

RECOMENDACIÓN No. 09/2021

Síntesis: Una mujer acudió al área de urgencias del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, toda vez que cursaba un embarazo de 40 semanas de gestación y llevaba alrededor de ocho horas con contracciones; a pesar de que una doctora que la había atendido con anterioridad le indicó la necesidad de llevar a cabo una cesárea, en dicho nosocomio la obligaron a tener un parto natural prolongado, sin ser atendida por personal especializado en ginecología, lo que ocasionó que su hijo naciera con múltiples afectaciones en su salud.

De la investigación realizada por este organismo y atendiendo a los razonamientos y consideraciones lógico-jurídicas, se concluyó que existen evidencias para considerar violados los derechos fundamentales de la quejosa y su hijo, específicamente los relativos a la protección de la salud, a la vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información.

“2021, Año del Bicentenario de la Consumación de la Independencia de México”

“2021, Año de las Culturas del Norte”

Oficio No. CEDH:1s.1.062/2021

Expediente No. HP-AC-45/2019

RECOMENDACIÓN No. CEDH:5s.1.009/2021

Chihuahua, Chih., a 04 de mayo de 2021

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”¹ y “C”, con motivo de actos u omisiones que consideraron violatorios a los derechos humanos de “A” y “B”, radicada bajo el número de expediente **HP-AC-45/2019**; 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 como 6 y 12, del Reglamento Interno de esta Comisión, procede a resolver lo conducente, según el estudio de los siguientes:

¹ 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.

I.- ANTECEDENTES :

1. Con fecha 05 de julio de 2019, se recibió en este organismo, un escrito de queja signado por “A” y “C”, mediante el cual expusieron en lo medular:

“(…) El 02 de octubre de 2018, a las 09:00 a.m. acudí al área de urgencias del Hospital de Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, mejor conocido como Centro Materno, con motivo de llevar alrededor de ocho horas con contracciones como inicio de trabajo de parto al encontrarme embarazada de 40 semanas de gestación. Días antes, mi esposo y yo habíamos hablado con el director de este hospital, José Juan Parra Rodríguez, comentándole ciertos puntos sobre la situación de mi servicio de salud.

(…)

Ante la situación, nos ofreció la oportunidad de que se me atendiera ahí con la modalidad de “población abierta”, que significa pagar consultas y la atención del parto, con un costo no tan elevado como lo sería con un particular, lo cual nos pareció adecuado. Primero tendría cita con ginecólogos para valoración y después, según dictamen de quienes me trataran, podrían atenderme ahí para mi parto.

Los ginecólogos que me atendieron para revisarme antes de mi parto, fueron la doctora “G” y el doctor “F”; a los dos les comenté junto con mi mamá, quien me acompañaba a las consultas, sobre la valoración realizada en el IMSS² por la doctora “E” de que requería cesárea, así como la situación de que no contaba con servicio de salud. La doctora “G” me dijo que todas las mujeres pueden tener un parto natural y que el peso del bebé todavía era adecuado para pensar en un parto vaginal. Una semana después, el doctor “F” me dijo que ya se vería en el momento de que presentara las contracciones. Ninguno me realizó un chequeo ni un estudio pélvico, ni en algún momento se me agendó una cita para cesárea. El 02 de octubre de 2018, por la mañana que acudí al área de urgencias del Hospital de Ginecobstetricia, el residente en medicina “H” me realizó un tacto vaginal, un cuestionario de control y me dijo que volviera más tarde al tener en ese momento sólo dilatación de 3. Volví junto con mi esposo y mi mamá a las 03:00 de la tarde para realizarme otro tacto vaginal. En esta ocasión me atendió otro residente o doctor del que desconozco su nombre, quien me realizó el mismo cuestionario de control que el de la mañana, su valoración fue una dilatación de entre 6 o 7, y me dijo que debía quedarme ya. Me quedé hasta las 07:00 de la noche en urgencias puesto que no tenían camillas libres en el hospital para pasarme.

² Instituto Mexicano del Seguro Social.

A las 07:00 de la noche, con dolores ya muy fuertes pedí que me realizaran un chequeo de dilatación, la misma persona me checó y me dijo que ya tenía 10 de dilatación. Me ingresaron a una sala común donde otras mujeres estaban en trabajo de parto, y esperé ahí más tiempo. Desconocía totalmente que las personas que estaban atendiendo ahí eran parteras, no ginecólogas, y en ningún momento estando ahí, con dilatación de 10, dolorosas contracciones, problemas para respirar, pujar y tranquilizarme, fui revisada por un especialista.

La partera "V" me ingresó a la sala de expulsión pasando como una hora o más de estar en la sala común de parto. En la sala de expulsión me realizó muchos tactos vaginales hasta que en cierto momento resultaron incómodos, argumentando que era para ayudar a abrir, lo cual me ocasionó dolor e hinchazón. Intenté pujar de la manera que ella me indicaba, pero mi bebé no salía.

Un enfermero trató de apretarme el estómago pero no se lo permití debido a que me habían informado que era una práctica muy mala y que podía poner en riesgo la vida de mi bebé, ese enfermero hizo un ademán de quitar las manos y se retiró.

Un hombre de bata y cubrebocas llegó en un momento a la sala, y "V" le dijo: no se preocupe doctor, yo me encargo, me la encargó el doctor "I". Después de un rato "V" me dijo que no estaba pujando bien y que entonces esperáramos un rato más para volver a intentar y me sacó de la sala de expulsión.

Ocurrió un cambio de turno que retrasó nuevamente mi atención, en lo que "V" se fue y entregó a la partera que la suplió. "V" le explicó mi situación, que hubo un intento, pero que no se veía avance del bebé. Esta nueva partera me vio que me sentía muy mal, revisó la frecuencia cardíaca del bebé y dijo: "no me gusta el foco fetal", entonces alistó todo para volver a ingresarme en la sala de expulsión, vio entonces que tenía hinchados los labios exteriores e inferiores de la vagina ocasionados por el primer intento, y me dijo que no iba a tocar más para no lastimarme. El parto ya en sí era muy prolongado y batallé mucho para poder dar a luz como parto vaginal, sentí muchos lapsos de lagunas, mareos y pérdida de fuerza, como tipo delirio del dolor tan fuerte.

Por fin nació mi bebé, sin movimiento, sin llorar y completamente morado, tuve un desgarre y a mi bebé lo comenzaron a reanimar, hablaron urgentemente al pediatra en turno y se lo llevaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), me realizaron una episiotomía y salí a recuperación.

Mi mamá y mi esposo no recibían ningún informe de cómo me encontraba, la pediatra le permitió a mi esposo ver a mi hijo un minuto de lejos en el área de UCIN y mi esposo dice que lo vio intubado, hinchado y morado.

La pediatra "J" nos explicó que ella desconocía por qué mi bebé nació así, nos mencionó que había convulsionado, que su estado era muy delicado y el trabajo

de ella era en ese momento tratar de mantenerlo con vida y que se estabilizara, que estaba completamente sedado y no podía comer hasta que hubiese una mejoría.

Me permitieron verlo hasta que se retirara mi canalización y yo iba a verlo un lapso de diez minutos, primero dos veces al día, después más veces para extracción de leche y las dos veces permitidas de visita.

Mi bebé duró alrededor de veintitrés días en la Unidad de Cuidados Intensivos, a la semana de estar intubado mi bebé expulsó el tubo, le colocaron puntas nasales y poco después comenzó a respirar bien por sí mismo.

El diagnóstico que el alta de UCIN mencionó es que mi bebé sufrió hipoxia neonatal, encefalopatía hipóxico-isquémica, más siempre se nos dijo, tanto por parte de la pediatra “J”, el pediatra “K”, el pediatra “L” y el neonatólogo “M”, que mi bebé sufrió un episodio de asfixia severa. Se nos recomendó inscribirlo al CRIT³ y llevarlo cuando se nos diera lugar para sus rehabilitaciones y seguir con medicamentos anti-convulsionantes y tratarlo con el neuropediatra.

De ciertos doctores el diagnóstico es muy desalentador, de otros, que hiciéramos todo lo posible por rehabilitarlo, pero que en realidad no se sabrían las consecuencias de las secuelas causadas por esta pérdida de oxígeno, pues no se sabe por cuánto tiempo la tuvo al nacer. No se sabe si podría tener secuelas motrices, cognitivas, sensoriales, o varias. Además, nos enteramos de que su Apgar fue de 2-3.4, un rango demasiado bajo.

Si hubiera estado un especialista para una valoración más certera al momento de mi parto tal vez pudo haberse realizado una cesárea, que era la valoración inicial que yo comenté que una doctora me había recomendado.

Supimos poco después que el día de mi parto por la noche hubo una fiesta, como despedida de próximos doctores a jubilarse y tuvieron bastante movimiento en el hospital, por lo que la atención no fue completa, no fue integral y no fue la adecuada.

Hemos tratado a mi bebé desde que salió de la UCIN con el neuropediatra “Ñ”, a quien incluso le solicitamos ir a ver a mi bebé en una ocasión a UCIN, le hemos realizado dos estudios de electroencefalogramas, en el primero presentando focos epilépticos y bajo voltaje; una evaluación por parte del oftalmólogo “O”; un estudio de potenciales evocados auditivos y dos estudios de perfiles conductuales del desarrollo que han mostrado algunos retrasos motrices y sociales.

Debido a la asfixia severa que mi bebé sufrió al nacer, desconocemos el grado de daño neurológico, mas la afectación que tendrá en su calidad de vida.

(...). (Sic).

³ Centro de Rehabilitación Infantil Teletón.

2. El 05 de septiembre de 2019, se recibió en este organismo, el informe de la autoridad, rendido mediante el oficio número ICHS-JUR-1361/2016, signado por el licenciado Juan de Dios E. García Fernández, encargado del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud, en el cual básicamente sostuvo lo siguiente:

“(...) Me permito manifestar que se han estudiado de fondo los hechos reseñados por “A” ante ese organismo derecho humanista, lo anterior en virtud de que en primer término, como se puede apreciar de la explicación y narración de los hechos vertidos por la impetrante, se desprende que la atención médica otorgada al producto masculino recién nacido de la impetrante, fue adecuada y oportuna. Toda vez que la misma se prestó de manera constante y continua, se encuentra debidamente sustentada en las notas médicas que obran en el expediente clínico y las mismas son congruentes conforme a lo que establece la NOM-004-SSA3 del expediente clínico (...)”. (Sic).

3. 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 permitieran demostrar la verdad sobre los hechos planteados, lográndose recabar las siguientes:

II. - EVIDENCIAS :

4. Escrito de queja presentado por “A” y “C”, ante este organismo en fecha 05 de julio de 2019, sustancialmente transcrito en el antecedente número 1 de la presente resolución. (Fojas 1 a 15). A este escrito la parte quejosa adjuntó en copia simple:

4.1. Requerimiento de cesárea para “A”, elaborado el 12 de septiembre de 2018 por la doctora “E”, adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social. (Foja 16).

4.2. Formato denominado: “Cirugía segura. Lista de verificación” sin llenar. (Foja 17).

4.3. Documento de fecha 12 de septiembre de 2018, en el que se señala que la doctora “E” era la encargada del tratamiento de “A” en el Instituto Mexicano del Seguro Social. (Foja 18).

4.4. Solicitud al servicio de transfusión de sangre para “A”, emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin fecha visible. (Foja 19).

4.5. Escrito de fecha 14 de septiembre de 2018, a través del cual “A” solicitó a la licenciada Karina Melchor Ramos, que se aclararan las restricciones que aplicaba su seguro de trabajadora independiente para poder darse de alta en el Seguro Popular y poder recibir atención médica con motivo de su parto por cesárea programada. (Foja 20).

4.6. Impresión del artículo 83 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización,

subrayado en sus fracciones II y III, que establecen que no se proporcionarán las prestaciones en especie a la persona asegurada o sus beneficiarias por parto o cirugía de padecimientos ginecológicos. (Foja 21).

4.7. Constancia de vigencia de derechos emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social respecto a “A”. (Foja 22).

4.8. Documento con los requisitos para seguro de ejidatario expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social. (Foja 24).

4.9. Oficio número 08 9107 900 110/1319, mediante el cual, el 14 de septiembre de 2018, el licenciado Juan Ledezma Arroyo, titular de la Subdelegación Parral del Instituto Mexicano del Seguro Social, informó a “A” sobre las restricciones del seguro de trabajador independiente que tenía contratado con esa institución, entre las que se encontraban parto y cirugía de padecimientos ginecológicos. (Fojas 25 a 26).

4.10. Nota de egreso de “B” del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, por alta médica el 25 de octubre de 2018, en que se especifica que el mismo presentó: *“encefalopatía no especificada, asfixia del nacimiento leve y moderada, sepsis del recién nacido debido a escherichia coli, y convulsiones del recién nacido”*. (Foja 30).

4.11. Receta de Levetiracetam expedida a nombre de “B” por el médico Zeimeño adscrito al Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral. (Foja 31).

4.12. Plan médico de tratamiento prescrito a “B” por la médica Gabriela Bejarano Ceballos, adscrita al Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral. (Foja 32).

4.13. Recibo de caja expedido el 04 de octubre de 2018, por el Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, a nombre de “A”. (Foja 33).

4.14. Receta médica del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, sin nombre, firma o cédula del personal médico que la hubiera expedido o nombre de la o el paciente, en que se indica: *“cita a consulta externa 31 de octubre de 2018. Pediatría”*. (Foja 34).

4.15. Hoja de referencia emitida el 31 de octubre de 2018, por el pediatra Luis Adrián Hinojos Grajeda, adscrito al Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, en la que remitió a “B” a valoración de neuropediatría. (Foja 35).

4.16. Recibo de caja expedido el 25 de octubre de 2018, por el Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, a nombre de “A”. (Foja 36).

4.17. Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) por medio del cual, “A” presentó una queja ante la Secretaría de Salud del Gobierno Federal por los hechos materia de la presente queja. (Foja 37).

4.18. Credencial para votar a nombre de “C”, expedida por el Instituto Nacional Electoral. (Foja 38).

4.19. Credencial para votar a nombre de “A”, expedida por el Instituto Nacional Electoral. (Foja 39).

4.20. Dos fotografías de un bebé, con la leyenda “Fotos del recién nacido “B” durante el periodo de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos”. (Foja 41).

4.21. Reporte de video-electroencefalograma digital neonatal de “B” (estudio 1), expedido el 27 de octubre de 2018, por el médico David Salvador Lyncet Mejorado, quien asentó como conclusión: “*electroencefalograma con actividad epiléptica temporal y disfunción del ritmo con ondas agudas positivas*”. (Foja 41).

4.22. Reporte de video-electroencefalograma digital neonatal de “B” (estudio 2), expedido el 04 de junio de 2019, por el médico David Salvador Lyncet Mejorado, quien asentó como conclusión: “*electroencefalograma con disfunción del ritmo de fondo. A correlacionar clínicamente. La asimetría sugiere organicidad*”. (Foja 42).

4.23. Receta de fecha 28 de mayo de 2019, respecto del paciente “B”, en la que el médico David Salvador Lyncet Mejorado, le prescribió una resonancia magnética de cráneo, cortes coronal axial y sagital fases T1, T2 y flair bajo sedación, por el padecimiento de retraso psicomotor como secuela de hipoxia neonatal. (Foja 43).

5. Informe de ley rendido por la autoridad en fecha 07 de septiembre de 2019, mediante oficio número ICHS-JUR-1361/2016, suscrito por el licenciado Juan de Dios E. García Fernández, encargado del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud, medularmente transcrito en el antecedente número 2 de la presente resolución. (Fojas 47 a 53). A dicho informe se anexó la siguiente documentación en copia simple:

5.1. Informe médico elaborado por el doctor José Juan Parra Rodríguez, director del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, quien asentó que “B” no contaba con criterios completos de asfixia perinatal, sin embargo, se consideraba que su estado de salud era grave. (Fojas 54 a 56).

5.2. Oficio número COCAM-CHIH./S.J./092/2019 de fecha 20 de agosto de 2019, a través del cual la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua notificó al Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, la admisión de una queja presentada por “A”. (Fojas 57 a 64).

5.3. Oficio número SFP-DPI-235-2019 de fecha 22 de agosto de 2019, por medio del cual el licenciado Erick Marco Lomas Zapata, encargado de la Dirección de Procesos de Investigación de la Secretaría de la Función Pública, requirió al doctor José Juan Parra, director del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, la rendición de un informe pormenorizado con motivo de investigación de

presunta responsabilidad seguida con motivo de una posible negligencia médica durante el parto de “A”. (Foja 65).

6. Oficio número COCAM-CHIH/011/2020, de fecha 19 de febrero de 2020 (foja 70), mediante el cual, la doctora Nora Ileana Villa Baca, comisionada estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Chihuahua, remitió:

6.1. Dictamen médico institucional número 025/2019, respecto a la atención médica otorgada a “A”, en el Hospital de Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, del Instituto Chihuahuense de Salud (fojas 71 a 124), en el que se concluyó:

“PRIMERA: Existe negligencia institucional ya que al tratarse de un Hospital de Ginecobstetricia, se encuentra que en el área de urgencias la atención inicial de la paciente fue otorgada por médicos generales, tanto en el turno matutino, como en el vespertino. Así mismo en la hoja del partograma y atención del parto se observa que el seguimiento de la evolución del trabajo de parto y parto de la paciente, a partir de las 19:30 horas fue realizado por personal de enfermería, que, sin demeritar sus funciones, carecen de los conocimientos médicos especializados de un médico especialista en ginecología y obstetricia. Posteriormente la nota médica “post parto”, fue realizada por un médico interno de pregrado, quien es personal becario o estudiante de medicina en el último peldaño de su formación profesional. Asimismo, las notas de evolución en piso, hasta su alta médica, fueron realizadas por médicos internos y médicos generales; y no se observa ninguna nota médica realizada por un médico especialista en ginecología y obstetricia, como se mencionó previamente.

SEGUNDA: Sí existe una mala praxis atribuible al doctor “S” al no valorar adecuadamente el registro cardiográfico de la paciente del día 02 de octubre de 2018, a las 09:05 horas, observándose impericia por tratarse de un estudio que corresponde a la especialidad de ginecología y obstetricia. Se observa imprudencia en su actuar al no hospitalizar a la paciente para una valoración, vigilancia y estudio de la reserva placentaria. Se observa negligencia en su actuar por no haber pedido valoración del estudio de la paciente por médico especialista en ginecología y obstetricia.

TERCERA: Sí existen elementos de mala praxis médica atribuibles al doctor “J” al mantener a la paciente en el área de urgencias durante el trabajo de parto y no realizar la revisión de la frecuencia cardíaca fetal cada treinta minutos como lo marca la bibliografía consultada.

CUARTA: Sí existen elementos de mala praxis médica atribuibles al doctor “J” notorias en el llenado del partograma de la paciente al no aplicar los protocolos de atención de trabajo de parto señalados en la

bibliografía consultada y de observancia obligatoria como lo es la Norma Oficial Mexicana 007, de la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida, así como de la Guía Práctica Clínica de Atención del Embarazo de Bajo Riesgo, observándose negligencia en su actuar por no haber realizado la revisión de la frecuencia cardíaca fetal y condiciones cervicales de la paciente en los tiempos que marca la norma oficial y la literatura internacional. Se observa imprudencia al no solicitar la valoración por un médico especialista en ginecología y obstetricia que debe estar presente en el hospital como ya fue mencionado.

QUINTA: Sí se encuentran elementos de mala praxis médica atribuibles a la enfermera "V" al administrar oxitocina a la paciente cuando ésta tenía una dilatación y borramientos completos, así como actividad uterina regular (5 contracciones en 10 minutos). Se evidencia impericia y negligencia al no diagnosticar que se encontraba en un parto distócico y no solicitar la valoración de la paciente por el médico ginecobstetra de guardia que se debe encontrar en el hospital en ese momento.

SEXTA: Sí se encuentran elementos de mala praxis médica por parte de la enfermera "W" manifestado por negligencia al no revisar la frecuencia cardíaca fetal cada cinco minutos durante el segundo estadio del trabajo de parto, como lo marca la Norma Oficial Mexicana y la literatura consultada, así como hacerse cargo de la atención del parto de la paciente siendo que se considera un parto distócico ya que tenía un periodo expulsivo prolongado. Se observa negligencia e imprudencia al no llamar al médico ginecólogo de guardia para hacerse cargo del mismo. Se observa impericia al no manejar adecuadamente el periodo expulsivo prolongado de la paciente.

SÉPTIMA: Aun cuando en el Expediente Clínico, en la hoja de cunero, se señala a "U" como el ginecobstetra encargado de la atención del parto de la paciente; se desconoce el nombre del médico especialista en ginecología y obstetricia de guardia la noche del 02 de octubre de 2018; sin embargo, se considera que sí existe mala praxis médica por parte del mismo que tenía la obligación de estar de guardia, por la negligencia e imprudencia al no dejar constancia de haber revisado a la paciente durante su trabajo de parto y atención, teniendo la obligación de hacerlo y dejar constancia e indicaciones de su actuar.

OCTAVA: Sí existe una correlación causa-efecto en la vigilancia y atención de un parto distócico y la afectación del recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal y encefalopatía hipóxico isquémica que pudo haberse evitado con una adecuada valoración desde la primera

atención de la paciente con el registro cardiográfico realizado a las 09:05 de la mañana del día 02 de octubre de 2018.” (Sic).

7. Acta circunstanciada elaborada por el visitador ponente en fecha 18 de marzo del año 2020 (foja 126), en la cual hizo constar la recepción de:

7.1. Escrito de fecha 18 de marzo de 2020, mediante el cual “A” y “C” solicitaron una indemnización tanto de los gastos originados como consecuencia del hecho reclamado ante este organismo, así como de los que resultaren en el futuro para la atención de su hijo “B” en instituciones privadas que le otorguen atención de calidad; la destitución de la partera “V” y del ginecólogo al que correspondía cubrir el turno el día del suceso; y asignación de especialistas más los ya existentes en el área de ginecología del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral. (Foja 125).

8. Acta circunstanciada de fecha 29 de abril de 2020, en la que el visitador encargado, dio fe de la recepción de un correo electrónico enviado por “A” (foja 128), al que ésta adjuntó:

8.1. Reporte de perfil conductual, realizado por la doctora Lucía Cristina Rey Uribe, médica pediatra, con fecha 13 de febrero de 2020, en el que concluyó que “B” presentaba alteraciones en su desarrollo neurológico, principalmente en el área motora, pero con marcada mejoría en todas las demás áreas del neurodesarrollo, teniendo gran potencial debido a su capacidad intelectual; y recomendando continuar con control de crecimiento y desarrollo (pediatría), estimulación múltiple y neurohabilitación del desarrollo, con énfasis en la terapia motora e integración sensorial; sin dejar de lado las demás áreas para reforzar todo su desarrollo neurológico. (Fojas 129 a 135).

III.- CONSIDERACIONES :

9. 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.

10. 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.

11. 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 derechos humanos.

12. La controversia sometida a consideración de este organismo, reside sustancialmente en el hecho de que según el dicho de las personas quejasas, el 02 de octubre de 2018, a las 09:00 a.m., "A" acudió al área de urgencias del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, toda vez que cursaba un embarazo de 40 semanas de gestación y llevaba alrededor de ocho horas con contracciones, y que a pesar de que una doctora que había atendido con anterioridad su embarazo le había indicado la necesidad de una cesárea, en el Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral la obligaron a tener un parto natural prolongado, sin ser atendida por personal especializado en ginecología, a consecuencia de lo cual, consideraron, su hijo "B" había resultado con múltiples afectaciones en su salud.

13. En ese sentido, se advierten por parte de este organismo, posibles violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de "A" y su hijo, al derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica de "A", y al derecho de acceso a la información de "A".

14. 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.

15. Primeramente, toca analizar si los hechos reclamados por la parte quejosa, posiblemente constitutivos de alguna violación al derecho humano a la protección de la salud de "A" y/o "B", a saber, actos u omisiones por parte del personal médico que intervino en la atención del parto de "A" y la atención *post natal* de "B", se tradujeron en alguna mala *praxis* médica.

16. La doctrina denomina *lex artis* al conjunto de procedimientos, técnicas y reglas generales de la profesión. De ahí que para determinar la conducta del profesional de la salud conforme a la *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*.

17. 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 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.

18. En el caso que nos ocupa, “A” y “B” refirieron haber acudido con el director del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, para solicitar que el parto de “A” fuera atendido en ese hospital, toda vez que el servicio médico que tenía con el Instituto Mexicano del Seguro Social no cubría ese concepto, a lo que el director del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral les ofreció la opción de recibir atención como “población abierta”, lo cual aceptaron.

19. Dijeron que en el Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, “A” recibió atención previa al parto por parte de la doctora “G” y el doctor “F”, especialistas en ginec obstetricia, a quienes “A” les comentó que según la doctora “E”, quien la había valorado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, requeriría que se le practicara una cesárea, pero que la doctora “G” le dijo que todas las mujeres podían tener un parto natural y que el peso del bebé todavía era adecuado para pensar en un parto vaginal, mientras que el doctor “F” le dijo que ya se vería en el momento de que presentara las contracciones, sin que “F” o “G” le realizaran estudios, ni se le agendara cita para cesárea.

20. Que el 02 de octubre de 2018, a las 09:00 a.m., encontrándose con 40 semanas de gestación y alrededor de ocho horas con contracciones, “A” acudió al área de urgencias del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, en donde el residente en medicina “H” le realizó un tacto vaginal, un cuestionario de control y le dijo que volviera más tarde, ya que en ese momento sólo tenía dilatación de 3.

21. Que a las 03:00 de la tarde volvió junto con su esposo y su madre para realizarse otro tacto vaginal, la atendió otra persona, quien le realizó el mismo cuestionario de control que le habían hecho por la mañana, y su valoración fue una dilatación de entre 6 o 7, por lo que le dijo que debía quedarse; sin embargo, estuvo hasta las 07:00 p.m. en urgencias puesto que no tenían camillas libres en el hospital.

22. Que a esa hora, a las 07:00 p.m. pidió que le realizaran una nueva revisión porque tenía dolores muy fuertes, la misma persona la atendió y le dijo que tenía 10 de dilatación; la ingresaron a esperar en una sala común donde otras mujeres estaban en trabajo de parto; añadió que en ese momento desconocía totalmente que las personas que estaban atendiendo ahí eran parteras, no ginecólogas, y que en ningún momento estando ahí, con dilatación de 10, dolorosas contracciones, problemas para respirar, pujar y tranquilizarse, fue revisada por una persona especialista.

23. Que habiendo transcurrido alrededor de una hora, la partera “V” la ingresó a la sala de expulsión, en donde le realizó muchos tactos vaginales, argumentando que

era para ayudar a abrir; sin embargo, “A” sintió mucho dolor e hinchazón, intentó pujar de la manera que se le indicaba, sin éxito.

24. Que un enfermero trató de apretarle el estómago, pero no se lo permitió debido a que le habían informado que era una práctica muy mala y que podía poner en riesgo la vida de su bebé, a lo que el enfermero hizo un ademán de quitar las manos y se retiró.

25. Que un hombre de bata y cubrebocas llegó a la sala, y “V” le dijo: *“no se preocupe doctor, yo me encargo, me la encargó el doctor “I”*”; después “V” le dijo que no estaba pujando bien, que esperaran para volver a intentar y la sacó de la sala de expulsión.

26. Que ocurrió un cambio de turno que retrasó la atención de “A”, en lo que “V” se fue y entregó a la partera que la suplió; que esta nueva partera revisó la frecuencia cardiaca del bebé y dijo: *“no me gusta el foco fetal”*, alistó todo para volver a ingresarla en la sala de expulsión, vio que tenía hinchados los labios exteriores e inferiores de la vagina ocasionados por el primer intento y le dijo que no iba a tocar más para no lastimarla.

27. Que después de un parto prolongado, batallando para poder dar a luz, muchos lapsos de lagunas, mareos y pérdida de fuerza por el dolor tan fuerte, así como un desgarre, nació “B”, sin movimiento, sin llorar y completamente morado, a quien comenzaron a reanimar, hablaron urgentemente al pediatra en turno y se lo llevaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), a “A” le realizaron una episiotomía y salió a recuperación.

28. Que ni “C” ni la madre de “A” recibieron información de lo que ocurría, hasta que la pediatra le permitió a “C” ver a “B” un minuto de lejos en el área de UCIN y “C” lo vio intubado, hinchado y morado; que la pediatra “J” dijo desconocer por qué “B” había nacido así, les mencionó que había convulsionado, que su estado era muy delicado y el trabajo de ella era en ese momento tratar de mantenerlo con vida y que se estabilizara, que estaba completamente sedado y no podía comer hasta que hubiese una mejoría.

29. Que “B” duró alrededor de veintitrés días en la Unidad de Cuidados Intensivos, y el diagnóstico de alta fue que sufrió hipoxia neonatal, encefalopatía hipóxico-isquémica, a raíz de lo cual ha requerido atención médica especializada, y se desconocía el grado de daño neurológico y/o la afectación que tendría en su calidad de vida.

30. Por último, refirieron haber tenido conocimiento de que el día del parto hubo una fiesta de despedida de próximos doctores a jubilarse, lo cual había contribuido a que la atención no fuera completa, integral, ni adecuada.

31. Para sustentar los hechos materia de su queja, “A” y “C” adjuntaron a su escrito de queja diversas documentales entre las que destacan: un requerimiento de cesárea para “A”, elaborado el 12 de septiembre de 2018 por la doctora “E”, adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social; la nota de egreso de “B” del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, por alta médica el 25 de octubre de 2018, en que se especifica que el mismo presentó: “*encefalopatía no especificada, asfixia del nacimiento leve y moderada, sepsis del recién nacido debido a escherichia coli, y convulsiones del recién nacido*”; así como diversas recetas y estudios médicos correspondientes a la atención médica brindada a “B”.

32. En ese orden de ideas, puede colegirse que mientras “A” fue atendida con motivo de su embarazo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la doctora “E” le prescribió un parto por cesárea, que según el dicho de la parte quejosa no se le practicó a “A” en el Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, y que “B” presentó diversas afecciones en su salud al nacer, derivado de lo cual ha tenido que recibir atención médica especializada.

33. Respecto a la mala *praxis* reclamada por la parte quejosa, el Instituto Chihuahuense de Salud, al rendir el informe de ley requerido por este organismo, básicamente negó que se hubiera incurrido en alguna violación a derechos humanos, afirmando que la atención médica otorgada a “B”, había sido adecuada y oportuna, toda vez que la misma se prestó de manera constante y continua.

34. Para apoyar su planteamiento, la autoridad involucrada remitió a este organismo, entre otras documentales, el informe médico elaborado por el doctor José Juan Parra Rodríguez, en su calidad de director del Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, quien asentó que “B” no contaba con criterios completos de asfixia perinatal; sin embargo, se consideraba que su estado de salud era grave (visible en fojas 54 a 56).

35. A fin de dilucidar si en la atención médica brindada por la autoridad involucrada se actualizó alguna violación a derechos humanos, en virtud de tratarse de hechos que requieren conocimientos especializados en materia de salud para su estudio, este organismo solicitó a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua, la emisión de un dictamen respecto a la atención médica otorgada a “A” y “B”, en el Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, con base en el expediente clínico de la quejosa, que ya obraba en esa Comisión, con motivo de la queja presentada con anterioridad por “A”.

36. Ante ello, la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Chihuahua emitió el dictamen médico institucional 025/2019, cuyas conclusiones han quedado transcritas en el párrafo número 6.1 de la presente resolución. Del referido dictamen médico se desprende el análisis cronológico respecto de la atención médica brindada

a "A" y a "B", desde su ingreso al Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, tal como sigue:

37. "A", de 30 años de edad, quien cursaba la evolución de su primer embarazo, estuvo recibiendo control prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar número 23 en Hidalgo del Parral, pues contaba con un seguro médico facultativo. (Foja 72).

38. Durante el tercer trimestre de su embarazo, por valoración ginecológica realizada por la doctora "E", se le hizo saber que presentaba una pelvis límite, por lo que se le iniciaría la programación de una intervención cesárea. Al empezar los trámites para programar el procedimiento quirúrgico, se enteró que el tipo de seguro médico que poseía no cubría la intervención quirúrgica, por lo que decidió acudir a otra institución médica. (Fojas 72 a 73).

39. Acudió al Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral para continuar con su atención médica, como población abierta, y fue atendida en dos ocasiones por médicos ginec obstetras de dicha institución en la consulta externa, que a decir de "A", desestimaron el contenido del documento que ella les presentó respecto a la necesidad de realizar la operación cesárea. (Foja 73).

40. En la madrugada del 02 de octubre de 2018, "A" empezó a presentar dolores de parto, siendo hasta las 09:05 horas que acudió al área de urgencias del Hospital de Ginec Obstetricia, recibiendo atención por parte del doctor "S", médico general, quien la dio de alta con cita abierta a urgencias, explicó los signos de alarma y solicitó la realización de un registro cardiotocográfico. (Foja 73).

41. La paciente regresó el mismo día a las 15:28 horas, siendo ingresada por el doctor "J", médico general, quien solicitó su internamiento al área de partos, e indicó la vigilancia del trabajo de parto en el partograma. (Foja 73).

42. El 03 de octubre de 2018, hasta las 02:32 horas, se realizó la nota post parto, la cual registra el nacimiento de "B" a las 23:13 horas, con un peso de 3,490 gramos, talla de 56 centímetros, *Capput Succedáneum* y Apgar 2-3, el cual fue atendido por pediatría e ingresado al área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnóstico de asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico isquémica moderada y riesgo de sepsis. (Foja 73).

43. Del análisis del expediente clínico, es de señalar que en la revisión que se le realizó a la paciente el día 02 de octubre de 2018, a las 09:05 horas, en el área de urgencias, se detectó que "A" estaba en trabajo de parto en fase latente; es decir, cérvix con tres centímetros de dilatación, formado y frecuencia cardíaca fetal de 138 latidos por minuto. Además, la medida del fondo uterino era de 35 centímetros en ese momento, lo cual hace inferir una desproporción céfalo pélvica, ya que el promedio suele ser de 33 centímetros. (Fojas 117 a 118).

44. En esa misma revisión se le realizó un registro cardiotocográfico que mostró: frecuencia cardiaca fetal basal de 140 latidos por minuto con cinco oscilaciones por minuto, con una variabilidad de 4 a 8 latidos por minuto; no se observan ascensos, pero sí un descenso de 20 latidos por debajo de la basal; lo cual concluye el registro cardiotocográfico como no reactivo, lo que significa sugestivo de baja reserva placentaria. En otras palabras, datos de sufrimiento fetal agudo. (Foja 118).

45. Por ello, la indicación adecuada en ese momento debió ser hospitalizar a la paciente para tenerla en observación y realizar registro cardiotocográfico estresante para confirmar o descartar la baja reserva placentaria; sin embargo, el estudio requerido no se realizó. (Foja 118).

46. Contrario a lo que debió haberse hecho, la paciente fue enviada a su domicilio con indicaciones de volver en caso de que aumentaran las contracciones en frecuencia y duración, presencia de sangrado vaginal o presencia de salida de liquido amniótico; y con cita en dos a tres horas para revaloración. Dicha nota fue firmada por el doctor "S", médico general. (Foja 118).

47. En la nota médica del 02 de octubre de 2018, a las 15:28 horas, se asentó el ingreso de la paciente al servicio de urgencias con diagnóstico de embarazo de 39.5 semanas más trabajo de parto en fase activa, frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, movimientos fetales esporádicos; al tacto vaginal cérvix central con 7 centímetros de dilatación, 80% de borramiento y producto en primer plano, sin evidencia de ruptura de membranas. (Foja 118).

48. La paciente fue canalizada con solución Hartmann 500 cc para carga rápida y solución glucosada al 5 %, 500 cc para mantener vena permeable; sin embargo, la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto de Embarazo de Bajo Riesgo IMSS-052-08 actualizada en 2014, señala que no es recomendable utilizar o administrar soluciones glucosadas a las pacientes en trabajo de parto por el riesgo de hiponatremia. (Foja 118).

49. "A" permaneció en el área de urgencias durante al menos cuatro horas sin ser valorada por un médico especialista en ginecología y obstetricia hasta el momento en que se le encontró con dilatación y borramiento completos, cuando fue trasladada al área de expulsión. Durante ese tiempo la paciente no fue revisada periódicamente como lo marcan la Guía de Práctica Clínica previamente señalada, y 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 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. (Fojas 118 a 119).

50. La hoja de partograma que se encuentra en el expediente clínico a nombre de la paciente, de fecha 02 de octubre de 2018, a las 15:15 horas, señala que la

paciente inició con trabajo de parto en esa misma fecha a las 02:00 horas. En ese momento se le encontró con una frecuencia cardiaca fetal de 138 por minuto, cérvix con 7 centímetros de dilatación y 80% de borramiento, producto cefálico en primer plano. (Foja 119).

51. La siguiente revisión de la paciente fue a las 17:00 horas, momento en que continuaba con una dilatación de 7 a 8 centímetros y producto en primer plano; lo cual indica una distocia de la contracción. La siguiente revisión fue a las 19:00 horas, cuando se le detectaron a la paciente cinco contracciones en diez minutos, con un tono de tres cruces, frecuencia cardiaca fetal de 157 por minuto, cérvix con 10 centímetros de dilatación y 100% de borramiento. (Foja 119).

52. A las 19:30 horas se hizo otra revisión en la cual se encontraron tres contracciones en diez minutos con un tono de tres cruces, frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, cérvix con dilatación de 10 centímetros y borramiento del 100 %. (Foja 119).

53. Es de señalar que la paciente fue canalizada con una solución glucosada al 5 %, 500 cc, más 5 unidades de oxitocina. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica menciona que si la paciente ya está con dilatación, borramiento completo y actividad uterina regular no se debe administrar oxitocina. Esta última revisión está firmada por la enfermera "V" y no por un médico como es el caso de las revisiones previas que fueron firmadas por el doctor "J". (Foja 119).

54. Del análisis del expediente clínico, se detectó que las revisiones realizadas a la paciente no se llevaron a cabo como lo marca la Guía de Práctica Clínica previamente mencionada, ya que tanto la guía como la Norma Oficial Mexicana 007 señalan que una vez que la paciente está en trabajo de parto en fase activa, la frecuencia cardiaca fetal se debe de revisar como mínimo cada 30 minutos y las condiciones del cérvix cada dos horas, no apareciendo más revisiones subsecuentes en el partograma analizado hasta la hoja de atención del parto. (Foja 119).

55. De la hoja de atención del parto, fechada el 02 de octubre de 2018, a las 22:13 horas, la cual se encuentra con deficiencias en su llenado al no registrar la totalidad de la información médica relevante a la atención de la paciente. Este documento señala como hora del nacimiento del producto las 22:13 horas, siendo éste un producto masculino, único, vivo, con Apgar 213 y un peso de 3,490 gramos. En este documento señalan que el parto fue eutócico, lo cual no fue así, toda vez que la paciente estuvo con un periodo expulsivo prolongado, es decir, mayor de tres horas, lo que se traduce en un parto distócico. (Fojas 119 a 120).

56. Es de señalar que sólo se revisó la frecuencia cardiaca fetal a las 21:15 horas, es decir dos horas con quince minutos después que terminó el primer periodo del trabajo de parto. (Foja 120).

57. La Guía de Práctica Clínica, la literatura internacional y la Norma Oficial Mexicana aplicable, señalan que la revisión de la frecuencia cardiaca fetal durante el segundo periodo del trabajo de parto debe ser cada 15 minutos o aplicar monitoreo electrónico continuo con un aparato de registro cardiotocográfico, que estaba en ese momento disponible, ya que en el expediente clínico se presenta un fragmento de un registro cardiotocográfico con los datos de la paciente escritos a mano: ““A” 2 oct 18, 21.15 hrs”. (Sic). El equipo cardiotocográfico marca en automático fecha y hora, siendo en este caso 03 de julio de 2018, a las 20:30 horas. Esto se puede derivar de una mala calibración del aparato; sin embargo, no se cuenta con más información para aseverar o negar lo señalado. (Foja 120).

58. Este fragmento de registro cardiotocográfico se considera insuficiente para una adecuada valoración del bienestar fetal, ya que solamente se encuentra el registro de cinco minutos y dos contracciones, siendo necesario para una adecuada valoración el registro del tiempo necesario en que se presenten diez contracciones uterinas. Aún y cuando este fragmento se considera insuficiente, es notoria la presencia de un descenso de la frecuencia cardiaca fetal considerada "tipo tardío o Dip II" que obligaba a la enfermera “W” a completar el estudio para descartar una hipoxia fetal; sin embargo, la realización e interpretación de dicho estudio es responsabilidad del médico especialista en ginecología y obstetricia. (Foja 120).

59. En la hoja de cuneros, realizada el 02 de octubre de 2018, registrada a las 22:13 horas, y que se refiere a la valoración médica del recién nacido, se registra que presentó un Apgar al minuto de 2, sin registrar el Apgar a los 5 minutos, y se indicó un reflejo de moro ausente; en esta hoja de registro, en el apartado referente a los responsables de la atención del parto y del recién nacido, se registra como obstetra al doctor “D”, siendo la primera ocasión que se menciona su nombre dentro de este expediente clínico; asimismo, se señala la atención que brindó la doctora “Y” al menor (quien lo siguió atendiendo en la UCIN) y la enfermera “P”, quien probablemente era la encargada del área de cuneros durante esa noche. (Fojas 120 a 121).

60. Por último, en la nota médica de ingreso a UCIN de fecha 03 de octubre de 2018, realizada por la doctora “Y” a la 01:38, menciona que reciben a paciente sin esfuerzo respiratorio, producto de un “parto eutócico”, sin alteraciones previas aparentes (registro cardiotocográfico normal), con hipoxia generalizada, frecuencia cardiaca mayor a 100 y cianosis generalizada con un Apgar al nacer de 2/3/4, gasometría venosa de cordón umbilical con un pH de 7.3, CO₂ de 25, O₂ de 57, bicarbonato de 10.8, exceso de base menos 16.7 y ácido láctico 11.46. Se establece un diagnóstico de recién nacido a término de 39 semanas de gestación, asfisia perinatal, encefalopatía hipóxico isquémica moderada más riesgo de sepsis; con pronóstico malo para la vida y para la función. (Foja 121).

61. Así, se concluyó en el dictamen médico institucional, que en la atención médica otorgada a “A”, 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.

62. Por último, respecto al señalamiento de la parte quejosa, en cuanto a que el día del parto de “A” hubiera habido una fiesta de despedida de los doctores próximos a jubilarse y que por ello la atención médica prestada a la impetrante hubiera sido deficiente, o que un enfermero hubiera tratado de apretarle el estómago a la quejosa para realizarle la “maniobra de Kristeller”, la cual ha sido desaconsejada por la *lex artis* médica, no obra en el sumario evidencia tendiente a demostrarlo, por lo que no se pueden tener por acreditadas tales afirmaciones.

63. Sin embargo, en el caso concreto sí se tiene por acreditado que, el personal médico debió observar una serie de procedimientos ya descritos con antelación, que inciden en 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.

64. Según la conclusión octava del dictamen médico institucional número 025/2019, las omisiones en la vigilancia y atención del parto distócico antes señaladas, tuvieron como consecuencia la afectación del recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal y encefalopatía hipóxico isquémica que pudo haberse evitado con una adecuada valoración desde la primera atención de la paciente con el registro cardiográfico realizado a las 09:05 de la mañana del día 02 de octubre de 2018.

65. Es decir, que al no haber brindado a la quejosa un seguimiento estrecho desde que inició el trabajo de parto, habiéndole administrado sustancias contraviniendo la *lex artis* médica, y al no haberle practicado la cesárea que le había sido prescrita desde tiempo atrás por una médica de otra institución, el personal médico que intervino en su atención incurrió en una *mala praxis*, que incidió en las afectaciones que sufrió “B” en su salud.

66. Consecuentemente, 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 “A” y “B”, según los argumentos antes esgrimidos.

67. 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.⁴

68. 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”*.⁵

69. 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.”*

70. 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.⁶

71. 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 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,⁷ 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.

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

73. 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.⁸

⁴ Ídem.

⁵ <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>, consultada el 23 de julio de 2020, a las 15:29.

⁶ <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.

⁷ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación 34/2020, del 31 de agosto de 2020, párr. 79.

⁸ 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>

74. 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.⁹

75. 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.¹⁰

76. 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.¹¹

77. 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.

78. 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*”.

79. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas en su Recomendación General 24, 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.

80. 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

⁹ *Ibidem*, p. 235.

¹⁰ *Ibidem*, p. 328.

¹¹ *Ibidem*, p. 404

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,¹² tal como ocurrió en el caso en resolución.

Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

81. Tomando en consideración las circunstancias en que ocurrieron los hechos, y los factores de vulnerabilidad en que se encontraba “A” al momento de los mismos, 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.¹³

82. 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.

83. 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.¹⁴

84. 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 género, y tiene relación: *“con un modelo biomédico que desestima los elementos*

¹² 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.

¹³ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Protocolo para juzgar con perspectiva de género. Noviembre de 2015, p. 62.

¹⁴ Ley Estatal de Salud, artículo 67, fracción I.

emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos".¹⁵

85. 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 médica¹⁶, 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"*.

86. 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"*¹⁷, y enlista una serie de actos constitutivos de violencia obstétrica, entre los que se encuentra: *"no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas"*.¹⁸

87. 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 (...)"*.

88. 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 les 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ El subrayado no es original.

¹⁷ 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>

¹⁸ Ídem.

89. 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.¹⁹

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

91. 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.

92. 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 su protección a la salud y la de su hijo, tal y como se ha descrito en la presente recomendación.

93. En ese orden de ideas, este organismo considera que, el personal médico adscrito al Hospital de Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral que omitió atender debidamente a “A”, 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,

¹⁹ 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.

también es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en perjuicio de la misma.

Derecho de acceso a la información.

94. 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*”²⁰ 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 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*”.²¹

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

96. 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.²²

97. 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.²³

²⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Claude Reyes vs. Chile*, sentencia del 19 de septiembre de 2006, párr. 92.

²¹ *Ibidem*, párr.86.

²² Observación general N° 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.

²³ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación 33/2016, párr. 115.

98. 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.

99. 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 “A”, lo cual transgrede las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

100. 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”*.²⁴

101. 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.

102. 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 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.”*

103. 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 “A” en materia de salud, por los hechos mencionados anteriormente.

²⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Sentencia del 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

IV.- RESPONSABILIDAD :

104. 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 Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, a saber, los doctores “S” y “J”, las enfermeras “V” y “W”, tomando en cuenta las conclusiones establecidas en el dictamen médico institucional número 025/2019 emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico, transcritas en la evidencia marcada con el número 6.1, y quienes resulten responsables, que incurrieron en una mala *praxis* médica en perjuicio de “A” y “B”, y contravinieron las obligaciones establecidas en los artículos 7, fracción I, V, VII, IX y 49 fracción I y VI de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén que las personas servidoras públicas 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 lo 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.

105. 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 Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, con motivo de los hechos antes acreditados.

V.- REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO :

106. 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.

107. 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, 4, 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”, “B” y “C”, este último como víctima indirecta, 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.

108. 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).

109. En el presente caso, la autoridad responsable deberá cubrir los gastos erogados y por erogar para la atención multidisciplinaria que requiera “B” con motivo de las afectaciones sufridas a consecuencia de las violaciones a derechos humanos acreditadas en la presente resolución.

110. Lo anterior, tomando en cuenta que 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.²⁵

b.- Medidas de rehabilitación.

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

112. Para esta finalidad, la autoridad deberá garantizar a “B”, la atención médica que requiera para alcanzar el máximo grado de rehabilitación posible respecto de las

²⁵ 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.

afectaciones sufridas a causa de la violación a su derecho humano a la salud antes acreditada.

113. Asimismo, previo consentimiento de “A” y “C”, este último como víctima indirecta, la autoridad deberá garantizarles a través de personal profesional especializado, la atención psicológica que requieran con motivo de los hechos materia de la presente resolución.

c.- Medidas de satisfacción.

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

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

116. De las constancias que obran en el sumario, se desprende el inicio de una investigación de presunta responsabilidad administrativa con motivo de los hechos que nos ocupan. En ese sentido, la autoridad deberá colaborar con la Secretaría de la Función Pública 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 Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, cuyos actos u omisiones se tradujeron en violaciones a los derechos humanos de “A” y “B”, y en su caso, se impongan las sanciones que correspondan.

117. Como parte de esa colaboración, la autoridad deberá hacer del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública la emisión de la presente recomendación.

d.- Medidas de no repetición:

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

119. En ese sentido, la autoridad deberá implementar programas de capacitación continua dirigidos a la totalidad de personal médico del Hospital de Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, en materia de derechos humanos, mala praxis médica, prevención de la violencia obstétrica e integración de los expedientes clínicos.

120. Asimismo, deberán adoptarse las medidas necesarias para garantizar que en el Hospital de Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, todos los partos sean atendidos por personal médico especializado.

121. 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 y director general del Instituto Chihuahuense de Salud, para los efectos que más adelante se precisan.

122. 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" y "B", 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.- RECOMENDACIONES :

A usted **licenciado Eduardo Fernández Herrera, Secretario de Salud y Director General del Instituto Chihuahuense de Salud:**

PRIMERA: Se colabore con la Secretaría de la Función Pública 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 Ginecobstetricia en Hidalgo del Parral, cuyos actos y omisiones se tradujeron en violaciones a los derechos humanos de "A" y "B", tomando en consideración las evidencias y razonamientos esgrimidos en la presente resolución y, en su caso, se impongan las sanciones que correspondan. Para este efecto, como parte de este punto recomendatorio deberá hacerse del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública la emisión de la presente recomendación en un plazo que no exceda de 10 días hábiles contados a partir del día siguiente a la aceptación de la misma.

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

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.

C U A R T A : 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 Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, en materia de derechos humanos, mala praxis médica, prevención de la violencia obstétrica e integración de los expedientes clínicos; y se garantice que en lo subsecuente, en el Hospital de Ginec Obstetricia en Hidalgo del Parral, todos los partos sean atendidos por personal médico especializado.

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 divulga en la gaceta de este organismo, y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto a una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de que se inicien las investigaciones que procedan 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 trate.

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 personas servidoras públicas ante la sociedad.

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

En todo caso, una vez recibida la recomendación, la autoridad o persona servidora pública de que se trate, informará dentro de los 15 días hábiles siguientes a su notificación, si se acepta. Entregará en su caso, en otros 15 días adicionales, las pruebas correspondientes de que se 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 y 44 de la multireferida Ley, que funde, motive y haga pública su negativa. No dudando de su buena disposición para que la presente 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.

*maso