1 y realizó un deficiente llenado de la Carta de Consentimiento Bajo Información de Ingreso Hospitalario, así como del partograma, incumpliendo con los numerales 10.1.1.5, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”* y 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterio y procedimientos para la prestación del servicio”*.

25. En la hoja de partograma, AR1 describió que V1 no había tenido control prenatal previo. La bibliografía médica describe que la atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada dirigido entre otros, a la

identificación de signos y síntomas de alarma y valoración del riesgo obstétrico. Por lo anterior, ante la falta de control prenatal, AR1 debió recabar mayores datos sobre el estado que guardaba el binomio materno-fetal, con la finalidad de detectar factores de riesgo obstétricos y perinatales, brindar atención médica adecuada, realizar un diagnóstico oportuno y prevenir el riesgo de complicaciones al binomio.

26. El 30 de enero de 2016, a las 2:00 horas, V1 fue valorada por MIP1. Cabe destacar que desde el inicio del partograma (29 de enero de 2016 a las 23:00 hrs) hasta esta revisión, no existe registro alguno sobre la vigilancia del trabajo de parto (altura de la presentación, estado de las membranas, frecuencia cardíaca fetal, dilatación cervical, variedad de posición y contracciones uterinas), situación que incumple lo dispuesto por la NOM-007-SSA2-1993, que en su apartado 5.4.2.1, describe que la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

27. A las 6:00 horas de ese mismo día, AR1 y MIP1, suscribieron una nota de postparto de la cual se desprende que V1 pasó a sala de expulsión con dilatación completa, extrayendo a las 5:20 horas un producto único óbito con doble circular de cordón.

28. Por lo que hace a la atención médica brindada al producto de la gestación se advierte que fue otorgada por MIP2, quien describió que la paciente no presentó tono muscular, sin frecuencia cardíaca y Apgar 0-0; pasándola a cuna de calor radiante, solicitando el apoyo de SP5 para la reanimación neonatal; colocando intubación endotraqueal y ventilación con presión positiva, masaje cardíaco durante 25 minutos, así como administración de adrenalina endotraqueal sin obtener respuesta, declarando muerte fetal a las 05:45 horas del 30 de enero de 2016, quedando asentada como causa de defunción en el certificado de muerte fetal *“doble circular de cordón apretada”*.

29. Respecto de los hechos T en entrevista sostenida con esta Comisión Nacional, señaló que ese día acompañó a V1 al Hospital General e indicó que *“la bebé”* murió porque los médicos *“dejaron [a V1] ahí sentada y olvidada sin darle atención médica”*.

30. En la opinión médica de este Organismo Autónomo se advirtió que de la fecha de inicio del partograma (29 de enero a las 23:00 horas) al momento que se produjo la extracción del óbito (30 de enero a las 5:20 horas), solo se realizó un registro de la frecuencia cardiaca fetal, es decir, que aproximadamente durante 6 horas no se realizó vigilancia estrecha del binomio materno-fetal.

31. La bibliografía médica especializada describe que entre un 15 al 30% de los productos de la gestación presentan circular de cordón a cuello al nacimiento y puede estar situado con una o más vueltas alrededor del cuello fetal (como en el caso particular). La mayor incidencia de circular de cordón independientemente del número de vueltas en partos con presentación de vértice se eleva a partir de las 38 semanas de gestación (34%) lo que posiblemente refleja una mayor actividad fetal o bien una disminución del líquido amniótico (como en el presente caso). En algunos reportes, el cordón umbilical a cuello o en otra estructura fetal está asociado con una incidencia significativa de resultados perinatales adversos, asociándose con choque hipovolémico, anemia y sufrimiento fetal intraparto (como en el presente caso). De acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, el circular de cordón a término puede ser identificado ultrasonográficamente con alta sensibilidad y especificidad, sobre todo con el uso de imagen de flujo doppler color.

32. El óbito fetal es la muerte fetal *in utero* durante la gestación desde las 22 semanas de edad gestacional o desde que el feto tiene un peso de 500 gramos hasta el momento del parto. La *“Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único”*, establece que entre los factores fetales

que se asocian con la muerte fetal están la disminución del líquido amniótico y circular de cordón doble o triple.

33. En la nota de atención al recién nacido, suscrita por MIP2 a las 6:00 horas del 30 de enero de 2016, se describe que V1 contaba con un ultrasonido de carácter particular, el cual reportó oligohidramnios, es decir, disminución de líquido amniótico. La disminución del volumen de líquido amniótico (oligohidramnios) aumentó el riesgo de compresión del cordón umbilical (doble circular de cordón a cuello), causando sufrimiento fetal agudo, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y expulsión de meconio (++++ espeso)⁴, lo que culminó en pérdida del producto de la gestación.

34. La información ginecológica y obstétrica de V1 era de vital importancia para la valoración y vigilancia del binomio materno-fetal, sin embargo, dicha información (ultrasonido con reporte de oligohidramnios) fue recabada posterior a la atención del producto de la gestación.

35. En opinión médica de este Organismo Nacional, desde el ingreso de V1 al Hospital General (23:00 horas del 29 de enero de 2016), se debió realizar un ultrasonido doppler con la finalidad de determinar la edad gestacional, presencia de circular de cordón umbilical, evaluación del bienestar fetal, así como el índice de líquido amniótico, lo que no fue solicitado tanto en su valoración médica de primer contacto en el servicio de Ginecología-Obstetricia por AR1, como durante su estancia en el área de Tocología por AR2, generando una inadecuada valoración y vigilancia en cada una de las etapas por las que pasó V1, la falta de estos estudios derivó en la pérdida del producto de la gestación.

36. Este Organismo Nacional constató, que tanto el parto como la atención médica brindada al producto de la gestación se llevaron a cabo por médicos

⁴ Las cruces son un parámetro para determinar la consistencia del meconio, entre más cruces más espeso.

internos de pregrado (médicos en formación), ya que se encontraban ausentes los médicos especialistas en Ginecología y Pediatría.

37. En relación al parto de V1 fue atendido por MIP3, debido a que AR2, médico asignado al área de Toco-Quirófano se encontraba en un sitio distinto, circunstancia que fue referida por la citada autoridad en su informe al manifestar que al no haber eventualidades, se retiró *“al área de descanso de médicos”*.

38. En este sentido, SP1 en su informe y el Sub-Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal del Hospital General, señalaron que el *“médico ginecólogo adscrito al turno nocturno A”*, siendo este AR2, incumplió con la NOM-007-SSA2-1993, al haber omitido: a) *“estar presente en su área durante el proceso de parto el ginecólogo en turno”*; b) oportunidad en la atención; c) la utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y ultrasonido obedeciendo a indicaciones específicas; d) el registro e interpretación de la contractilidad uterina y de frecuencia cardíaca fetal que debe ser cada 30 minutos en fase activa y 15 minutos en trabajo de parto y e) registro e interpretación de signos vitales que deben hacerse por lo menos cada hora.

39. La bibliografía médica especializada describe que el área de labor o tococirugía es el espacio físico en donde se vigila la evolución de las pacientes embarazadas que se encuentran en trabajo de parto, el elemento más importante de dicha área es el recurso humano conformado por médicos y enfermeras que deben estar adecuadamente adiestrados para tomar las decisiones médicas y quirúrgicas que procedan. AR2 al estar asignado al área de Toco-Quirófano, debió realizar las actividades encaminadas para una adecuada valoración, vigilancia y culminación del trabajo de parto de V1, mismas que no efectuó por haberse retirado al área de descanso durante su guardia.

40. Sobre el particular, el artículo 70, fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señala que

los Hospitales Generales *“son establecimientos de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización”*. El artículo 87 del Reglamento en cita, establece que *“los servicios de urgencia de cualquier hospital deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría, y que dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando de forma permanente con médico de guardia responsable del mismo”*; disposiciones que en el presente caso, fueron incumplidas por el personal de Hospital General.

41. Este Organismo Nacional advirtió, que durante la guardia del 29 de enero de 2016, no se contó con especialista en pediatría. No se soslaya que en el expediente del procedimiento administrativo iniciado con motivo de los hechos, consta un oficio suscrito por SP2, Jefe de Recursos Humanos del Hospital General, quien estableció que el médico pediatra asignado al turno nocturno estuvo presente en la jornada laboral del 29 de enero de 2016 de 20:00 a las 7:00 horas del 30 de enero, sin embargo, MIP3, SP3 y SP4 en sus informes sostuvieron que al momento de lo ocurrido no se contó con un médico pediatra, ya que al inicio de turno el especialista asignado a éste indicó que no asistiría, por lo que se buscó a otro, quien expresó que no le sería posible suplirlo.

42. En opinión médica este Organismo Nacional señaló, que el producto de la gestación debió recibir atención por un especialista en pediatría, para tomar las decisiones procedentes al caso. No obstante, este Organismo Autónomo constató que no se previó ni solucionó la falta de personal médico en el Servicio de Pediatría, correspondiente a la guardia nocturna del 29 al 30 de enero de 2016, encontrándose a cargo de médicos en formación para la valoración, vigilancia y manejo de los pacientes de dicho servicio.

43. Para esta Comisión Nacional es indispensable que durante las guardias nocturnas exista personal médico especializado para brindar un adecuado servicio a la población que solicita atención.

44. Este Organismo Constitucional ha sostenido, que la atención médica brindada en su totalidad por médicos internos de pregrado (médicos en formación), incumple con la NOM-234-SSA1-2003, *“Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado”*, en sus apartados 5.7 y 5.13.1, los cuales describen que las instituciones de salud deben realizar la evaluación de sus campos clínicos al menos una vez al año y verificar que en ningún caso los alumnos sustituyan al personal de contrato; proporcionar a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal.

45. Cabe destacar que al momento de los hechos, V1 era menor de 18 años, hecho que la coloca en una situación de especial protección. Al respecto la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que el Estado debe ceñir sus acciones de conformidad con el interés superior del niño, lo que implica que las instituciones estén *“debidamente calificadas para ello, que dispongan de personal adecuado, instalaciones suficientes, medios idóneos y experiencia probada en este género de tareas”*⁵.

46. Esta Comisión Nacional recuerda que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto y la protección de la expectativa de vida humana. Lo anterior, en el entendido de que la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer.

⁵ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-17/2002 de 28 de agosto de 2002, párrafo 78.

47. Por las razones expuestas, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones relacionados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud de V1 lo que derivó en la pérdida del producto de la gestación, ya que al no haber estado presente el personal necesario, no se brindó una atención médica adecuada, oportuna y eficiente para efectuar la resolución obstétrica.

48. Por tanto, AR1 y AR2 son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de producto de la gestación, contenido en los artículos 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y por contravenir lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, inciso A, fracción II; 29, fracción IV, 56 de la Ley Estatal de Salud y 2º, fracción I y 4º, fracción II de la Ley del Sistema Estatal para la Garantía de los Derechos Humanos de Niños y Niñas del Estado de Coahuila de Zaragoza; y lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas arriba establecidas.

b) Responsabilidad.

49. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, mismas que configuraron la violación al derecho a la protección de la salud de V1, que derivó en la pérdida del producto de la gestación; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para

concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en el artículo 52, fracciones I, V y XXI de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales y Municipales del Estado de Coahuila, por lo que con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6º, fracción III, 71, párrafo segundo y 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, esta Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones presentará queja ante la autoridad correspondiente, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa correspondiente, y presentará la respectiva denuncia ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila.

50. Esta Comisión Nacional advierte, que al no haberse previsto ni solucionado la falta de personal médico en el Servicio de Pediatría, correspondiente a la guardia nocturna del 29 al 30 de enero de 2016, constituye una responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud.

c) Reparación integral del daño.

51. De conformidad con lo establecido en el artículo 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir 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 hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, en términos de la Ley de Víctimas para el Estado de Coahuila de Zaragoza, se deberá reparar el daño a V1, por la violación al derecho humano

cometido en su agravio, que derivó en la pérdida del producto de la gestación tal como ha quedado precisado en la presente recomendación.

52. Asimismo, de conformidad al artículo 4° de la Ley General de Víctimas en el presente caso, V2 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener una relación inmediata con V1. Al respecto, este Organismo Nacional observa que el vínculo familiar existente en su calidad de pareja de V1 y progenitor del producto de la gestación, propicia que sea susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento.

- **Medidas de rehabilitación.**

53. La atención médica y psicológica que se preste a las víctimas, deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

54. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

- **Medidas de satisfacción.**

55. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que presente ante la autoridad competente, para que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda, en contra de AR1, AR2 y quien resulta responsable, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

56. Al tratarse de la responsabilidad de servidores públicos de carácter estatal, participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia contra AR1 y AR2 y quien resulte responsable, que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila.

- **Garantías de no repetición.**

57. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan.

58. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital General, un curso y un taller de capacitación y formación sobre el derecho a la protección de la salud de las mujeres y las niñas, así como sobre la aplicación de la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres y las niñas para sensibilizar al personal de salud con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento.

59. De igual manera, se recomienda que se tomen las medidas necesarias para garantizar que en los servicios de urgencias del Hospital General, se cuente en todo momento con médicos de guardia en las especialidades de gineco-obstetricia y pediatría para prestar atención médica las 24 horas del día durante todo el año.

- **Medidas de compensación.**

60. La autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V2 por la violación a sus derechos humanos. Para ello, deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial, y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Coahuila, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño a V1 y V2, conforme a la Ley de Víctimas para el Estado de Coahuila de Zaragoza, que incluya una indemnización o compensación, atención médica y psicológica con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General, derivada de las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñen e impartan en el Hospital General, un curso y un taller de capacitación y formación sobre el derecho a la protección de la salud de las mujeres y las niñas de conformidad con los estándares nacionales e internacionales, así como sobre la aplicación de la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres y las niñas para sensibilizar al personal de salud con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General en el que se le exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico

adecuado y profesional y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones, para garantizar que en los servicios de urgencias del Hospital General, se cuente en todo momento con médicos de guardia en las especialidades de gineco-obstetricia y pediatría para prestar atención médica las 24 horas del día durante todo el año, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja que presente ante la instancia que corresponda, en contra de AR1, AR2 y quien resulte responsable, a efecto de que se inicie el procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

SEXTA. Participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia contra AR1 y AR2 y quien resulte responsable, que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEPTIMA. En colaboración con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, de Coahuila se proceda a inscribir a V1 y V2 en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

61. 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 formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero,

constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

62. 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 de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

64. 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 a las legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ