

## RECOMENDACIÓN No. 49/2020

**Síntesis:** Quejoso indica que su esposa fue internada en el Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez debido a que entró en trabajo de parto, pues su hija tenía ya más de 9 meses de gestación. Estando internada comenzó con contracciones y algo de sangrado, por lo que su médico dio la orden de practicarle una cesárea al día siguiente, sin embargo los médicos de guardia al día siguiente hicieron caso omiso de la instrucción y la dejaron tres días internada debido a que insistían en que fuera parto natural, al final, por desgracia perdió a su bebé.

En tal virtud, esta Comisión consideró que existen elementos para concluir que se violaron los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información (a la legalidad y derechos de víctimas)

*“2020, Por un Nuevo Federalismo Fiscal, Justo y Equitativo”*

*“2020, Año de la Sanidad Vegetal”*

Oficio No. CEDH:1s.1.129/2020

Expediente No. JUA-ACT-116/2017

**RECOMENDACIÓN No. CEDH:5s.1.049/2020**

Chihuahua, Chihuahua, a 28 de diciembre de 2020

**LIC. EDUARDO FERNÁNDEZ HERRERA**

**SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO  
CHIHUAHUENSE DE SALUD**

**P R E S E N T E .-**

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en relación con la queja presentada por “A”<sup>1</sup>, con motivo de actos u omisiones que consideró violatorios a los derechos humanos de “B” y su hija, radicada bajo el número de expediente **JUA-ACT-116/2017**; de conformidad con lo dispuesto por los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4, párrafo tercero, inciso A, de la Constitución Política del Estado de Chihuahua, en relación con los numerales 3 y 6, fracciones I y II, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, así

---

<sup>1</sup> Por razones de confidencialidad y protección de datos personales, este organismo considera conveniente guardar la reserva de los nombres de algunas de las personas que intervinieron en los hechos, así como otros datos que puedan llevar a su identificación, los cuales se hacen del conocimiento de la autoridad mediante un documento anexo. Lo anterior con fundamento en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; 8, del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; 3, fracción XXI, 68, fracción VI, 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 6, 7, 16, 17, 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 3, 16 y 171, fracción VII, de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, y demás aplicables, y de conformidad al Acuerdo de Clasificación de Información, que obra dentro del expediente de queja en resolución.

como 6 y 12, del Reglamento Interno de esta Comisión, procede a resolver lo conducente, según el estudio de los siguientes:

## **I.- ANTECEDENTES :**

1. Con fecha 15 de mayo del año 2017, se recibió en este organismo, un escrito de queja signado por "A", mediante el cual manifestó:

*"(...) Tal es el caso que mi esposa "B", fue internada el viernes 05 de mayo de este año en el Hospital de la Mujer, debido a que entró en trabajo de parto, nuestra niña tenía ya más de 9 meses de gestación, por lo que acudimos a dicho hospital ya que le tocaba cita, previamente nos habían dicho que incluso podía durar 2 semanas más para que le dieran cita para el parto. Estando ahí le comenzaron las contracciones y algo de sangrado, el médico que la atendió dio la orden de hospitalizarla para practicarle una cesárea al día siguiente, esa noche se quedó internada, en la noche hubo cambio de turno y los médicos de guardia no procedieron con lo que el primer ginecólogo ordenó (prepararla para la cesárea), no hicieron nada, sólo esperaron a que comenzara a dilatar, fueron omisos debido a que sabían que era necesario realizar la cesárea porque la bebé venía atravesada, la familia de mi esposa y yo insistíamos en que no podía ser parto natural, pero no nos hacían caso, duró tres días internada y el domingo aproximadamente a medio día la pasaron a quirófano para al fin hacerle la operación, les pedimos información sobre el estado de mi bebé y mi esposa, pero de manera grosera nos decían que no nos iban a dar información, estuvimos sin saber nada hasta que a las 3:00 de la tarde salieron el ginecólogo y la trabajadora social para darnos la mala noticia de que mi bebé había fallecido, nosotros pedimos que se le realizara una autopsia para determinar la causa de la muerte, por lo que la niña fue llevada al Servicio Médico Forense, fuimos a Fiscalía y nos pidieron el historial clínico del embarazo, por lo que tuvimos que ir al hospital a pedirlo, pero tardaron una semana en entregarnos esos papeles; aunado a eso, en el mismo Hospital de la Mujer se negaron a decirnos el nombre*

*de los médicos que atendieron a mi esposa. Yo estoy muy molesto con las autoridades del hospital debido a que fueron negligentes, pues sabían que ya se había pasado el término para dar a luz, incluso mi esposa me dijo que ella estaba en la camilla sangrando y con contracciones, mientras que los enfermeros en vez de atenderla, se ponían a ver fotos en sus celulares (...)*. (Sic).

2. El 14 de julio de 2017, se recibió en este organismo, el informe de la autoridad, rendido mediante oficio ICHS-JUR/JUA-0469/2017, signado por el licenciado Oscar Bencomo Hernández, apoderado del Instituto Chihuahuense de Salud, en el cual sostuvo lo siguiente:

*“(...) PRIMERO.- Sobre los agravios que manifiesta la quejosa en sus antecedentes, se hace ver que efectivamente la menor “B” fue internada en el Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, dependiente del Instituto Chihuahuense de Salud, el día 05 de mayo de 2017, refiriendo hipomotilidad fetal, motivo por el cual fue ingresada; sin embargo en ningún momento se especifica que la misma entrara en trabajo de parto como es mencionado en la queja interpuesta.*

*Ahora bien, efectivamente la menor contaba con lo que aparentemente eran 40.5 semanas de embarazo.*

*Lo manifestado por la parte quejosa resulta ser falso, ya que el ingreso de la paciente se realizó por el doctor “C”, médico especialista en ginecología y obstetricia, el cual en dicha nota refiere como diagnóstico el embarazo por 40.5 semanas, por amenorrea, pródromos de trabajo de parto/infección de vías urinarias, siendo en todo caso el periodo de parto o preparación para éste; más lo mencionado en cuestión de cesárea no fue indicado por el médico que la ingresa.*

*Efectivamente la paciente duró internada un periodo de 4 días, estando en el primero de ellos de estancia intrahospitalaria, es decir, no fue preparada para cesárea como menciona el quejoso efectivamente, ya que en ningún momento fue ordenada por los médicos en turno; no siendo omisos, ya que estos realizaron el procedimiento a seguir de conformidad con 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.*

*En fecha 07 de mayo de 2017, la paciente fue ingresada al área de quirófano por programación de cesárea, según se indica en la nota de evolución expedida por el doctor "C" a las 10:57 a.m.; sin embargo se niega el hecho de la negativa a proporcionar información derivado de que según los procedimientos internos del nosocomio, así como los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, dicha información se otorga pre y post quirúrgicamente, siendo únicamente el médico tratante el responsable de la misma, por lo cual personal ajeno a éste, no pudiera dar información como lo menciona efectivamente la parte quejosa, siendo además que la información se otorga directamente a las madres, tal y como lo marca la Norma Oficial Mexicana arriba comentada.*

*Es cierto que a petición del quejoso, en el área de Dirección Médica del Hospital de la Mujer, se realizara traslado del producto al Servicio Médico Forense con el fin de determinar una causa más precisa del fallecimiento del mismo, haciéndosele entrega de un historial clínico, mediante resumen médico; siendo entonces que en ningún momento existió una supuesta negligencia por parte del personal médico adscrito al nosocomio en comento, se trata de personal especializado en materia ginecológica.*

*SEGUNDO.- Ahora bien, la institución que se representa utilizó el máximo de los recursos de que dispone para dar efectividad al derecho a la salud y a la seguridad social que se estipula en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, no violando las obligaciones que se conservan como institución dedicada y creada para la atención a la salud pública, acreditando lo anterior tal y como se desprende del propio expediente clínico que se adjunta y se desprende el cúmulo de acciones realizadas por el personal médico y de enfermería para la atención a la salud del binomio.*

*Es entonces que lo manifestado por el quejoso no constituye una violación a los derechos humanos en el actuar de la institución que aquí informa, aunado al hecho de que el mismo no es parte si quiera de la queja que instaura en contra*

*de las diversas autoridades, toda vez que por el contrario, se salvaguarda su derecho a la salud.*

*TERCERO.- Siendo también falso lo manifestado por el quejoso donde nos pide el historial clínico de “B”, toda vez que no obra ninguna solicitud por escrito ya sea en la oficina de dirección del nosocomio o en su caso al área del departamento jurídico, ya que el procedimiento dicta que tiene que ser requerido por parte de los padres, tutores o cónyuge de la persona en cuestión y a su vez acreditar el parentesco con la misma.*

*Si bien manifiesta su disconformidad, si esa H. Comisión lo considera necesario, así mismo y desde este momento se hace del conocimiento de esta H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos, que este Instituto Chihuahuense de Salud, nos encontramos dispuestos a seguir un procedimiento conciliatorio para con las hoy quejas, solicitando en su debido caso, se señale fecha y hora para el desahogo de dicha audiencia. (...).*

3. El 20 de septiembre de 2017, el licenciado Alejandro Carrasco Talavera, visitador adscrito a esta Comisión Estatal, hizo constar que “B” ratificó la queja presentada por “A”.

4. En virtud de lo anterior, este organismo protector de los derechos humanos realizó diversas diligencias con la finalidad de allegarse de aquellos medios probatorios que permitan demostrar la verdad sobre los hechos planteados, lográndose recabar las siguientes:

## **II. - EVIDENCIAS :**

5. Escrito de queja presentado por “A”, ante este organismo en fecha 15 de mayo de 2017, sustancialmente transcrito en el antecedente número 1 de la presente resolución. (Fojas 2 a 5).

6. Informe de ley rendido por la autoridad, el 14 de julio de 2017, mediante oficio ICHS-JUR/JUA-0469/2017, signado en ausencia del licenciado Oscar Bencomo Hernández, adscrito al Departamento jurídico de Instituto Chihuahuense de Salud en Ciudad

Juárez, medularmente transcrito en el antecedente número 2 de la presente determinación (fojas 11 a 14), al que se anexaron los siguientes documentos:

**6.1.** Escrito de fecha 14 de julio de 2017, mediante el cual los médicos Luis Alonso Guzmán Villegas, director médico del Hospital de la Mujer; José René Talamantes Vázquez, subdirector médico del Hospital de la Mujer y Vicente Sáenz Zubia, jefe de ginecología y obstetricia del Hospital de la Mujer, informaron respecto a la atención médica de “B” en dicho nosocomio. (Foja 15).

**6.2.** Resumen clínico respecto de la atención médica de “B” en el Hospital de la Mujer, con fecha 25 de mayo de 2017, signado por los médicos “C”, adscrito a ginecología y obstetricia y “D”, residente tercer año de ginecología y obstetricia, quienes intervinieron en la atención médica de la impetrante. (Foja 16).

**6.3.** Oficio ICHS-JUR/JUA-0436/2017, de fecha 30 de mayo de 2017, mediante el cual, el licenciado Oscar Bencomo Hernández solicitó al doctor Luis Alonso Guzmán Villegas, director médico del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, información sobre la atención médica de “B”, en el Hospital de la Mujer. (Foja 17).

**6.4.** Oficio HM-DG-035-N-2017, de fecha 25 de mayo de 2017, mediante el cual, el doctor Luis Alonso Guzmán Villegas, director médico del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, remitió el listado del personal médico y de enfermería que participó en la atención de la paciente “B”. (Foja 18).

**6.5.** Copia simple del expediente clínico de “B”, respecto de la atención brindada en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez. (Fojas 19 a 91).

**6.6.** Copia simple del certificado de muerte fetal de fecha 09 de mayo de 2017, expedido por la Secretaría de Salud, en el que se asentaron como condiciones fetales o maternas que causaron directa o indirectamente la muerte de la hija de “A” y “B”: hipoxia intrauterina, aspiración neonatal de meconio y embarazo de adolescente. (Foja 92).

**7.** Acta circunstanciada de fecha 20 de septiembre de 2017, en la cual, el licenciado Alejandro Carrasco Talavera, visitador adscrito a esta Comisión Estatal, hizo constar que “B” ratificó la queja de “A”, y manifestó que indicaría el costo de la lápida para su hija fallecida, a fin de llegar a un acuerdo conciliatorio con la autoridad. (Foja 95).

**8.** Acta circunstanciada levantada el 23 de octubre de 2017, por el licenciado Alejandro Carrasco Talavera, visitador adscrito a este organismo, en la que dio fe de que “A” se apersonó en las oficinas de este organismo y manifestó que ya no quería llegar a una conciliación con la autoridad, pues le interesaba que les indemnizaran. (Foja 97).

**9.** Opinión técnico médica signada el 05 de enero de 2018, por la doctora María del Socorro Reveles Castillo, médica adscrita a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos. (Fojas 103 a 105).

**10.** Opinión técnico médica emitida el 09 de abril de 2018, por el doctor Ricardo Humberto Márquez Jasso, entonces médico adscrito a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos. (Foja 110).

**11.** Opinión técnico médica suscrita el 09 de noviembre de 2018, por la doctora María del Socorro Reveles Castillo, adscrita a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en complemento a la similar de fecha 05 de enero de 2018. (Fojas 113 a 114).

**12.** Oficio UARODDHH/1934/2019, de fecha 29 de agosto de 2019 (foja 118), a través del cual, el maestro Javier Andrés Flores Romero, coordinador de la Unidad de Atención y Respuesta a Organismos de Derechos Humanos, de la Fiscalía General del Estado, remitió:

**12.1.** Copia del informe de necropsia realizado al producto de la gestación de “B”, esposa de “A”, el 08 de mayo de 2017 a las 15:45 horas, por el doctor Pablo Fernández Salas, perito médico legista adscrito a la Fiscalía General del Estado, en el que se concluyó que la causa de la muerte fue: *“hipoxia intrauterina secundaria a aspiración neonatal de meconio consecutivo a un embarazo de madre adolescente”*. (Fojas 119 a 125).

**13.** Oficio COCAM-CHIH/030/2020, de fecha 30 de junio de 2020, (foja 126) mediante el cual, la doctora Nora Ileana Villa Baca, comisionada estatal de Conciliación y Arbitraje para el Estado de Chihuahua, remitió:

**13.1.** Dictamen Médico Institucional número 009/2029, respecto a la atención médica otorgada a “B”, en el Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez (fojas 127 a 252), en el que se concluyó:

*“Primera: Dadas las condiciones encontradas en el expediente clínico, se establece que se trataba de un embarazo de alto riesgo (...)*

*Segunda: (...) Se debió realizar la operación denominada cesárea desde el ingreso de la paciente.*

*Tercera: El haber pospuesto la operación cesárea hasta el 07 de mayo de 2017, no fue una decisión correcta dados los resultados obtenidos, es decir, la muerte perinatal.*

*Cuarta: Se determina que existen elementos de mala praxis en su modalidad de negligencia, atribuible al personal médico del primer nivel de atención, al no valorar correctamente ni aplicar la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, y la Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08. Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, las cuales establecen los lineamientos básicos mínimos indispensables para establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo y su envío al segundo nivel de atención.*

*Quinta: Se desprende que no existen elementos de mala praxis médica respecto al actuar de la enfermera “E”, el área de Triage, el día 05 de mayo de 2017, a las 12:00 horas, ya que calificó en código rojo el Triage de la paciente, refiriéndola al médico especialista para su valoración integral.*

*Sexta: Existen elementos de mala praxis médica en su modalidad de negligencia e imprudencia atribuibles al doctor “C”, médico especialista en ginecología y obstetricia al no establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo de la paciente en su nota médica inicial del viernes 05 de mayo de 2017 a las 12:21 horas; por no haber detectado la restricción del crecimiento fetal intrauterino a pesar de haber realizado pruebas de bienestar fetal como son: perfil biofísico y prueba de oxitocina, tal como señala haber solicitado y realizado en sus notas médicas de fecha 05 de mayo de 2017, a las 17:21 y 20:01 horas.*

*Séptima: Existen elementos de mala praxis médica en su modalidad de negligencia e imprudencia atribuibles al doctor “F”, médico especialista en*

*ginecología y obstetricia al no realizar un análisis adecuado de la paciente como embarazo de alto riesgo y del partograma de la paciente donde el producto del embarazo se reporta en presentación libre durante su vigilancia en tococirugía, durante la atención que le brindó en tococirugía, el 06 de mayo de 2017, a las 14:24 horas.*

*Octava: Existen elementos indicativos de mala praxis médica en su modalidad de negligencia, al no encontrar notas médicas de evolución desde las 14:24 horas del 06 de mayo de 2017, realizada por el doctor "F" hasta las 03:21 horas del 07 de mayo de 2017, realizada por el doctor "G"; lo que se traduce en una falta de vigilancia de la paciente y el feto.*

*Novena: Existen elementos de mala praxis médica en su modalidad de negligencia e imprudencia atribuibles al doctor "G", médico especialista en ginecología y obstetricia, al mencionar que se otorgaría una prueba de trabajo de parto sin que la paciente reuniera los requisitos señalados por la literatura internacional, en la nota médica de atención realizada a las 03:21 horas del 07 de mayo de 2017.*

*Décima: Existen elementos de mala praxis médica en su modalidad de negligencia e imprudencia atribuibles al doctor "C", médico especialista en ginecología y obstetricia, al ignorar la presencia de meconio durante la amniorraxis realizada a las 09:08 horas del 07 de mayo de 2017, como lo señala el partograma de dicha fecha.*

*Cabe señalar que dicho dato se encuentra escrito con un tipo de tinta diferente al resto del llenado del formato, así como tachaduras, lo cual revela manipulación de dicho documento.*

*Además de no realizar una vigilancia del personal becario a su cargo, como lo marca la Norma Oficial Mexicana 001-SSA3-2012. Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, ya que no aparece su firma en el partograma de referencia.*

*Decimoprimera: En igual sentido, encuentran inobservancia a los señalamientos de las siguientes normas oficiales mexicanas:*

*Norma Oficial Mexicana 001-SSA3-2012. Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.*

*Norma Oficial mexicana 004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico.*

*Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016. Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida.*

*Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015. Para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 Años de Edad.*

*Se concluye que existe una responsabilidad del tipo administrativo tanto para el personal de base involucrado en la atención directa de la paciente “B”, como para la institución médica prestadora del servicio médico, quien debe capacitar y vigilar en su personal el cumplimiento de las citadas normas oficiales mexicanas.”*

### **III.- CONSIDERACIONES :**

**14.** Esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos es competente para conocer y resolver en el presente asunto, atento a lo dispuesto por el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4, párrafo tercero, inciso A, de la Constitución Política del Estado de Chihuahua, en relación con los numerales 3 y 6, fracciones I y II, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, así como 6, 12 y 84, fracción III, del Reglamento Interno de este organismo.

**15.** Según lo establecido en los artículos 39 y 40, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, resulta procedente, por así permitirlo el estado que guarda la tramitación del presente asunto, analizar los hechos, los argumentos y las pruebas, así como los elementos de convicción recabados y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades o las personas servidoras públicas han violado o no derechos humanos, al haber incurrido en actos ilegales o injustos, por lo que las pruebas recabadas durante la investigación, deberán ser valoradas en su conjunto de

acuerdo a los principios de la lógica y la experiencia, con estricto apego al principio de legalidad que demanda nuestra carta magna para que, una vez realizado ello, se pueda producir convicción sobre los hechos materia de la presente queja.

**16.** Es el momento oportuno para realizar un análisis de los hechos narrados por la parte quejosa, el informe rendido por la autoridad involucrada en la queja y las demás evidencias contenidas en el presente expediente, a fin de determinar si los actos atribuidos a la autoridad resultan ser violatorios a los derechos humanos de “B” y/o de su hija.

**17.** La controversia sometida a consideración de este organismo, reside sustancialmente en el hecho de que según el dicho de la parte quejosa, “B”, quien tenía más de 9 meses de embarazo, fue internada el 05 de mayo de 2017, en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez, debido a que había entrado en trabajo de parto; sin embargo, estuvo varios días hospitalizada sin que se le realizara la cesárea que había sido ordenada por un médico del mismo nosocomio y sin que se le informara a su familia sobre lo que estaba ocurriendo, hasta que a las 03:00 de la tarde del 07 de mayo, el ginecólogo y la trabajadora social les informaron que la bebé había fallecido, y que cuando “B” y su esposo “A” fueron al hospital a solicitar el historial clínico del embarazo, tardaron una semana en entregarles la documentación correspondiente y se negaron a decirles el nombre de los médicos que intervinieron en la atención médica.

**18.** En ese sentido, se advierten por parte de este organismo, posibles violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de “B” y su hija, al derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica, y al derecho de acceso a la información de “B” y su familia.

**19.** Para una mejor comprensión de los derechos humanos presuntamente violados por las autoridades y personas servidoras públicas involucradas, a continuación, se hará un análisis por separado de cada uno de éstos:

## **Derecho a la protección de la salud.**

**20.** El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de todas las personas de controlar su salud y su cuerpo sin injerencias externas no consensuadas; mientras que los derechos incluyen el de acceder a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.<sup>2</sup>

**21.** La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”*<sup>3</sup>

**22.** El artículo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

**23.** En ese tenor, si bien el derecho humano a la salud no es equivalente a gozar de buena salud, sí implica que toda persona debe tener acceso a un estado completo de bienestar físico, mental y social, lo que no se logra únicamente con una garantía de atención médica y/o servicios de salud por parte de los estados.<sup>4</sup>

**24.** Así, la protección a la salud, como especie del derecho a la salud, es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe

---

<sup>2</sup> Ídem.

<sup>3</sup> <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>, consultada el 23 de julio de 2020, a las 15:29.

<sup>4</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>, consultada el 23 de julio de 2020, a las 16:20.

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 de salud<sup>5</sup>, que se encuentra consagrado en el artículo 4 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 155 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua.

**25.** El derecho a la protección de la salud, comprende los siguientes elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

**26.** La disponibilidad, como primer requisito relacionado con el ejercicio y goce del derecho a la salud, se refiere a la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas de salud.<sup>6</sup>

**27.** La accesibilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación. Es decir, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población; que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, que en las zonas rurales, que los servicios tienen que estar a una distancia razonable y que los establecimientos cuenten con medios de acceso adecuados para personas con discapacidades; que los pagos por servicios de atención a la salud se basen en el principio de equidad, para asegurar que incluso los sectores de población más desfavorecidos tengan acceso a la salud; y que todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre temas relacionados con la salud, sin menoscabo del derecho a la intimidad respecto de los datos personales relativos a la salud.<sup>7</sup>

**28.** La aceptabilidad significa que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación 34/2020, del 31 de agosto de 2020, párr. 79.

<sup>6</sup> Defensoría del Pueblo de Colombia. El derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Colombia, Bogotá, 2003, p. 65. Disponible para su consulta en <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 235.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. 328.

**29.** Por último, la calidad exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados y de buena calidad desde el punto de vista científico y médico.<sup>9</sup>

**30.** Asimismo, en el derecho internacional, este derecho humano se encuentra previsto en los artículos 12 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, y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

**31.** Según el artículo 29 de la Ley Estatal de Salud, se entiende por atención médica *“el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”*.

**32.** El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas en su Recomendación General 2410, ha establecido que *“los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”*, es decir las acciones encaminadas a la protección de la mujer en ese contexto.

**33.** Una de las problemáticas recurrentes que surge en la atención de la salud de las mujeres durante sus procesos reproductivos se refiere a las altas cifras de mortalidad materna, tanto a nivel mundial como a nivel nacional. La Organización Mundial de la Salud ha destacado que cada día, en el mundo mueren casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, y un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.<sup>10</sup>

**34.** La Organización Panamericana de la Salud ha advertido que el 95% de la muerte materna es prevenible con el conocimiento existente, si la mujer recibe

---

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 404

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Disponible para su consulta en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>.

oportunamente atención digna y de calidad, pues esta problemática es expresión de la inequidad y desigualdad y de la falta de empoderamiento de las mujeres.<sup>11</sup>

**35.** Asimismo, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social sostuvo en 2010, que entre las irregularidades más frecuentes cometidas por personal médico en la atención de mujeres durante los procesos reproductivos se encuentran: rechazo de las mujeres; postergación de su ingreso a la unidad; tardanza entre la indicación médica y el tratamiento; incumplimiento de las normas para la atención de la urgencia obstétrica; desconocimiento de los signos de alarma y su oportuna atención, el retraso entre la urgencia y la cirugía, retraso en el traslado del área de urgencias a la de terapia intensiva, y ausencia de puestos de sangrado y, por tanto, dilación entre el requerimiento y la ministración de medicamentos.<sup>12</sup>

**36.** En el caso que nos ocupa, respecto a los hechos reclamados por la parte quejosa, posiblemente constitutivos de alguna violación al derecho humano a la protección de la salud de “B”, a saber, actos u omisiones por parte del personal médico que intervino en la atención de “B” y que según “A” y “B”, se tradujeron en una *mala praxis* médica.

**37.** La doctrina denomina *lex artis* al conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión. De ahí que para determinar la conducta del profesional de la salud conforme a *lex artis*, se deben tener presentes, actualmente, los estándares de calidad del servicio en la época del tratamiento. En consecuencia, la conducta del profesional de la salud, no acorde con la *lex artis*, da lugar a lo que comúnmente se denomina *mala praxis*.

**38.** Si bien, según el derecho sanitario y la *lex artis* médica, el personal médico sólo está obligado a adoptar las medidas necesarias para alcanzar el objetivo

---

<sup>11</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos. Disponible para su consulta en: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wpcontent/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf>

<sup>12</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. “Evaluación Estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud”, pág. 39. Disponible para su consulta en [https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME\\_MORTALIDAD\\_MATERNA.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf).

planteado, más no a obtener el resultado, las y los pacientes sí tienen derecho a que la atención médica les sea prestada con pericia y diligencia.

**39.** Respecto a la mala praxis reclamada por la parte quejosa, el Instituto Chihuahuense de Salud, negando tal aseveración, argumentó en su informe de ley que la menor “B”, contando con 40.5 semanas de embarazo, fue internada en el Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, dependiente del Instituto Chihuahuense de Salud, el 05 de mayo de 2017, refiriendo hipomotilidad fetal, motivo por el cual fue ingresada, sin que entrara en trabajo de parto, ni tampoco fuera preparada para cesárea durante el primer día de internamiento, ya que en ningún momento había sido ordenada por el personal médico en turno; que el 07 de mayo de 2017, a las 10:57 a.m., según la nota de evolución expedida por el doctor “C”, la paciente fue ingresada al área de quirófano por programación de cesárea, sin que existiera negligencia por parte del personal que intervino en la atención de “B”.

**40.** Para sustentar su planteamiento, la autoridad involucrada remitió a este organismo, el escrito de fecha 14 de julio de 2017, mediante el cual, los médicos Luis Alonso Guzmán Villegas, director médico del Hospital de la Mujer; José René Talamantes Vázquez, subdirector médico del Hospital de la Mujer y Vicente Sáenz Zubia, jefe de ginecología y obstetricia del Hospital de la Mujer, informaron sustancialmente que al revisar el caso de “B”, de 15 años de edad, quien recibió atención médica en el Hospital de la Mujer del día 05 al 09 de mayo de 2017, se había determinado que: *“desde su ingreso, los hallazgos en las pruebas de bienestar fetal y durante la monitorización en el trabajo de parto fueron satisfactorias, sin encontrar datos de sufrimiento fetal en ningún momento, por lo que no se logró establecer la causa del desenlace para el producto de la gestación; ya que al momento de indicar la operación cesárea y durante su preparación el monitoreo fetal mostraba datos de bienestar fetal y al momento del nacimiento se obtiene al recién nacido sin datos de vitalidad y sin éxito en las maniobras de reanimación avanzada por parte del servicio de pediatría (...)*”.

**41.** Asimismo, la autoridad aportó el resumen clínico respecto a la atención médica de la quejosa elaborado el 25 de mayo de 2017, por los médicos “C”, adscrito

a ginecología y obstetricia y “D”, residente tercer año de ginecología y obstetricia, quienes intervinieron en la atención médica de “B” en el Hospital de la Mujer, en el que se asentó lo siguiente: *“(…) Paciente de 15 años, gesta 1 sin antecedentes personales de relevancia, quien acude a esta unidad médica e 05 de mayo del presente, refiriendo hipomotilidad fetal, siendo hospitalizada, a su ingreso con perfil biofísico con calificación 10/10, concluyendo en diagnóstico de embarazo de 39.6 semanas por ultrasonido, pródromos de trabajo de parto e infección de vías urinarias, sin encontrar en ese momento indicación de interrupción de embarazo, por lo que se decide su ingreso al área hospitalaria para mantener en vigilancia estrecha. En el área de hospitalización inicia actividad uterina espontánea, por lo que se decide reingreso al área de Tococirugía el día 06 de mayo para monitoreo de la misma, así como del producto, con remisión espontánea del trabajo de parto, por lo que más tarde el mismo día a las 14:30 horas ingresa al área hospitalaria, nuevamente el día 07 de mayo iniciando con actividad uterina espontánea, bajando al área de Tococirugía a las 02:30 horas, con monitoreo estrecho de la actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal, logrando de manera espontánea hacia las 9:10 horas una dilatación de 4 cm, se realiza amniotomía obteniendo líquido meconial++, sin alteraciones en registro cardiotocográfico, por lo que se decidió continuar en vigilancia; a las 10:30 hora, se detectó que a pesar de las condiciones descritas persistía en la misma altura de presentación, ya con 5 centímetros de dilatación, por lo que se determina como un arresto en la dilatación y descenso, indicación para decidir la interrupción del embarazo por vía abdominal. Hasta el momento de pasar a quirófano (11:15 horas) con monitoreo intraparto constante, sin detección de anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, con línea basal 153 latidos por minuto. Se realiza cesárea el día 07 de mayo del presente, obteniendo a las 12:02 horas producto único, femenino de 2400 gramos, talla 51 centímetros, Apgar 0, con ausencia de tono y esfuerzo respiratorio, por lo que se inician maniobras de reanimación neonatal avanzada durante 20 minutos, sin éxito, declarando hora de fallecimiento a las 12:22 horas. Como hallazgos se reporta doble circular de cordón umbilical apretado al cuello fetal. No se mencionan otros incidentes durante el procedimiento. La paciente cursa evolución postquirúrgica favorable, por lo que se otorga alta médica de esta unidad el día 09 de mayo del*

*presente, con diagnósticos puerperio quirúrgico mediato (muerte perinatal), infección de vías urinarias, empleando hormonal inyectable como método anticonceptivo. (...)*

**42.** Además, para acreditar la muerte de la hija de “A” y “B”, y la causa de la misma, obran en el expediente las copias del certificado de muerte fetal de fecha 09 de mayo de 2017, expedido por la Secretaría de Salud, así como el informe de necrocirugía realizado al producto de la gestación el 08 de mayo de 2017 a las 15:45 horas, por el doctor Pablo Fernández Salas, perito médico legista adscrito a la Fiscalía General del Estado, en los que se asentaron como condiciones fetales o maternas que causaron directa o indirectamente la muerte: “hipoxia intrauterina, aspiración neonatal de meconio y embarazo de adolescente”.

**43.** Destaca que en el informe de necrocirugía realizado al producto de la gestación el 08 de mayo de 2017 a las 15:45 horas, por el doctor Pablo Fernández Salas, perito médico legista adscrito a la Fiscalía General del Estado, se indicó: *“El embarazo en pacientes adolescentes está asociado a un mayor índice de morbilidad y mortalidad, en este caso lo ocurrido es un parto prolongado, mismo que pudo precipitar la aparición de meconio en el líquido amniótico”.* (Visible a foja 125).

**44.** Asimismo, obran en el sumario, el expediente clínico de “B”, también proporcionado por la autoridad al rendir su informe, y el Dictamen Médico Institucional número 009/2029, respecto a la atención médica otorgada a “B”, en el Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua con base en el expediente clínico de la quejosa, a solicitud de este organismo, en virtud de tratarse de hechos que requieren para su estudio, conocimientos especializados en materia de salud.

**45.** Del referido Dictamen Médico Institucional, cuya parte medular ha quedado transcrita en el párrafo número 13.1 de la presente resolución, se desprende el análisis cronológico respecto de la atención médica brindada a “B” y a su hija, desde su ingreso al Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, tal como sigue:

**46.** El 05 de mayo de 2017, a las 12:00 horas llegó “B” al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, refiriendo hipo motilidad fetal desde las 6:00 horas del mismo día de su atención, siendo consultada a las 12:20 horas. Su

caso se clasificó con código rojo, que indica atención en 04 minutos. A su ingreso, se estableció como padecimiento actual: embarazo de 40.4 semanas, trabajo de parto inicial e hipo motilidad fetal. (Foja 230).

**47.** Según el partograma de fecha 05 de mayo de 2017, “B” fue valorada cada hora desde las 14:30 a las 20:30, con frecuencia cardiaca fetal normal, sin actividad uterina, presentación del producto libre, cérvix con 2 cm de dilatación y 20% de borramiento, índice de Bishop 2, dicha calificación obtenida por la suma de 1 punto por la dilatación de 2 cm, indicando una evaluación correcta en ese momento. (Foja 231).

**48.** La calificación de 2 puntos en la escala de Bishop otorgada a la paciente en cuestión, indica que no había condiciones favorables para inducir el parto. (Foja 232).

**49.** La prueba de tolerancia a la oxitocina consiste en inducir contracciones uterinas con oxitocina a dosis controlada hasta lograr 3-4 contracciones en 10 minutos con duración de 45-60 segundos e intensidad +++, esto con la finalidad de evaluar la reserva feto-placentaria con posibilidad de hipoxia fetal. Es otro de los estudios de bienestar fetal. Dicha prueba no se encuentra reportada o descrita en el expediente clínico de “B”; por lo que se traduce en que no fue realizada a esta paciente, ya que de acuerdo al resultado final (doble circular de cordón y muerte del producto del embarazo), esta prueba habría documentado la existencia de hipoxia fetal. (Foja 233).

**50.** “B” tenía varios factores para calificar su embarazo de alto riesgo, como su edad (15 años), peso de 96 kg, estatura 1.54 m con índice de masa corporal de 40, lo cual indica obesidad. Además, estrato socioeconómico bajo, baja escolaridad y unión libre. Todos estos factores en conjunto con la edad gestacional, indican la existencia de un embarazo de alto riesgo de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08 para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, la NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, además de la literatura internacional. (Foja 233).

**51.** La enfermera general “H”, recibió a la paciente a las 21:15 horas del 05 de mayo de 2017, y mencionó en su nota que “B” le refirió pocos movimientos fetales sin actividad uterina. A las 06:30 horas del 06 de mayo de 2017, “B” le indicó dolor tipo

obstétrico, por lo que avisó a la médica residente “Ñ”, quien la valoró y decidió su traslado a toco cirugía, esto sin hacer alguna nota en el expediente y sin indicaciones por escrito; incumpliendo con lo dispuesto en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. (Foja 234).

**52.** La paciente tenía dos indicaciones para realizar cesárea: restricción del crecimiento intrauterino tipo asimétrico y bajo peso del producto. En cuanto a la restricción del crecimiento intrauterino tipo asimétrico, la cual no fue diagnosticada desde el ingreso hospitalario de “B”, ya que no se le hicieron los estudios pertinentes, a saber: sonografía con flujometría Doppler de arterias umbilicales, arteria cerebral media y ductos venoso, tal como lo señala la literatura internacional; dichos estudios se encuentran señalados en la guía de práctica clínica IMSS-500-11 Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino, vigente y aplicable desde el año 2011 para el sector médico público y privado. Por lo que hace al bajo peso del producto, del análisis del caso se concluye que el estudio de sonografía que se reportó haberse efectuado en la paciente no fue realizado de manera adecuada ya que no se detectó esta circunstancia, ni tampoco se identificó la necesidad de realizar la flujometría Doppler al feto para llegar a un diagnóstico certero (...). Esto demuestra que la sonografía realizada a su ingreso hospitalario no fue practicada de manera correcta, ya que de lo contrario se habría detectado la restricción del crecimiento de tipo 0. Si no se tenía la posibilidad de realizar flujometría Doppler como lo indica la Guía de Práctica Clínica y la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 previamente mencionadas, la realización de la prueba de tolerancia a la oxitocina apoyaría el diagnóstico de baja reserva fetoplacentaria, complicación esperada en los fetos con restricción de crecimiento intrauterino; lo cual confirmaría un embarazo de alto riesgo y la necesidad de una operación cesárea sin dilación. (Fojas 235 a 236).

**53.** La Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua, destacó que: *“en una paciente primigesta con embarazo de término, si el producto se encuentra en presentación libre, indica una posible desproporción cefalopélvica y/o alguna complicación con el cordón umbilical, que de haberse realizado una prueba de tolerancia a la oxitocina se habría hecho patente. Esta condición de encontrar al*

*producto en presentación libre fue documentada varias ocasiones desde su ingreso al hospital y durante su estancia intrahospitalaria; la cual no llamó lo suficiente la atención de quienes estuvieron a cargo de su seguimiento.” (Fojas 236 a 237).*

**54.** En la nota del 07 de mayo de 2017, a las 10:57 horas, firmada por los doctores “B”, especialista en ginecología y obstetricia, y “D”, médico residente de ginecología y obstetricia, se describió haber encontrado a la paciente con trabajo de parto en fase activa, al tener el cérvix con una dilatación de 5 cm, 60% de borramiento, sin describir el estado de las membranas amnióticas o las características del líquido amniótico. Se encontró una FCF de 144 por minuto, y se decidió realizar cesárea por detención en el descenso de la presentación fetal y manifestado por el líquido amniótico con meconio ++, lo cual se registró en el partograma el día 07 de mayo de 2017, a las 09:08 horas de la mañana. No se omite mencionar que esta observación (meconio ++) se encuentra con tachaduras a la altura de las (++), lo que va en contra de la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012: Del Expediente Clínico, en su numeral 5.11 que indica que las notas no deben llevar tachaduras, enmendaduras o rayonaduras. (Foja 237).

**55.** En la nota de enfermería del turno nocturno a las 02:30 horas del 07 de mayo de 2017, firmada por “K” y “L”, se asentó que la paciente refería dolor tipo cólico y que fue valorada por el doctor “M” quien dio la indicación verbal de llevar a la paciente a tococirugía; siendo recibida en dicha área por la enfermera “N”; sin embargo, no se realizó ninguna nota en el expediente clínico, únicamente se abrió el partograma a partir de las 06 horas del mismo día. Esto habla de falta de seguimiento a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida y la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012: Del Expediente Clínico. (Foja 238).

**56.** En el partograma antes referido, se describió FCF normal, cérvix con dilatación de 5 cm y 80% de borramiento, se realizó amniotomía a las 09:08 horas reportando líquido amniótico meconial ++, y aún después de la amniotomía, el producto continuó con presentación libre; dicho partograma presenta tachaduras y enmendaduras lo que hace suponer que su modificación o realización fue posterior al

evento obstétrico, así mismo, va en contra de lo establecido por la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012: Del Expediente Clínico. (Foja 238).

**57.** El líquido con tinte meconial indica la existencia de sufrimiento fetal agudo, por lo cual la frecuencia cardiaca fetal asentada en el partograma no es congruente con el estado general del producto, ya que al haberlo detectado a las 09:08 horas, ese debió ser el momento para indicar la realización de la operación cesárea de manera inmediata y no esperar hasta las 10:57 horas; ya que la realización de este procedimiento de manera inmediata disminuiría en lo más posible las secuelas de hipoxia fetal, así como el riesgo de muerte del producto del embarazo. (Fojas 238 a 239).

**58.** Es importante señalar que este último partograma sólo cuenta con los nombres de médicos internos de pregrado y residentes de ginecología y obstetricia, sin contar con la supervisión de médica o médico adscrito alguno, lo cual se traduce en un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana 001-SSA3-2012: Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas. (Foja 239).

**59.** La operación cesárea inició a las 11.25 horas del 07 de mayo de 2017 y hasta las 12:02 horas se obtuvo producto femenino, con peso de 2400 gramos, talla de 51 centímetros, Apgar 0, al cual se le realizaron maniobras de resucitación durante 20 minutos declarando la muerte del producto a las 12:22 horas. (Foja 239).

**60.** El doctor "B", médico especialista en ginecología y obstetricia, describió en la nota postquirúrgica: "*líquido amniótico meconial +++*, en cantidad disminuida y doble circular de cordón umbilical a cuello apretada. Placenta sin zonas de desprendimiento." (Foja 239).

**61.** Los hallazgos descritos en la nota postquirúrgica confirman que el producto de la concepción tenía una restricción del crecimiento de tipo asimétrico, lo cual habla de sufrimiento fetal crónico no diagnosticado, aun y cuando el peso establecido por sonografía era de 3,075 gramos, existiendo un margen de error +- 400 gramos. Aunado a ello, el líquido amniótico con tinte meconial +++ revela sufrimiento fetal agudo. (Fojas 239 a 240).

**62.** Los datos mencionados indican que no hubo una vigilancia adecuada del embarazo en el primer nivel de atención ni del trabajo de parto en el segundo nivel, lo cual incumple la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida. (Foja 240).

**63.** Además, la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua, detectó responsabilidad adicional en la atención que “B” recibió durante su embarazo, ya que todo su seguimiento fue en el primer nivel de atención<sup>13</sup>, toda vez que la literatura nacional e internacional establecen que el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, en especial en mujeres de 15 años o menos, ya que se reporta el aumento de la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal, por lo que el seguimiento del embarazo de mujeres adolescentes se recomienda sea en el segundo nivel de atención, situación que se omitió en este caso en particular. (Foja 240).

**64.** Así, se concluyó en el Dictamen Médico Institucional, que en la atención médica otorgada a “B”, existieron elementos de mala práctica en la atención otorgada a la paciente por omisión en sus obligaciones de medios, habiendo elementos clínicos que así lo indicaban.

**65.** Esto es así, toda vez que al momento de los hechos, “B” era una adolescente de 15 años, con un embarazo de 40.5 semanas por amenorrea, con restricción del crecimiento intrauterino tipo asimétrico, que debió recibir seguimiento de su embarazo en un segundo nivel, y que al no recibirlo, debió, al momento de ser atendida en el hospital, subsanar estas deficiencias, puesto que desde su ingreso, según consta en el expediente clínico, fue atendida por profesionales de la ginecología y obstetricia,

---

<sup>13</sup> Clásicamente se distinguen tres niveles de atención médica:

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etcétera.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

especialistas y residentes, quienes por su preparación y capacitación adecuada, debieron determinar que se encontraban ante un embarazo de alto riesgo desde su primer contacto en el servicio de urgencias, y haberle ofrecido el manejo correspondiente a esta condición realizando los estudios necesarios de bienestar fetal tal como lo señala la literatura. (Foja 240).

**66.** No pasa desapercibido que obran también en el sumario las opiniones técnico médicas de fechas 05 de enero, 09 de abril y 09 de noviembre de 2018, por personal médico adscrito a esta Comisión Estatal, en las cuales se concluyó que la atención médica prestada a “B” y a su hija, había sido la adecuada.

**67.** Sin embargo, toda vez que de tales opiniones técnico médicas no se desprende que se haya realizado un análisis integral a la atención médica de “B” y su hija, desde el ingreso hospitalario hasta el egreso de “B”, luego de que su hija perdiera la vida, no resultan categóricos en cuanto a sus resultados. Por el contrario, se cuenta en el expediente en resolución con el Dictamen Médico Institucional, emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua, documento técnico y especializado en la materia, del cual se colige que la atención médica en análisis no fue la correcta.

**68.** Mientras más joven es la adolescente, son más frecuentes las complicaciones del parto, debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y de distocias (anormalidad en el trabajo de parto) de posición (si el embarazo se presenta en los primeros cinco años posmenarquía, como en el caso de “B” (según consta a foja 24), esto adquiere mayor significación), constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, con el uso de fórceps y cesáreas. (Foja 190).

**69.** El embarazo en adolescente se asocia con importante riesgo a la salud para las adolescentes y sus recién nacidos; la probabilidad de mortalidad durante el embarazo y el parto supera entre cinco y siete veces a la de las mujeres entre 20 y 24 años. Ello hace que la Organización Panamericana de la Salud establezca como factor de riesgo reproductivo el que la madre tenga menos de 20 años. (Foja 191).

**70.** La presencia de desgarros perineales, inducción/conducción fallida y la fase latente prolongada son las complicaciones más frecuentes de las adolescentes embarazadas. (Foja 192).

**71.** Las complicaciones neonatales más frecuentes fueron la sepsis neonatal temprana, bajo peso al nacer y prematuridad. El embarazo en adolescentes se ha asociado con complicaciones para los recién nacidos tales como parto prematuro, bajo peso al nacer, la mortalidad perinatal y al aumento de la mortalidad infantil. (Foja 192).

**72.** El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un embarazo de alto riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. (Foja 193).

**73.** El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia. (Foja 193).

**74.** La Organización Mundial de la salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 30 años. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil. (Foja 199).

**75.** Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, son las menores de 15 años, tal como "B" al momento de los hechos las que tienen más riesgo, debido a que la inmadurez biológica materna aumenta la morbilidad y mortalidad materna. (Fojas 200 y 205).

**76.** En ese tenor, considerando las condiciones específicas de "B" que se desprenden de su expediente clínico, a saber, adolescente, primigesta, con embarazo

de 40.5 semanas, pródromos de trabajo de parto, infección de vías urinarias, obesidad, estrato socioeconómico bajo, baja escolaridad y unión libre, su embarazo era de alto riesgo, sin que el personal médico hubiera actuado con una especial diligencia en virtud de esa situación, tal como afirmó la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Chihuahua en el Dictamen Médico Institucional emitido a solicitud de este organismo.

**77.** En el caso concreto, contrario a lo que se tiene documentado, el personal médico debió observar una serie de procedimientos ya descritos con antelación, que inciden en el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo.

**78.** Es de mencionar que las personas recién nacidas con restricción del crecimiento intrauterino tienen más probabilidades de tener alguna complicación como asfisia perinatal, síndrome de aspiración meconial, hipoglicemia, enterocolitis necronizante y policitemia. El peso fetal estimado por debajo del percentil 10 es el principal factor de riesgo para muerte fetal. Algunos estudios han demostrado que alrededor del 52% de las muertes neonatales se asocian con restricción del crecimiento intrauterino y el 10% de la mortalidad perinatal puede considerarse una consecuencia de éste. Hasta el 72% de las muertes fetales inexplicables están asociadas con fetos de peso fetal estimado por debajo del percentil 10. (Foja 209).

**79.** Del análisis realizado al expediente clínico de la recién nacida, correspondiente a su hoja de nacimiento e historia clínica, es de comentar que se obtuvo un producto femenino de 2,400 gramos, talla de 51 centímetros, perímetro cefálico de 34 centímetros, perímetro torácico de 32 centímetros, perímetro abdominal de 34 centímetros, que de acuerdo a la nota del doctor "I", médico pediatra nació sin signos vitales, por lo que después de 15 minutos de maniobras y administración de adrenalina endotraqueal e intravenosa sin respuesta se dieron por abortadas las maniobras, siendo un producto obitado. (Foja 241).

**80.** Dichos hallazgos coinciden con la nota de enfermería del día 07 de mayo de 2017, firmada por “J” en la cual mencionó: *“A las 12:02 nace producto único que no llora ni respira, con presencia de meconio espeso (+++), se aspira cavidad bucal y fosas nasales, no presenta llanto al pasarlo al médico pediatra “I”, a las 12:03 se realiza respiración endotraqueal, se realiza presión positiva y compresión torácica por médico pediatra “I”. A las 12:05 se realiza intubación orotraqueal y continúa con reanimación cardiopulmonar. A las 12:20 se continúa reanimación cardiopulmonar por pediatra “I” sin lograr respuesta. A las 12:22, intubación orotraqueal: Colocar una cánula a través de la boca hasta la tráquea.”* (Foja 241).

**81.** El pediatra “I” declaró defunción, misma que se informó a “B” a las 12:23 horas. Los medicamentos administrados en la reanimación fueron 2 ml de adrenalina endotraqueal y 2 ml de adrenalina intravenosa. Los hallazgos descritos en la nota del pediatra y del enfermero en la hoja de alojamiento conjunto confirman que el producto estaba obitado, lo que significa que fue una muerte fetal o intrauterina y estos hallazgos contradicen lo descrito en las notas médicas del día 07 de mayo de 2017 y el partograma de la misma fecha. (Foja 242).

**82.** Si bien no podemos concluir categóricamente que la pérdida de la vida del producto de la concepción se deba a los actos u omisiones del personal médico antes apuntados, sí existen elementos que indican que estos actos u omisiones pudieron haber incidido en el resultado fatal.

**83.** Por ello, al no haber brindado a la quejosa un seguimiento estrecho de su embarazo, tomando en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, y al no haberle practicado la cesárea que requería desde su ingreso hospitalario sino hasta dos días después, el personal médico que intervino en su atención incurrió en una *mala praxis*, que pudo haber incidido en la pérdida de la vida del producto de la concepción.

**84.** Consecuentemente, este organismo colige que existen elementos suficientes para afirmar, más allá de toda duda razonable, que se violó el derecho humano a la protección de la salud en perjuicio de “B” y su hija, según los argumentos antes esgrimidos.

## **Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.**

**85.** Tomando en consideración las circunstancias en que ocurrieron los hechos, y los factores de vulnerabilidad en que se encontraba “B” al momento de los hechos, este organismo protector de los derechos humanos considera que el caso en resolución debe ser valorado con perspectiva de género. La perspectiva de género es un método que, bajo un esquema de interseccionalidad, detecta la presencia de tratos diferenciados basados en el sexo, el género o las preferencias u orientaciones sexuales, y determina si dicho trato es necesario y por lo tanto, legítimo, o si, por el contrario, es arbitrario y desproporcionado y por lo tanto, discriminatorio.<sup>14</sup>

**86.** En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres; brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria, atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas; y asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres.

**87.** La atención materno-infantil comprende, entre otras acciones, la prioritaria atención a las mujeres en edad reproductiva previo al embarazo, durante el embarazo, el parto y el puerperio. Dicha atención se considera un derecho fundamental que el Estado a través de las instituciones públicas de salud, debe garantizar.<sup>15</sup>

**88.** En el marco de la atención obstétrica, el personal de salud puede incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de

---

<sup>14</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación. Protocolo para juzgar con perspectiva de género. Noviembre de 2015, p. 62.

<sup>15</sup> Ley Estatal de Salud, artículo 67, fracción I.

género, y tiene relación “con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos”.<sup>16</sup>

**89.** Por su parte, el artículo 5, fracción VI de la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, establece que la violencia obstétrica “es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud que, en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica<sup>17</sup>, y alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

**90.** Asimismo, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres señala que la violencia obstétrica “se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente; se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas la esferas de la sociedad”<sup>18</sup>, y enlista una serie de actos constitutivos de violencia obstétrica, entre los que se encuentra “no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas”.<sup>19</sup>

**91.** La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, sostuvo en la Recomendación General 31/2017: Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, que: “(...) en el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva (...)”.

---

<sup>16</sup> Almaguer González, José Alejandro. García Ramírez, Hernán José. Vargas Vite, Vicente. “La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, septiembre-diciembre 2010. Publicado en la revista “Género y Salud en cifras” de la Secretaría de Salud, p. 5.

<sup>17</sup> El subrayado no es original.

<sup>18</sup> Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. ¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica?. Disponible para su consulta en <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es>

<sup>19</sup> Ídem.

**92.** En ese sentido, la violencia obstétrica, es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por personas prestadoras de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o de la persona recién nacida, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

**93.** La violencia obstétrica tiene uno de sus orígenes en las relaciones asimétricas de poder donde convergen el género, las jerarquías, la lucha por la posesión del conocimiento legitimado, la influencia del sexismo y el androcentrismo en el campo de la medicina, la preeminencia del parto medicalizado sobre el natural y el ejercicio de prácticas patriarcales y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer. El discurso dominante en la práctica médica, se manifiesta en la patologización de los síntomas “característicos de la mujer”, lo que conduce a la medicalización y apropiación de sus procedimientos naturales y fisiológicos, reforzando la desigualdad de género. En ocasiones, las prácticas que constituyen violencia obstétrica son una forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad.<sup>20</sup>

**94.** La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, establece en sus artículos 1, 3, 4, inciso b), 7, inciso a), 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para lo cual el Estado deberá adoptar políticas a fin de prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está

---

<sup>20</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 31/2017: Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud. 31 de julio de 2017, párrs. 12, 23 y 14.

embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

**95.** Los artículos 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y 15.3, inciso a), del “Protocolo de San Salvador”, igualmente establecen la obligación del Estado para adoptar medidas que garanticen el acceso a la atención médica y ayudas especiales a la mujer durante el embarazo, parto y en el período posterior a éste.

**96.** La especial protección que deben gozar las mujeres embarazadas no sólo se encuentra establecida en instrumentos nacionales e internacionales descritos, sino en normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica como referentes en la prestación de los servicios de salud materna, atención que fue vulnerada por el personal médico que atendió a “B”, quienes no priorizaron su atención médica para garantizar la protección a la salud y la vida de su hija, tal y como se ha descrito en la presente recomendación.

**97.** En ese orden de ideas, este organismo considera que, el personal médico adscrito al Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez que omitió atender debidamente a “B”, no sólo incurrió en una mala praxis médica y en violaciones al derecho humano a la salud de ésta, sino que con base en un enfoque de género, también es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en perjuicio de ésta.

#### **Derecho de acceso a la información.**

**98.** El último reclamo hecho por la parte quejosa, consistió en que durante el tiempo que “B” estuvo hospitalizada, no se le informara a su familia sobre lo que estaba ocurriendo, hasta que a las 03:00 de la tarde del 07 de mayo, el ginecólogo y la trabajadora social les informaron que la bebé había fallecido, y que cuando “B” y su esposo “A” fueron al hospital a solicitar el historial clínico del embarazo, tardaron una semana en entregarles la documentación correspondiente y se negaron a decirles el nombre de los médicos que intervinieron en la atención médica.

**99.** En cuanto a estos hechos, la autoridad negó que no se hubiera proporcionado información a “A” o a la familia de “B”, pero precisó que el médico tratante era el único responsable de la misma, por lo que el resto del personal médico estaba imposibilitado a proporcionarla, aunado a que la información se entregaría directamente a “B”; y señaló que el historial clínico había sido debidamente proporcionado a la parte quejosa, para que el Servicio Médico Forense determinara una causa más precisa del fallecimiento del producto de la concepción, a pesar de que no obraba solicitud por escrito en que se hubiera solicitado.

**100.** En ese sentido, se advierte que tal como afirmó la parte quejosa, la familia de “B” no recibió información de lo que estaba ocurriendo, hasta que se les comunicó por parte del ginecólogo, que la bebé había fallecido.

**101.** Aunado a ello, contrario al dicho de la autoridad, respecto a que la información se debía entregar directamente a “B”, si bien es cierto que la paciente tenía derecho a conocer lo que estaba ocurriendo, respecto de lo cual tampoco existe evidencia, también es cierto que la familia de “B” tenía derecho a estar informada de la atención médica que se estaba brindando a la quejosa. Lo anterior tiene sustento en la tesis del rubro y texto siguiente:

*“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA.*

*De la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se infiere que el profesionalista médico tiene una obligación de aportar al paciente todos los elementos necesarios para que éste tome una decisión libre e informada sobre su tratamiento o ausencia del mismo. En ese sentido, ante la insuficiencia de regulación normativa sobre este supuesto, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación entiende que el otorgamiento de información para cumplir con el deber de informar consiste, como mínimo y dependiendo de cada caso concreto, en el estado de salud del paciente, el diagnóstico de su padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias para tratar el mismo y sus alternativas, así como los riesgos inherentes y los efectos que puedan tener*

*tales tratamientos o intervenciones; de ahí que el contenido que debe satisfacer este derecho no es inmutable, sino que se actualiza supuesto a supuesto. Por su parte, el sujeto de tal deber es, por regla general, el médico responsable del paciente y, en particular, aquellos profesionistas médicos que ejecuten un acto médico concreto (proceso asistencial, técnica o procedimiento invasivo, interconsulta, etcétera) que pueda incidir en la esfera de derechos del paciente. El destinatario de esta información debe ser el propio paciente o las personas unidas al mismo por vínculos familiares, de hecho o legales que jurídicamente puedan tomar una decisión sobre su atención médica. Adicionalmente, debe destacarse que el deber de informar no se agota en una etapa en específico ni su cumplimiento se actualiza siguiendo ciertos pasos previamente identificados. Dependerá de cada caso concreto y de su contexto fáctico, teniendo como premisa fundamental que la información deberá ser continuada, verdadera, comprensible, explícita, proporcionada al momento en que el médico lo considere viable, previo a cualquier tratamiento o intervención y su otorgamiento podrá ser oral o escrito. El grado y temporalidad del otorgamiento de la información penderán de la capacidad del paciente, los deseos de información del mismo (no se le puede obligar a recibir la información si no es su voluntad; es decir, si rechazó su conocimiento de manera expresa), el nivel de riesgo y la concurrencia de un estado de urgencia. Asimismo, tal como sucede con el consentimiento informado, un supuesto de excepción de este derecho a ser informado tiene lugar cuando los sucesos fácticos no permiten una demora ante la posibilidad de que se origine un daño grave o irreversible al paciente.”<sup>21</sup>*

**102.** El derecho de acceso a la información, desarrollado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos “establece la presunción de que toda información es accesible, sujeto a un sistema restringido de excepciones”<sup>22</sup> pues “el actuar del Estado debe encontrarse regido por los principios de publicidad y transparencia en la gestión pública, lo que hace posible que las personas que se

---

<sup>21</sup> Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Tesis: 1a. CCXXV/2016 (10a.). Registro digital: 2012509. Aislada. Materias(s): Constitucional. Décima Época. Instancia: Primera Sala. Tomo: Libro 34, Septiembre de 2016 Tomo I. Página: 507.

<sup>22</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Claude Reyes vs. Chile, sentencia del 19 de septiembre de 2006, párr. 92.

*encuentran bajo su jurisdicción ejerzan el control democrático de las gestiones estatales, de forma tal que puedan cuestionar, indagar y considerar si se está dando un adecuado cumplimiento de las funciones públicas”.*<sup>23</sup>

**103.** El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política establece que: *“toda persona tiene derechos al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

**104.** En materia de salud, el derecho de acceso a la información comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.<sup>24</sup>

**105.** En ese tenor, el derecho a la información en materia de salud comprende el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; la protección de los datos personales; y la información debe cumplir con los principios de:

- Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente;
- Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica;
- Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante;
- Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente; y
- Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Ibidem, párr.86.

<sup>24</sup> Observación general Nº 14 del del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), artículo 12 b.

<sup>25</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación 33/2016, párr. 115.

**106.** De acuerdo con los artículos 29 y 30 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el numeral 5.5 de la Norma Oficial Mexicana 168 SSA1-1998: Del expediente clínico, la o el paciente, o en su caso la persona responsable, tienen derecho a que la o el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde información con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

**107.** Asimismo, del Dictamen Médico Institucional emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua con base en el expediente clínico de la quejosa, se desprenden irregularidades en la integración del mismo, ya que el personal médico omitió documentar parte de la información relativa a la atención médica de “B”, aunado a que existen en partes importantes del expediente clínico tachaduras, que según la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua, revelan manipulación del documento con posterioridad a los hechos.

**108.** La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.<sup>26</sup>

**109.** La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del personal médico.

**110.** La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016: Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, en su artículo 3.4, contempla que: *“la atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con*

---

<sup>26</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia del 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

*pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.”<sup>27</sup>*

**111.** Por lo anterior, con base en las evidencias reseñadas y analizadas *supra*, se tiene por acreditada, más allá de toda duda razonable, la violación al derecho al acceso a la información de “B” y su familia, en materia de salud, por los hechos acreditados anteriormente.

**112.** Ahora bien, particularmente respecto a la omisión del personal adscrito al Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez de comunicar a la parte quejosa los nombres de las y/o los médicos que habían atendido a “B”, así como la tardanza de una semana para entregarles el historial clínico, no existen evidencias suficientes para tener por ciertos tales hechos, mientras que por otro lado, del propio escrito de queja presentado por “A” y ratificado por “B”, se desprende que sí les fue entregado el historial clínico, del cual se desprenden los nombres de quienes intervinieron en la atención médica de la quejosa. En consecuencia, no se acredita alguna violación a derechos humanos por estos hechos.

#### **IV.- RESPONSABILIDAD :**

**113.** La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos analizadas y evidenciadas, corresponde a los actos u omisiones realizadas por las personas servidoras públicas entonces adscritas al Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, cuyos actos u omisiones se tradujeron en violaciones a los derechos humanos de “A”, “B” y su hija, quienes contravinieron las obligaciones contenidas en el artículo 23, fracción I, de la abrogada Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua, obligaciones que hoy se contemplan en los artículos 7, fracción I, V, VII, y 49, fracción I y VI de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén que las personas servidoras públicas

---

<sup>27</sup>

deberán observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, actuando conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas correspondientes a su empleo cumpliendo con sus funciones y atribuciones encomendadas, observando disciplina y respeto y que así hagan las personas servidoras públicas sujetas a su cargo, lo que además implicó incumplimiento de las disposiciones jurídicas relacionadas con el servicio público, que han sido precisadas.

**114.** En ese orden de ideas, al incumplir con las obligaciones establecidas en el tercer párrafo del artículo 1o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, resulta procedente instaurar procedimiento administrativo en el que se determine el grado de responsabilidad en el que incurrieron las personas servidoras públicas involucradas y que al momento de los hechos se encontraban adscritas al Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, con motivo de los hechos antes acreditados.

#### **V.- REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO :**

**115.** Por todo lo anterior, se determina que “A” y “B” tienen derecho a la reparación integral del daño sufrido en virtud de los hechos que motivaron el expediente en análisis, en los términos de la jurisprudencia que ha establecido la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y con base en la obligación para el Estado de reparar las violaciones a los derechos humanos, considerando además que la responsabilidad del mismo, por los daños que con motivo de su actividad administrativa irregular cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa, por lo que los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes, según lo dispuesto en los artículos 1, párrafo tercero y 109, último párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 178, antepenúltimo párrafo de la Constitución Política del Estado de Chihuahua.

**116.** Al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible al Estado, la recomendación formulada debe incluir las medidas efectivas de 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 los artículos 1, 2, fracción I, 4º, 7, 27, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción IV, 111, 112, 126 fracción VIII, 130, 131 y 152, de la Ley General de Víctimas; 6, 20, fracción II, 22, fracciones IV y VI, 36, fracción IV, 37, fracciones I y II y 39, de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, se deberá reparar el daño de manera integral a "A", por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente Recomendación, así como su inscripción ante el Registro Estatal de Víctimas. Debiendo tenerse como parámetro para la reparación integral del daño, lo siguiente:

**a.- Medidas de compensación.**

**117.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material (ingresos o lucro cesante) o inmaterial (pérdida o menoscabo sufrido en la integridad física o patrimonial de la víctima).

**118.** En el presente caso, la autoridad responsable deberá indemnizar a "B". A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- a) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas;
- b) la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas;
- c) los gastos efectuados con motivo de los hechos; y
- d) las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

**119.** Lo anterior, pues la finalidad última de la reparación integral del daño es lograr la redignificación y rehabilitación auténtica de las víctimas, sin que ello pueda representar su enriquecimiento o empobrecimiento, ni el de sus sucesores.<sup>28</sup>

**b.- Medidas de rehabilitación.**

**120.** Las medidas de rehabilitación, pretenden reparar las afectaciones físicas, psíquicas o morales que puedan ser objeto de atención médica o psicológica.

**121.** Para esta finalidad, previo consentimiento de cada una de las víctimas, la autoridad deberá garantizarles a través de personal profesional especializado, a “B” la atención médica y psicológica que requiera con motivo de las afectaciones sufridas y que han quedado plenamente acreditadas.

**c.- Medidas de satisfacción.**

**122.** La satisfacción, como parte de la reparación integral, busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas.

**123.** Este organismo derecho humanista considera, que la presente recomendación constituye, *per se*, una forma de reparación, como medida de satisfacción.

**124.** De las constancias que obran en el sumario, no se desprende que se haya iniciado procedimiento administrativo disciplinario con motivo de los hechos que nos ocupan. En ese sentido, la autoridad deberá agotar las diligencias necesarias para que se inicie, integre y resuelva conforme a derecho, el procedimiento administrativo que corresponda en contra de las entonces personas servidoras públicas adscritas al Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, cuyos actos u omisiones se tradujeron en violaciones a los derechos humanos de “A”, “B” y su hija, y en su caso, se impongan las sanciones que correspondan.

**d.- Medidas de no repetición:**

---

<sup>28</sup> Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Tesis: 1a. XXXII/2020 (10a.). Registro digital: 2022210. Instancia: Primera Sala Décima Época Materia(s): Constitucional. Libro 79, Octubre de 2020, Tomo I, página 278. Tipo: Aislada.

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

**126.** En ese sentido, la autoridad deberá implementar programas de capacitación continua dirigidos a la totalidad de personal médico del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, en materia de derechos humanos, mala praxis médica, prevención de la violencia obstétrica e integración de los expedientes clínicos.

**127.** Por lo anteriormente expuesto y con fundamento en los artículos 5, 7, 8 y demás relativos de la Ley Estatal de Salud; 24, fracción V y 27 Bis, fracciones I, II, III, VI y XI, de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Chihuahua, 3, 4, 7, 8 y 9, fracciones I, III, V, XVIII, XVII y XXVII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2 y 10, fracciones I, V y VIII, de la Ley del Instituto Chihuahuense de Salud; y 17 y 18, fracciones I, V y VIII, del Reglamento Interior del Instituto Chihuahuense de Salud, resulta procedente dirigirse al Secretario de Salud del Estado y Director General del Instituto Chihuahuense de Salud, para los efectos que más adelante se precisan.

**128.** Atendiendo a los razonamientos y consideraciones antes detallados, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos estima que a la luz del sistema de protección no jurisdiccional, se desprenden evidencias para considerar violados los derechos fundamentales de "A", "B" y su hija, específicamente los derechos a la protección de la salud, a la vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información. Por lo que en consecuencia, respetuosamente y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 42 y 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, así como los numerales 84, fracción III, inciso a), 91, 92 y 93, del Reglamento Interno de esta Comisión resulta procedente emitir las siguientes:

## **VI.- R E C O M E N D A C I O N E S :**

A usted **licenciado Eduardo Fernández Herrera, secretario de salud y director general del Instituto Chihuahuense de Salud:**

**PRIMERA:** Se inicie, integre y resuelva conforme a derecho, el procedimiento administrativo que corresponda, en contra de las entonces personas servidoras públicas adscritas al Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, cuyos actos u omisiones se tradujeron en violaciones a los derechos humanos de “A”, “B” y su hija, tomando en consideración las evidencias y razonamientos esgrimidos en la presente resolución y, en su caso, se impongan las sanciones que correspondan.

**SEGUNDA:** Provean lo necesario para que en un plazo que no exceda de 90 días hábiles, contados a partir del día siguiente a la aceptación de la presente resolución, se repare integralmente el daño causado a “A” y “B”, en términos de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, tomando en consideración, lo detallado en el capítulo V de la presente resolución.

**TERCERA:** En un plazo que no exceda de 30 días naturales, contados a partir del día siguiente a la aceptación de la presente resolución, se inscriba a las víctimas en el Registro Estatal de Víctimas, por violación a sus derechos humanos y remita las constancias que lo acrediten.

**CUARTA:** En un plazo que no exceda de 120 días hábiles, contados a partir del día siguiente a la aceptación de la presente resolución, realice todas las medidas administrativas tendientes a garantizar la no repetición de violaciones a derechos humanos, de similar naturaleza a las analizadas, implementando programas de capacitación continua dirigidos a la totalidad de personal médico del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, en materia de derechos humanos, mala praxis médica, prevención de la violencia obstétrica e integración de los expedientes clínicos.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado por el artículo 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44 primer párrafo de la Ley que rige nuestra actuación, tiene el carácter de pública y con tal carácter se publica en la Gaceta de este organismo.

Se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto a una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda

por parte de las dependencias administrativas o cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trata.

Las recomendaciones de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos no pretenden en modo alguno, desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, sino que, por el contrario, deben ser concebidas como instrumentos indispensables en las sociedades democráticas y en los Estados de Derecho para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad.

Dicha legitimidad se robustecerá de manera progresiva cada vez que se logre que aquellas y éstos, sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conlleven el respeto de los derechos humanos.

En todo caso, una vez recibida la recomendación, la autoridad o servidor público de que se trata informará dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si se acepta. Entregará en su caso, en otros quince días adicionales las pruebas correspondientes de que ha cumplido, ello según lo establecido en el artículo 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

La falta de respuesta dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En caso de que se opte por no aceptar la presente recomendación, le solicito en los términos del artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, funde, motive y haga pública su negativa. No dudando de su buena disposición para que sea aceptada y cumplida.

**A T E N T A M E N T E**

**NÉSTOR MANUEL ARMENDÁRIZ LOYA**

**PRESIDENTE**

C.c.p. Parte quejosa.- Para su conocimiento.

C.c.p. Lic. Jair Jesús Araiza Galarza, Secretario Técnico Ejecutivo de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.