

No. 51/2021

Síntesis: Ciudadana acude a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, haciendo del conocimiento que la posible violación a derechos humanos en contra de su hermana, debido a malas prácticas por parte de personal de la Secretaría de Salud, que presuntamente llevaron, lamentablemente, a que su hermana perdiera la vida.

Luego de las investigaciones ejercitadas por esta CEDH, se desprenden evidencias para considerar violados los derechos fundamentales de "B", específicamente los derechos a la protección de la salud y a la vida libre de violencia obstétrica.

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

“2021, Año de las Culturas del Norte”

Oficio No. CEDH: 1s.1.194/2021

Expediente No. CMC-18/2019

RECOMENDACIÓN No. CEDH: 5s.1.051/2021

Visitador ponente: Lic. Ramón Felipe Acosta Quintana

Chihuahua, Chih., a 31 de diciembre de 2021

DR. FELIPE FERNANDO SANDOVAL MAGALLANES

SECRETARIO DE SALUD

PRESENTE.-

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en relación a la queja presentada por “A”¹, radicada bajo el número de expediente **CMC-18/2019**, con motivo de actos u omisiones que consideró violatorios a los derechos humanos de “B”; de conformidad con lo previsto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4, párrafo tercero, apartado 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

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 3, fracción XXI, 68, fracción VI y 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; 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, y demás aplicables, así como de conformidad al Acuerdo de Clasificación de Información, que obra dentro del expediente de queja en resolución.

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en relación a la queja presentada por “A”¹, radicada bajo el número de expediente **CMC-18/2019**, con motivo de actos u omisiones que consideró violatorios a los derechos humanos de “B”; de conformidad con lo previsto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4, párrafo tercero, apartado 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 de su Reglamento Interno, se procede a resolver lo conducente según el estudio de los siguientes:

I.- ANTECEDENTES:

1. En fecha 01 de marzo de 2019, se recibió en este organismo derecho humanista el escrito que contenía la queja interpuesta por “A”, en la que se señalaron diversos actos y omisiones que consideró violatorios de los derechos humanos de “B” en la forma siguiente:

“...El día 02 de julio de 2018, mi hermana “B”, de 16 años de edad, acudió al centro de salud que se ubica en la colonia Lázaro Cárdenas, en el municipio de Meoqui, Chihuahua, ya que era derechohabiente del Seguro Popular con número de folio “Ñ”, ella contaba con 37 semanas de gestación, la doctora que se encontraba ahí le dijo que no se le escuchaba el corazón a su bebé, que se dirigiera al Hospital Regional, en Delicias,

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 3, fracción XXI, 68, fracción VI y 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; 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, y demás aplicables, así como de conformidad al Acuerdo de Clasificación de Información, que obra dentro del expediente de queja en resolución.

Chihuahua, al llegar a dicho hospital eran alrededor de las doce del mediodía, le hicieron un ultrasonido y vieron que el corazón de su bebé no se escuchaba, le dijeron que su bebé ya estaba muerto, de ahí la mandaron a Toco² aproximadamente a las dos de la tarde, ahí le dijeron a mi mamá “C”, que el bebé pesaba dos kilos quinientos gramos, le dijeron que a pesar de que el bebé estaba muerto tenía que nacer por parto normal, por lo que le pusieron medicamento a mi hermana para que dilatara, permaneció ahí desde las dos de la tarde de ese día 02 hasta el día 04 de julio de 2018, la pasaron a quirófano y le hablaron a mi mamá “C” para que firmara el consentimiento para realizarle la cesárea, ya mi hermana estaba morada por la labor de parto y gritaba que ya no podía, que estaba cansada, ahí mismo la doctora “D” la operó y nos dijo que ya habían puesto durante cuarenta minutos de todas las formas a mi hermana para que tuviera el bebé por parto natural, pero que no había salido completo, solo se le veía su cabeza, que por lo tanto iba a sacarlo en partes, la cabeza por su vagina y el resto de su cuerpo por el estómago. Pero al practicarle la cesárea sacaron al bebé completo, de ahí la pasó a terapia intensiva, permaneciendo por otros tres días, la doctora “D” nos dijo que ella se iba a recuperar, posteriormente la pasaron a cuarto y ahí permaneció siete días y la dieron de alta aproximadamente el día 10 de julio de 2018, a las 13:00 horas.

El día 13 de julio de 2018, mi hermana tuvo un ataque de pánico, ya que le dio un dolor en el costado izquierdo del estómago y estaba muy inflamada.

El día 17 de julio de 2018, llevamos a consulta a mi hermana “B” con la doctora “D” y mi hermana le dijo que traía un dolor en el costado izquierdo del estómago y estaba muy inflamada, ella le dio un papel para que fuera a

² Espacio físico en donde se vigila la evolución de las pacientes embarazadas que se encuentran en trabajo de parto.

apartar cita a psicología, ya que también le mencionó que era solo un problema psicológico y le volvió a dar cita el día 24 de julio de 2018, pero mi hermana seguía inflamada, el dolor era cada vez más intenso y su piel estaba amarilla.

El día 24 de julio de 2018, le tocaba cita con la doctora “D”, pero no la llevamos porque ella estaba tratando su inflamación y malestares como algo psicológico, motivo por el cual la llevamos a consulta con el médico particular “E”, al revisarla dicho médico nos informó que traía líquido en su cuerpo y de inmediato nos mandó a que la internáramos en el Hospital Regional, le hicieron unos estudios y le sacaron radiografías.

El día 25 de julio de 2018, le hicieron una tomografía y otras radiografías, y ese mismo día la metieron a cirugía, como a las cinco de la tarde, la operó el doctor “F” y a las seis y media de la tarde nos dijo dicho médico que le había quitado el útero, la matriz y un ovario, que además la había dejado abierta para realizarle un lavado quirúrgico, de ahí la pasaron a terapia intensiva y permaneció en esa área hasta el día 28 de julio de 2018.

El día 31 de julio de 2018, le dijeron a mi mamá que le tenían que hacer otra cirugía a mi hermana, ya que tenía el intestino perforado, pero ya no pudieron operarla ese día ya que falleció a las siete y media de la tarde.

El día 01 de agosto de 2018, se llevaron a mi hermana a la ciudad de Chihuahua para practicarle la necropsia por parte del personal del Servicio Médico Forense...”. (Sic).

2. En fecha 28 de junio de 2019 se recibió el oficio número ICHS-JUR-930/2019, signado por parte del licenciado Juan de Dios Edwin García Fernández, encargado

del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de la Salud, en el cual manifestó lo siguiente:

“...CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS Y MOTIVACIONES DE LOS ACTOS U OMISIONES.

PRIMERO.- Visto el contenido de la queja, 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 a su hermana “B”, fue adecuada y oportuna toda vez que la atención médica que se le brindó fue de una manera constante y continua, se encuentran debidamente sustentados en las notas médicas que obran en el expediente clínico, y las mismas son congruentes conforme a lo que establece la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, la cual manifiesta lo siguiente:

“El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo”.

“De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se

registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad”.

4.- Definiciones

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

4.1.- Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

4.2.- Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.3.- Establecimiento para la atención médica, a todo aquel, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.

4.4.- Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer

los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

4.5.- Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.

4.6.- Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

4.7.- Paciente, a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

4.8.- Pronóstico, al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.

4.9.- Referencia-contrareferencia, al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

4.12.- Usuario, a toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

5.- Generalidades

5.1.- Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a

integrar y conservar el expediente clínico, los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.2.- Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1.- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

5.2.2.- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

5.2.3.- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y

5.2.4.- Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.3.- El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

5.7.- En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, ateniendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.8.- *Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.*

5.9.- *Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.*

5.10.- *Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.*

5.11.- *Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras, ni tachaduras y conservarse en buen estado.*

Por lo que se observa, una vez analizado el expediente clínico de “A”, con base en la normatividad que rige los elementos indispensables del expediente clínico, se observa que se cumplió a cabalidad lo requerido por dicha norma, motivo por el cual se confirma y constata su debido cumplimiento, lo anterior con base en lo antes señalado.

CAPÍTULO III

EXISTENCIA DE LOS ACTOS U OMISIONES

Por lo expuesto líneas arriba se considera que no existen actos u omisiones que hubiesen perturbado, agredido o violentado en sus derechos humanos fundamentales de la quejosa “A” y su hermana “B”, en virtud de que:

En ningún momento se le negó la atención médica.

En ningún momento se le practicó algún tratamiento que no estuviese debidamente autorizado.

Los diagnósticos fueron oportunos, así como la resolución que ameritaba en ese momento.

Por lo que el derecho fundamental y el derecho de protección a la salud de lo cual se queja la impetrante hacia su hermana, nunca se suspendió ni fue vulnerado.

CAPÍTULO IV

MATERIAL PROBATORIO

Para acreditar los hechos manifestados en el cuerpo del presente escrito me permito ofrecer los siguientes medios de convicción:

1.- Las documentales consistentes en:

A).- Informe médico elaborado por el doctor "I", en su calidad de director del Hospital Regional de ciudad Delicias, Chihuahua y del doctor "F", en su calidad de cirujano general, así como informe de "J", supervisor de enfermería del turno vespertino.

B).- Copia del expediente clínico de "B".

Por lo anteriormente expuesto y fundado a esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, solicito:

PRIMERO.- Con este escrito, copias y anexos que acompaño se me tenga dando cumplimiento a su oficio CMC-47/2019, solicitud realizada por esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, manifestando además que sí es de nuestro interés el iniciar algún proceso de conciliación con la parte quejosa, para lo cual solicito sea fijada fecha y hora para tal efecto.

SEGUNDO.- Se me reconozca la personalidad que ostento, se me tenga señalando domicilio procesal y autorizando para oír y recibir notificaciones a los profesionistas de mérito señalados en el proemio del presente curso.

TERCERO.- Se me tenga ofreciendo medios de convicción considerándolos desahogados por su propia naturaleza.

CUARTO.- previos los trámites de ley, díctese la resolución respectiva en el sentido de no existir violación alguna a los derechos fundamentales de los cuales manifiesta la impetrante, de su menor hermana...". (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, indicios o evidencias que permitieran demostrar la verdad sobre los hechos planteados, lográndose recabar las siguientes:

II.- EVIDENCIAS:

4.- Escrito de queja de "A", recibido en este organismo derecho humanista el día 01 de marzo de 2019, mismo que ya fue transcrito en el párrafo 1 de la presente determinación. (Fojas 1 a 3).

5.- Copia simple de la carpeta de investigación registrada bajo el número único de caso "HH", de fecha 01 de agosto de 2018, tramitada ante la Unidad Especializada en Delitos contra la Vida y contra la Integridad Física y Daños de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, iniciada por los hechos en donde perdiera la vida "B". (Visible en fojas 5 a 313).

6.- Oficio número ICHS-JUR-930/2019 de fecha 28 de junio de 2019, signado por el licenciado Juan de Dios Edwin García Fernández, encargado del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud, mediante el cual rindió el informe de ley, mismo que ha quedado transcrito en el párrafo 2 de la presente determinación. (Fojas 319 a 330).

7.- Acta circunstanciada de fecha 05 de agosto de 2019, mediante la cual se asentó la comparecencia de "A", quien manifestó su inconformidad con el contenido del informe que rindió el licenciado Juan de Dios Edwin García Fernández, encargado del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de la Salud. (Visible en foja 332).

8.- Oficio número CMC-200/2019 de fecha 21 de enero de 2020, el cual fue dirigido en vía de colaboración por parte de este organismo derecho humanista a la doctora Nora Ileana Villa Baca, comisionada de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Chihuahua, a fin de que tuviese a bien emitir un dictamen médico institucional relativo al expediente clínico de "B". (Fojas 334 y 335).

9.- Oficio número COCAM-CHIH/060/2021, de fecha 27 de agosto de 2021, signado por la doctora Nora Ileana Villa Baca, comisionada de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Chihuahua, por medio del cual en vía de colaboración remitió el dictamen médico institucional radicado bajo el expediente

número: COCAM-CHIH./002/2020, relativo a la atención médica que en vida recibiera "B" (Fojas 355 a 578).

III.- CONSIDERACIONES:

10.- 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.

11.- 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.

12.- 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.

13.- La controversia sometida a consideración de este organismo, estriba medularmente en el hecho de que según el dicho de la persona quejosa, el día 02 de julio de 2018, siendo las 12:00 horas, “B”, acudió al Hospital Regional de Delicias, por indicaciones de la doctora que la atendió previamente en el centro de salud situado en la localidad de Lázaro Cárdenas, de la municipalidad de Meoqui, debido a que “B” (de 16 años de edad), contaba con 37 semanas de gestación, por lo que al revisarla la galena en comento, se percató de que el corazón de su bebé no se escuchaba, motivo por el cual en el primer nosocomio en cita, le practicaron un ultrasonido, observando que efectivamente el corazón de su bebé no se escuchaba, de tal manera que le hicieron de su conocimiento que se encontraba sin vida; posteriormente, fue ingresada al área de Toco, a fin de suministrarle medicamento para que dilatara, ya que el bebé tenía que nacer por parto natural, por ende, hasta el día 04 de ese mismo mes y año, fue transferida al área de quirófano, empero, debido a diversas complicaciones, le fue practicada una cesárea, “B” fue trasladada al área de terapia intensiva y finalmente fue dada de alta el día 10 de julio de 2018, a las 13:00 horas. Poco tiempo después, es decir, en fecha 13 de julio de 2018, “B”, comenzó a sentir un dolor en el costado izquierdo del estómago y estaba muy inflamada, por lo que el 17 de julio de 2018, acudió a consulta con la doctora “D”, no obteniendo una atención médica adecuada, continuando el dolor en esa zona corporal, de tal manera que en fecha 24 de julio de 2018, tuvo que ser internada nuevamente en el Hospital Regional de mérito, donde le practicaron varios estudios, le realizaron diversas radiografías y una tomografía, para meterla a cirugía con el doctor “F”, quien le terminó extirpando el útero, la matriz, un ovario y le realizó un lavado quirúrgico, para posteriormente pasarla al área de terapia intensiva, esto, hasta el día 28 de julio de 2018. Por último, en fecha 31 de julio de 2018, le fue informado a la progenitora de “B”, que, a ésta, le tenían que practicar otra cirugía,

dado que tenía el intestino perforado, pero, ya no pudieron operarla porque ese día falleció a las 19:30 horas, a consecuencia de lo cual, consideró “A”, que su hermana “B” fue víctima de negligencia médica.

14.- En ese sentido, se advierten por parte de este organismo, posibles violaciones a los derechos humanos de quien en vida llevara el nombre de “B”.

15.- Para una mejor comprensión de los derechos humanos presuntamente violados por la autoridad y personas servidoras públicas inmiscuidas, a continuación, se hará un análisis por separado de cada uno de éstos:

Derecho a la protección de la salud.

16.- Primeramente, toca analizar si los hechos reclamados por la parte quejosa, fueron constitutivos de alguna violación al derecho humano a la protección de la salud de “B”, a saber, si los actos u omisiones por parte del personal médico que intervino en la atención del parto de “B”, y en su atención posterior, se tradujeron en alguna *mala praxis* médica.

17.- 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*.

18.- 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.

19.- Para esclarecer los hechos materia de la queja presentada por “A”, este organismo se allegó de diversos indicios, tales como la carpeta de investigación registrada bajo el número de caso: “HH”, tramitada ante la Unidad Especializada en Delitos contra la Vida, contra la Integridad Física y Daños de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, dentro de la que obra la denuncia de “A”, en la que dio conocer las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos en donde perdiera la vida su hermana “B”, dicha carpeta de investigación contiene el expediente clínico de la primera hospitalización que recibió “B”, en donde obra el certificado de muerte fetal expedido por parte de la Secretaría de Salud; también contiene el expediente clínico de la segunda hospitalización que recibió “B”, dentro del cual obra la nota de evolución en la que se hizo constar su deceso. Ambas atenciones médicas fueron en el Hospital Regional de Delicias.

20.- Respecto a la *mala praxis* reclamada por la parte quejosa, el Instituto Chihuahuense de la Salud, al rendir el informe de ley requerido por este organismo, básicamente negó que se hubiera incurrido en alguna violación a derechos humanos, negando la existencia de actos u omisiones que hubiesen perturbado, agredido o violentado en sus derechos humanos fundamentales a la quejosa “A” y a su hermana “B”, en virtud de que en ningún momento se le negó la atención médica, ni se le practicó algún tratamiento que no estuviese debidamente autorizado, añadiendo que los diagnósticos fueron oportunos, así como las acciones que ameritaban en ese momento.

21.- Para apoyar su planteamiento, la autoridad involucrada remitió a este organismo, diversas documentales, de entre las cuales se destaca el informe médico elaborado por el doctor “I”, en su calidad de director del Hospital Regional de Delicias quien asentó que “B” siempre fue atendida en tiempo y forma, con la prontitud y calidez que el caso requería, y siempre se mantuvo al personal atento a la evolución de la paciente en las diferentes áreas donde fue atendida.

22.- 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 para el Estado de Chihuahua, la emisión de un dictamen médico institucional respecto a la atención médica otorgada a “B”, en el Hospital Regional de Delicias, con base en los expedientes clínicos de “B”, tanto de su primera hospitalización relativa al parto, así como de la segunda hospitalización.

23.- Ante ello, la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Chihuahua emitió el dictamen médico institucional número COCAM-CHIH./002/2020. Del referido dictamen médico se desprende el análisis cronológico respecto de la atención médica brindada a “B” desde su ingreso al Hospital Regional de Delicias, tal como sigue:

24.- “B” fue enviada al centro de salud rural, localizado en la comunidad de Lázaro Cárdenas, del municipio de Meoqui, Chihuahua, el día 02 de julio de 2018, donde fue atendida por la doctora “H”, según consta en la hoja de referencia correspondiente, la médica realizó diagnóstico de preeclampsia, sin embargo, también hizo notar otros factores de riesgo de la paciente como son: ser adolescente de 16 años de edad, diabética, primigesta, altura del fondo uterino de 38 centímetros de longitud, y ausencia de foco cardíaco fetal, atribuyendo esto último a una falla de su equipo Doppler fetal. Asimismo, anotó que encontró datos de glucosuria y glicemia elevada; así como iniciar tratamiento de infección de vías urinarias y aplicación de insulina, faltando indicar si estas dos últimas acciones se realizaron al momento de hacer la referencia de traslado o si fueron establecidas previamente el día 02 de julio de 2018. (Visible en foja 548).

25.- No obstante, existen, como ya se mencionó, ciertos datos como la edad de la paciente, el índice de masa corporal, y la diabetes mellitus que catalogan a este tipo de paciente como portadora de un embarazo de alto riesgo; por lo que estaba indicada su referencia al segundo nivel de atención desde el primer trimestre de su embarazo. Empero, no es posible determinar la calidad y cuidados recibidos durante el control prenatal en la localidad de Lázaro Cárdenas, municipio de Meoqui, por no contar con el correspondiente expediente clínico de la paciente para su estudio. (Visible en fojas 548 y 549).

26.- Posteriormente “B” recibió atención médica en el área de urgencias del Hospital Regional de ciudad Delicias, el día 02 de julio de 2018 a las 14:16 horas, según quedó registrado en la hoja de atención de urgencias, donde el médico “O” solicitó estudio ecosonográfico abdominal y anotó el resultado del mismo en los términos siguientes: *“Producto único vivo con dorso a la derecha, no motilidad fetal al momento del estudio. No datos de flujo de Doppler, no frecuencia cardíaca. Líquido en cantidad normal placenta grado II, somatometría de 35.5 semanas, peso aproximado 2600. Conclusión: óbito fetal”*. (Visible en foja 549).

27.- Con este resultado, el médico “O” estableció el diagnóstico de óbito fetal e indicó el ingreso de la paciente al área de tococirugía para ser valorada y atendida por ginecoobstetricia. La primera valoración por ginecoobstetricia fue realizada, según notas médicas, el día 02 de julio de 2018 a las 16:50 horas por parte del médico “M”, el ginecoobstetra “N” y el médico interno de pregrado de apellido “II”, quienes registran sus signos vitales como se muestra a continuación: *“TA 150/90 milímetros de mercurio medida de presión de la sangre, frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, temperatura 36 grados centígrados, y en sus indicaciones médicas señalan la aplicación de solución glucosada al 5% 100 cc + unidades internacionales de medida oxitocina a 20 gotas por minuto y vigilar actividad uterina”*. (Visible en fojas 549 y 550).

28.- Adicionalmente, en esta nota médica, se hace referencia a las Guías de Práctica Clínica GPC-IMSS-052-08: Guía de Práctica Clínica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único. Sin embargo, se encuentra que se omitió, por parte de estos profesionales llenar la hoja de control del trabajo de parto o partograma, el cual se considera elemento indispensable según la GPC-IMSS-052-08: Guía de Práctica Clínica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Parto 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. (Visible en foja 550).

29.- La Norma Oficial Mexicana, en su numeral 3.32 describe el partograma como la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes, con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad. Ya que este documento (partograma) permite detectar la progresión normal o alteraciones tempranas durante el trabajo de parto que indiquen la necesidad de la atención del parto por vía abdominal. (Visible en foja 551).

30.- También, estos profesionales omitieron la medición del fondo uterino y no tomaron en consideración la altura señalada por los médicos anteriores de 38 centímetros de altura sobre el borde superior del pubis. Esto es importante, ya que es posible calcular el peso probable del producto del embarazo a partir de la altura del fondo uterino, lo cual resulta ser más confiable que la obtenida mediante el estudio ultrasonográfico, el cual proporciona un 60% de certeza en sus resultados. En el ultrasonido se pierde la confiabilidad en las diferentes mediciones realizadas al producto debido a la pérdida de la actitud fetal, el cabalgamiento de los huesos craneales por la muerte y el edema del tejido celular subcutáneo, lo cual aumenta

el margen de error de este estudio para determinar el peso fetal. (Visible en foja 551).

31.- La siguiente nota médica realizada a la paciente, fue durante el turno nocturno, por parte del médico "P" y el médico interno de pregrado de apellido "I" a las 21:00 horas del día 02 de julio de 2018. En esta nota, los médicos a cargo de su atención registraron los signos vitales de la paciente en estos términos: *"TA 150/90 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, temperatura 36 grados centígrados"*. (Visible en foja 551).

32.- En dicha nota se observa que los signos son exactamente iguales a los registrados en el turno anterior, quedando en duda si efectivamente no hubo cambios en ellos, o se duplicó dicha información. En las indicaciones médicas realizadas en esta valoración, se agregó en ese momento la administración de medicamentos antihipertensivos del tipo de alfa, metil, dopa e hidralazina, considerando que si contaba con un diagnóstico de preeclampsia sin datos de severidad, la indicación de antihipertensivos debió realizarse desde su valoración previa a las 16:50 horas, ya que el uso de antihipertensivos desde su llegada no habría modificado los resultados de laboratorio, ni la condición del producto de su embarazo, pero sí habría favorecido el control adecuado de las cifras de tensión arterial evitando complicaciones propias de la hipertensión inducida por la gestación. (Visible en foja 552).

33.- Es de hacer notar, que en la nota del médico "P", en la cual indica 10mU/min de oxitocina, no describe el índice de Bishop, valoración importante en obstetricia para calcular el éxito de una inducción de trabajo de parto. La puntuación de Bishop es el método tradicional de determinar la disposición del cuello uterino para abrirse (dilatarse) antes de la inducción del trabajo de parto. También evalúa posición, el reblandecimiento y el acortamiento del cuello uterino,

así como la ubicación de la parte del feto que se presenta. El índice de Bishop se evalúa mediante la revisión digital del cuello uterino, y esta evaluación se anota en el partograma, y como parte de las valoraciones médicas, por lo que, al no estar presente en las notas, induce a pensar que a la paciente “B” no se le realizaron las valoraciones clínicas adecuadas durante su estancia hospitalaria. (Visible en foja 552).

34.- A las 07:30 horas del día siguiente, 03 de julio de 2018, se encuentra una nueva nota de evolución realizada a la paciente, donde se registra que ha iniciado con actividad uterina irregular, sin embargo, según las indicaciones médicas la administración de oxitocina para generar el trabajo de parto inició desde la tarde anterior, por lo que el partograma pudo haber dado información para tener una vigilancia adecuada del trabajo de parto de la paciente por una parte, y por otro lado, para determinar si la prueba de trabajo de parto fue adecuada o no, lo cual pudo determinar la decisión temprana de la interrupción del embarazo por vía abdominal y evitar de esta forma los hechos que se sucedieron posteriormente durante la atención de su trabajo de parto. Por otro lado, la GPC-IMSS-567-12: Guía de Práctica Clínica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único, establece que la interrupción del embarazo debe ser en la medida de lo posible por vía vaginal, sin embargo, también señala que se debe contar con la opinión de la paciente respecto a esta decisión. (Visible en fojas 552 y 553).

35.- Adicionalmente, en la nota comentada, firmada por el médico “Q” y la médica interna de pregrado “R”, se añade lo siguiente: *“Se comenta con la paciente de intentar parto vaginal y las posibles complicaciones”*. Asimismo, por debajo de la firma de los médicos se encuentra en letra manuscrita lo siguiente: *“...Se informa “C”, “S” (Firmas) ...”*. Lo cual es indicativo de que se les proporcionó tanto a la paciente como a sus familiares cercanos la información correspondiente

en ese momento a su padecimiento, centrándose en la atención del parto, sin mencionar la opción de la operación cesárea. (Visible en fojas 553 y 554).

36.- En las indicaciones médicas correspondientes a esta nota, los médicos continúan con la administración de oxitocina, alfa, metil, dopa e hidralazina, asimismo anotan: *“Vigilar frecuencia cardiaca fetal y trabajo de parto”*. Pero, tampoco se inicia el llenado del formato de partograma, el cual es el documento idóneo para la vigilancia del trabajo de parto. Por otro lado, la indicación de vigilar la frecuencia cardiaca fetal es indicativo de una forma de violencia obstétrica a sabiendas de que la paciente ya contaba con el diagnóstico de óbito fetal. Adicionalmente, esta anotación sugiere que las indicaciones médicas se plasman de manera rutinaria en el expediente sin individualizar la atención brindada a cada paciente. (Visible en foja 554).

37.- Existe una serie de indicaciones médicas a las 14:30 horas del día 03 de julio de 2018, firmadas por el médico “N” sin contar con nota médica que justifique las mismas, en las cuales se incrementa la dosis de oxitocina a 30mU por minuto y se agrega la administración de misoprostol en tabletas, una tableta por vía vaginal, una tableta en cada carrillo bucal y una tableta vía oral cada ocho horas, indicando una sobredosis de misoprostol, cuando la literatura internacional establecida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia señala una dosis de 25 microgramos por vía vaginal cada seis horas o 25 microgramos cada 2 horas; lo cual hace evidente la falta de prudencia en el manejo de dicho medicamento poniendo en riesgo la vida de la paciente, ya que el misoprostol incrementa la posibilidad de un desprendimiento prematuro de placenta, una ruptura uterina y la impactación del producto en el canal del parto, lo que ocasiona la dificultad o imposibilidad para el nacimiento por vía vaginal, que fue lo que se presentó posteriormente. (Visible en fojas 554 y 555).

38.- Por otra parte, el uso combinado de misoprostol con oxitocina está contraindicado, de acuerdo a la literatura utilizada para este análisis, ya que se reporta que los efectos mencionados en el párrafo anterior se ven potencializados; esto se traduce en una negligencia e imprudencia en el actuar del médico “N” que generó la serie de eventos que la doctora “D” tuvo que resolver durante la atención que brindó a la paciente “B”. (Visible en foja 555).

39.- A las 23:00 horas del día 03 de julio de 2018, se encuentran dos notas, una sin firma que indica que la paciente pasó a atención del parto y se encontraron con una distocia de hombros y se solicita cesárea urgente; y la siguiente nota identificada como preoperatoria, firmada por la doctora “D”, especialista en ginecología y obstetricia, la cual indica que al momento de que la paciente “B” presentó borramiento del 100% y dilatación cervical de 10 centímetros, la pasó para atención del parto, que se realizó ruptura del amnios con salida de meconio y episiotomía para ampliar el canal del parto, pero que se encuentra con signo de tortuga positivo, el cual es indicativo de una distocia de hombros, asimismo, la doctora “D”, anotó haber realizado diversas maniobras obstétricas de primero, segundo y tercer nivel para lograr la expulsión del producto del embarazo, como son la maniobra McRoberts, la maniobra Rubin, la maniobra Rubin II, un intento de fracturar las clavículas, la maniobra de Gaskin, todas sin éxito, por lo que realiza la maniobra de Zavanelli y solicitó una cesárea urgente. (Visible en foja 555).

40.- Tanto la doctora “T”, anesthesióloga y doctora “D”, ginecoobstetra, señalaron en sus notas de atención la activación del código mater (mecanismo de llamado al personal de equipo de respuesta inmediata obstétrica, para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación), asimismo, la ginecóloga “D” en su nota postquirúrgica, realizada a las 01:00 horas del día 04 de julio de 2018, registró lo siguiente: *“Previo protocolo de asepsia y antisepsia, bajo anestesia regional, se colocan campos estériles. Se realiza incisión quirúrgica, se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal. Se localiza*

útero, se diseca vejiga, se realiza incisión Kerr, se encuentra producto encajado, se rechaza producto vía vaginal, con dificultad a la extracción, se obtiene producto macerado, con ausencia de latido cardíaco, a las 23:37 sin pinza y corta cordón umbilical. Se atiende alumbramiento dirigido de placenta. Se verifica hemostasia sin encontrar sangrado activo. Se cubre herida quirúrgica, se colocan pierneras para cierre de episiorrafia. Accidentes y complicaciones: producto óbito macerado, con dificultad a la extracción. Pasa paciente estable a recuperación". (Visible en foja 556).

41.- Esta nota médica deja constancia del resultado de la combinación y dosificación de los medicamentos mencionados (oxitocina y misoprostol). La doctora "D" al ingreso de su turno le correspondió resolver el parto complicado de la paciente "B", es decir, que la paciente "B" se encontraba con un trabajo de parto distócico, el cual fue resuelto favorablemente por la doctora "D", de acuerdo a los protocolos establecidos por la literatura médica aplicable tanto nacional como internacional consultada para el análisis de este caso y elaboración de este documento. (Visible en fojas 556 y 557).

42.- El médico "U", de medicina interna, anotó el día 04 de julio de 2018 a las 07:00 horas que la paciente: *"Pasa directo a unidad de cuidados intensivos, sin valoración por médico de guardia, asimismo, registra en los signos vitales TA 109/65, frecuencia cardíaca 115 latidos por minuto, saturación 96%, y señala, por último: valoración alta en el siguiente turno".* (Visible en foja 557).

43.- Respecto a las anotaciones de este profesional, se observa que efectivamente no se cuenta con una nota de valoración de especialista en medicina interna o terapia intensiva al momento del ingreso de la paciente del quirófano a dicha sala, sin embargo, al tratarse de un código mater tanto la anesthesióloga, como la ginecoobstetra que atendieron a la paciente "B", podían solicitar su ingreso al área de terapia intensiva sin contar con una interconsulta o

valoración previa por parte del encargado de la unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, el citado galeno no hizo una nota donde plasmara haber realizado una evaluación integral de la paciente donde registrara esta información y el análisis clínico integral de la paciente “B”. (Visible en foja 557).

44.- La activación de un código mater es indicativo para las áreas críticas de un hospital para la atención de una mujer embarazada, en trabajo de parto o en el puerperio complicado, involucrando al banco de sangre, el laboratorio clínico, el quirófano, todo el personal de tococirugía y terapia intensiva, para lo cual existe un lineamiento técnico desde el año 2016 y que obliga al personal de las diversas áreas señaladas a estar actualizados en la aplicación de este protocolo. (Visible en foja 558).

45.- Por otro lado, la falta de nota de ingreso al área de terapia intensiva de la paciente “B”, después de la operación cesárea, pone de manifiesto la ausencia del profesional del turno nocturno que debió estar cubriendo en ese momento ese horario y que era el responsable de la recepción y manejo conjunto de la paciente con anestesiología, ginecología y obstetricia al tratarse de una paciente en código mater. (Visible en foja 558).

46.- La doctora “D” realizó una nota de evolución a la paciente “B” a las 09:00 horas del día 04 de julio de 2018, en la cual registró en su análisis que el evento obstétrico fue complicado, motivo de la activación del código mater. Señala que se realizó perfil toxémico donde se encontró: *“Gamma glutamil transferasa (prueba de laboratorio para determinar daño hepático crónico) 1044, probable por condiciones del producto, plaquetas normales, TGO ligeramente elevado, TGP normal, con descenso del hematocrito 26 anterior de 33 más de 1 gramo de hemoglobina. Presenta una buena evolución post quirúrgica con alto riesgo de complicación”*. (Visible en fojas 558 y 559).

47.- El doctor “V” indicó el alta de la paciente “B” del área de terapia intensiva a las 11:30 horas del día 04 de julio de 2018, mientras que su nota médica de valoración aparece realizada a las 13:50 horas del día 04 de julio de 2018 y registró los signos vitales: TA 107/48, frecuencia cardiaca 120, frecuencia respiratoria 18 x’, y “cardiopulmonar OK”. Sin embargo, es notorio, por los signos vitales que anotó, y los que se encuentran registrados en la nota de enfermería correspondiente a la fecha y turno, que la paciente presentaba hipotensión arterial y taquicardia, lo cual debió haber llamado su atención y hacer un análisis más profundo de dichos signos, así como plasmar dicho análisis en su nota médica, por tratarse de un área de terapia intensiva. (Visible en foja 559).

48.- La doctora “W” realizó una nota de valoración el día 04 de julio de 2018 a las 15:30 horas. Las notas de enfermería aclaran que la paciente egresó del área de terapia intensiva a las 15:00 horas del día 04 de julio de 2018, por lo que le correspondió a esta profesional realizar nota de ingreso de la paciente al piso de ginecología y obstetricia. Es importante que, en ese momento, la doctora “W” estableciera las condiciones en las cuales se recibió a la paciente en piso, ya que a partir de ese momento su manejo médico y evolución quedaron a cargo del personal de dicha área. En su nota médica la doctora “W” apuntó los resultados de laboratorio del día: *“03/07/2018: Hb: 9,8, HTO 36, plaquetas 223. Aspartato transferasa 39, alanino transferasa 66, deshidrogenasa láctica 657”*. (Visible en fojas 559 y 560).

49.- Lo anterior, solicitando laboratorios de control y vigilancia de la tensión arterial. En el expediente médico en estudio no se encontraron las indicaciones médicas correspondientes con dicha nota, lo cual se considera de suma importancia puesto que como la paciente cambió de un área hospitalaria, se debieron actualizar las indicaciones por el personal médico que recibió a la paciente. (Visible en foja 560).

50.- Al día siguiente, 05 de julio de 2018 a las 11:36 horas, la nota de evolución realizada por la doctora “D” reporta los signos vitales: *“TA 130/63, FC 83 lpm, FR 18 rpm, temperatura 36 grados centígrados”*. En la exploración física apunta: *“leve dolor de abdomen a la palpación media, en región de herida quirúrgica, útero se encuentra en normal involución, al momento se palpa a nivel de cicatriz umbilical, a la exploración vaginal se encuentra con loquios hemáticos escasos, sin fetidez, sin sangrado activo. Resultados de laboratorios 05/07/2018: con HB 7.7, Hto 22.9, plaquetas 220, deshidrogenasa láctica 893, TGO 35, TGP 43”*. Por lo que indica la transfusión de un paquete globular señalando la GPC reducción de la frecuencia de la operación cesárea IMSS 048 08 como referencia. (Visible en foja 560).

51.- Durante la tarde del día 05 de julio de 2018, se encuentran registradas a las 19:50 horas una serie de indicaciones donde señala que: *“Se suspende transfusión hasta normalizar temperatura (37 grados centígrados) paracetamol 1 gramo intravenoso, dosis única”*. (Visible en foja 561).

52.- Lo que hace suponer que se inició la transfusión del paquete globular indicado por la doctora “D” y que la paciente presentó una elevación de su temperatura corporal, la cual fue asociada como reacción a la transfusión sanguínea; sin embargo, no se cuenta con nota médica en relación con estas indicaciones y tampoco es legible el nombre del profesional médico que anotó dichas indicaciones. (Visible en foja 561).

53.- Para el día 06 de julio de 2018 a las 18:41 horas, el doctor “X” anotó que: *“Continúa con fiebre desde anoche, tegumentos pálidos ++, mamas muy congestivas, útero contraído, loquios escasos, herida limpia, resto sin datos de interés. Presenta mastitis puerperal. Signos: temperatura 38.7, TA 84/60, FR 18, FC 137”*. (Visible en foja 561).

54.- Es indicativo en pacientes como “B” la administración de inhibidores de la lactancia desde el puerperio inmediato para evitar el desarrollo de mastitis puerperal, la cual se presenta como resultado natural por la interrupción del embarazo y los cambios hormonales propios que generan la producción de leche materna, la cual por no tener un recién nacido que alimentar ocasiona la congestión mamaria por acúmulo de leche en los conductos y senos galactóforos, resultando en dolor mamario y fiebre. Asimismo, en los signos vitales queda de manifiesto que la paciente cursaba con cifras tensionales que fluctuaban entre la hipotensión y la hipertensión, por lo que era recomendable ajustar las dosis de los medicamentos antihipertensivos, modificaciones que fueron realizadas el día 07 de julio de 2018 a las 12:00 horas por el doctor “X”. (Visible en fojas 561 y 562).

55.- La doctora “D” egresó a la paciente “B” el día 10 de julio de 2018, omitiendo en las indicaciones médicas continuar con los antibióticos clindamicina y cambiar la ceftriaxona (que es intravenosa) por una cefalosporina vía oral por lo menos tres días más, para completar un esquema de antibióticos de diez días, esto, por tratarse de una paciente con múltiples riesgos para adquirir una infección como son obesidad, diabetes mellitus y cesárea contaminada. En este sentido se considera la cesárea practicada a la paciente “B” como una cirugía contaminada y potencialmente infectada porque fue necesario regresar la cabeza del producto del embarazo por el canal crónico que condicionó una disminución de sus defensas en general. (Visible en foja 562).

56.- No obstante, es necesario aclarar que el esquema de antibióticos puede ser de siete a diez días. Por lo que la elección de un esquema u otro de antibióticos queda a criterio del médico tratante basado en la libertad de prescripción, por lo que no es posible asegurar la existencia de una relación causa efecto entre la falta del antibiótico y la aparición de la sepsis abdominal posterior, puesto que la paciente por sí misma presentaba múltiples factores de riesgo para

infección. Aunado al desconocimiento de los cuidados postoperatorios que pudo llevar en su casa. (Visible en foja 562).

57.- En la nota médica de consulta externa del día 17 de julio de 2018, a las 16:00 horas, la doctora “D” describió a la paciente “B” como asintomática, aunque en los signos vitales, la paciente presentaba una frecuencia cardiaca de 142 latidos por minuto y una frecuencia respiratoria de 32 respiraciones por minuto, lo cual no se corresponde con una paciente asintomática. Esto podría haber hecho sospechar la presencia de un cuadro infeccioso a pesar de presentar una temperatura corporal normal. (Visible en foja 563).

58.- Si bien es cierto, la doctora anotó en el rubro de exploración física que encontró a la paciente consciente neurológicamente, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con herida quirúrgica media ya cicatrizada; dentro de la práctica médica es sabido que la presencia de taquicardia y polipnea como las que se registraron en los signos vitales de esta paciente son indicativos de la presencia de un cuadro infeccioso, aun cuando no tenga hipertermia, asimismo, no se puede asegurar que la doctora haya realizado una exploración abdominal exhaustiva durante la atención que le proporcionó y que le habría podido dar más indicios clínicos de la presencia de la complicación médica que la paciente padecía. Dentro de las indicaciones médicas que le realizó la doctora en esta fecha, anotó una cita subsecuente en una semana y que la paciente llevara un registro de sus cifras de presión arterial. (Visible en foja 563).

59.- A la semana siguiente, el 24 de julio de 2018, la paciente acudió con un médico distinto, doctor “E”, especialista en ginecología y obstetricia, el cual le extendió una constancia médica donde solicitaba el internamiento de “B” por haber detectado en la exploración física y en la presencia de un: *“Útero subinvolucionado y gran colección líquida en fondos de saco y correderas, lo cual sugiere la posibilidad de un hematoma residual contra dehiscencia de histerorrafia”*.

Refiriéndola al Hospital Regional. Los hallazgos descritos por el doctor “E” sugieren que se trataba de un proceso hemorrágico o infeccioso de semanas de evolución sin poder asegurarse, pero que muy probablemente inició en el puerperio inmediato, lo cual pudo haber sido detectado en la consulta médica del día 17 de julio de 2018. (Visible en fojas 563 y 564).

60.- “B” fue ingresada ese mismo día, martes 24 de julio de 2018, a las 20:23 horas al Hospital Regional por el área de urgencias, donde fue recibida por el doctor “Y”, quien describió en su nota médica a la paciente: *“Consciente, orientada, cooperadora, en mal estado general, mucosas orales hidratadas, palidez de tegumentos +++, diaforesis (sudoración profusa), campos pulmonares ventilados, sin estertores (sonidos ruidosos producidos por el paso de aire por vías aéreas obstruidas por mucosidad), ni sibilancias (sonidos que provienen con más frecuencia de los conductos respiratorios pequeños [conductos bronquiales] que se encuentran en lo profundo de los pulmones. Pueden deberse a una obstrucción en las vías respiratorias más grandes o en personas con ciertos problemas en las cuerdas vocales), ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono, abdomen distendido +++, timpánico (se refiere al sonido hueco que se escucha al realizar la exploración física manual llamada percusión que consiste en golpear por encima de un dedo colocado sobre el abdomen), peristalsis presentes, signo de la ola negativo”*. (Visible en fojas 564 y 565).

61.- Posteriormente, a las 22:22 horas, del mismo día de su ingreso, los médicos “Z” y “AA”, registraron los hallazgos de la radiografía de abdomen de la siguiente manera: *“con datos de edema interasa, distensión y signos de moneda de pila, datos de colección líquida”*, y determinan como impresión diagnóstica *“puerperio quirúrgico. Síndrome abdominal agudo probable. Probable hematoma residual”*. (Visible en foja 565).

62.- Es necesario resaltar que las notas médicas de la noche del 24 y 25 de julio de 2018, así como las del turno matutino del día 25 de julio de 2018, fueron realizadas por médicos especialistas diferentes a ginecología y obstetricia, y que señalaron en sus indicaciones la necesidad de valoración por ginecología, lo que deja de manifiesto la ausencia de especialistas en ginecología y obstetricia en los turnos antes mencionados en el citado Hospital Regional de Delicias, lo que generó un retraso en la atención especializada de la paciente. (Visible en foja 565).

63.- Es hasta las 14:00 horas del día 25 de julio de 2018, que la paciente “B” fue revisada por el doctor “M”, quien funge como especialista en ginecología y obstetricia en el Hospital Regional de Delicias, el cual señala en su nota de valoración lo siguiente: *“Paciente ingresa el día de ayer en turno nocturno en malas condiciones generales, con presencia de distensión y dolor abdominal, náusea, debilidad generalizada, actualmente el dolor ha disminuido, pero la distensión continúa con gasto abundante color verde en sonda nasogástrica, no fiebre, presenta fiebre y canaliza gases”, a la exploración física anotó: “abdomen distendido a expensas de gas colónico, no doloroso a la palpación superficial y profunda, peristalsis disminuida, palpo útero a nivel de cicatriz umbilical, tacto vaginal diferido”.* (Visible en fojas 565 y 566).

64.- Se considera que la valoración de la región vaginal, en este caso en particular, era una parte importante de la exploración física, ya que la revisión vaginal permite evaluar la existencia y características físicas de los loquios. Asimismo, el doctor “M”, realizó una serie de anotaciones donde señaló lo siguiente: *“Me comunico con el doctor “JJ” y el doctor “KK”, quienes ordenan se realice la laparotomía en esta unidad. No contamos con ropa quirúrgica estéril ni hemocomponentes. Doctor “M”, ginecoobstetricia, cédula profesional “BB”. Sello y firma. El doctor “I” se comunica conmigo quien indica pase a quirófano. Doctor “M”, ginecoobstetricia, cédula profesional “BB”. Sello y firma”.* (Visible en fojas 566 y 567).

65.- Esta serie de anotaciones deja al descubierto una serie de carencias de insumos médicos de uso quirúrgico en esta unidad hospitalaria, que en conjunto con la falta de médicos especialistas en todos los turnos, como se ha expresado, por la ausencia de ginecoobstetra durante la noche del 24 al 25 de julio de 2018 y la mañana del día 25 de julio de 2018, son indicativos de una mala planeación y/o vigilancia por parte de las autoridades institucionales, que en este caso, redundó en un retraso en la atención médica y agravamiento del cuadro clínico de la paciente “B”. (Visible en foja 567).

66.- A las 17:20 horas del día 25 de julio de 2018, la paciente fue vista por el médico cirujano “F” y el doctor “M”, quienes señalaron en el formato de solicitud de intervención quirúrgica como diagnóstico preoperatorio sepsis abdominal, como operación proyectada laparotomía exploradora y como diagnóstico posoperatorio absceso uterino, dehiscencia de histerorrafia, proceso abdominal y pélvico severo. Describieron posteriormente que se realizó laparotomía exploradora, encontrando secreción purulenta de aproximadamente 600cc más gas (bacterias anaerobias), extirparon el útero con técnica habitual y el anexo izquierdo. Realizaron lavado de cavidad abdominal, dejaron abierta la herida quirúrgica y pasaron a la paciente “B” a terapia intensiva. (Visible en fojas 567 y 568).

67.- En el reporte histopatológico fechado el 10 de agosto de 2018, la doctora “CC” anota lo siguiente: *“El espécimen mide 15 x 9 x 5 centímetros, no presenta cérvix, es periforme, café gris, con natas de fibrina y pus, por la superficie externa está adherido al anexo izquierdo, la trompa mide 4 x 0.7 y el ovario 4 x 3 x 3 centímetros, ambos presentan en su superficie natas de fibrina y pus. Al corte el miometrio mide 4 centímetros, presenta congestión vascular y la cavidad endometrial está libre”*. Concluyendo que se trata de un: *“Útero postparto con*

peritonitis aguda, sin presencia de cérvix y ovarios y trompa izquierdo con peritonitis aguda". (Visible en foja 568).

68.- De esta manera, se descarta la existencia de una perforación uterina o dehiscencia de histerorrafia, lo cual permite concluir que la operación cesárea realizada por la doctora "D" fue bien realizada y que la serie de eventos que deterioraron la salud de la paciente "B" fueron el resultado de complicaciones inherentes a la intervención quirúrgica asociadas a las comorbilidades que la paciente presentaba, como ya fueron comentadas previamente. (Visible en fojas 568 y 569).

69.- La paciente nuevamente generó la activación del código mater y posteriormente a su cirugía continuó con su atención en el área de terapia intensiva, presentando una evolución favorable, siendo intervenida quirúrgicamente por segunda ocasión el día 27 de julio de 2018 a las 19:45 horas por parte del doctor "F", quien en esa ocasión realizó un aseo quirúrgico de cavidad abdominal y cerró la pared abdominal, regresando a la unidad de cuidados intensivos para continuar con la vigilancia y observación de su evolución clínica, siendo egresada a piso el día sábado 28 de julio de 2018 por el médico "DD", quien señaló que la paciente "B" presentaba condiciones de seguir su manejo en piso, siendo valorada posteriormente por ginecología a las 10:36 horas de ese mismo día por el doctor "EE". (Visible en foja 569).

70.- El 29 de julio de 2018 a las 11:30 horas, el doctor "FF" registró en su nota de evolución lo siguiente: *"Con evolución hacia la mejoría, con discreto dolor abdominal, herida quirúrgica limpia, peristalsis presente, afebril, hemodinámicamente aceptable"*. Lo cual fue corroborado con el doctor "GG", quien revisó el día siguiente 30 de julio de 2018 a las 10:45 horas, y la doctora "D", quien la revisó a las 15:30 horas del mismo día, describiéndola en los siguientes términos: *"Al momento se refiere asintomática, afebril, tolerando vía oral,*

consciente, bien hidratada, buena coloración. Abdomen: herida limpia, bordes afrontados, no dehiscencia. Penrose con gasto seroso escaso. Paciente con buena evolución clínica, continúa manejo establecido". (Visible en fojas 569 y 570).

71.- A las 18:00 horas, el cirujano doctor "F" anotó: *"Dolor tolerable. Abdomen blando, depresible, distendido 1 centímetro. Diuresis activa canaliza gases, evacúa, tolera dieta blanda"*. (Visible en foja 570).

72.- Al día siguiente, 31 de julio de 2018, el doctor "GG" a las 10:17 horas, indicó que: *"Su evolución, aunque lenta ha sido a la mejoría"*. (Visible en foja 570).

73.- A las 13:45 horas, es visitada por el doctor "EE" señalando éste que: *"Deambulacion activa, micciones y evacuaciones presentes. Se retiró sonda Foley en AM. En espera de visita de cirugía general para el retiro de Penrose bilateral"*, dejándola con el manejo médico ya establecido. (Visible en foja 570).

74.- A las 17:00 horas del día 31 de julio de 2018, el cirujano general "F" valoró a la paciente comentando que: *"Tolera dieta normal, drenajes, probable contenido intestinal escaso, refiere canalizar gases y evacuación espontánea, probable fístula intestinal de bajo gasto, la cual deberá cerrar espontáneamente con el ajuste de dieta"*. En las indicaciones médicas señaló el cambio a dieta de líquidos claros. (Visible en fojas 570 y 571).

75.- Por último, ese mismo día 31 de julio de 2018 a las 20:03 horas, el doctor "N" realizó la nota médica de defunción de "B" plasmando que enfermería le notificó que la paciente "B" presentó paro cardio respiratorio, y que él acudió desde quirófano para hacerse cargo de las maniobras de resucitación cardiopulmonar, mismas que fueron iniciadas por personal de enfermería, describió haber realizado el manejo del paro cardio respiratorio con intubación orotraqueal y administración de adrenalina, así como maniobras de resucitación

cardiopulmonar sin obtener una respuesta positiva, por lo que declaró el fallecimiento de la paciente “B” a las 19:20 horas del día 31 de julio de 2018 e indicando como diagnósticos finales: *“insuficiencia respiratoria aguda y tromboembolia pulmonar”*. (Visible en foja 571).

76.- Sin embargo, esto se contradice con lo descrito en el certificado de defunción a nombre de “B” que forma parte del expediente enviado para su estudio, y que se trata de una copia incompleta del mismo, donde se indica que se realizó necropsia y que: *“...La defunción fue registrada en el Ministerio público con el acta número “LL”...”*. Y, como causas de la defunción anota shock séptico, debido a dehiscencia de histerorrafia ocasionado por fístula rectal debido a postoperada de cesárea por óbito en una paciente con diabetes mellitus tipo 1, información que deberá ser contrastada con la información contenida en el acta del Ministerio Público y el reporte correspondiente del protocolo de necropsia que permitan dilucidar la verdadera causa de la muerte de la paciente “B”, puesto que como lo reporta el estudio de histopatología realizado por la doctora “CC”, el útero no presentaba dehiscencia de la histerorrafia, pero sí presentaba datos de peritonitis aguda, asimismo, los estudios imagenológicos dieron cuenta de la presencia de gas tanto en la cavidad abdominal como en el cuerpo uterino, lo que habla de una infección por bacterias anaerobias. (Visible en fojas 571 y 572).

77.- Es de señalar que dicho certificado de defunción indica que la paciente cursaba con una diabetes mellitus tipo 1, y en las historias clínicas y en todo el expediente médico estudiado no se menciona este antecedente en ningún momento. (Visible en foja 572).

78.- 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.

79.- 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.

80.- Según la conclusión tercera del dictamen médico institucional número COCAM-CHIH./002/2020, con respecto de otras negligencias o impericias que hubieren tenido consecuencia en la salud posterior del parto, se encontró que en lo concerniente a la actuación del doctor “N”, quien atendió a la paciente “B”, en el área de tococirugía durante el turno vespertino el día 03 de julio de 2018, se advirtieron elementos correspondientes de mala praxis médica en su modalidad de negligencia (omisión al cumplimiento al deber, con conocimiento de causa, teniendo los medios para ello), imprudencia (la falta de prudencia, realizar un acto con ligereza, sin la adecuadas precauciones. Es la conducta contraria a lo que el buen sentido aconseja) e inobservancia (es la omisión al cumplimiento de los principios éticos y preceptos legales de observancia obligatoria en el ejercicio profesional) y violencia obstétrica en su actuar al combinar los medicamentos oxitocina y misoprostol que actuaron sinérgicamente generando como consecuencia la impactación del producto de la concepción en el canal del parto, lo cual causó la dificultad para la extracción del producto de la concepción y la necesidad de realizar una cesárea de urgencia.

81.- También, por otro lado, la dosis del medicamento llamado misoprostol indicadas por el doctor “N”, fueron superiores a las establecidas por la *lex artis ad hoc* lo que en consecuencia generó una hipertensión uterina causante de la impactación del feto en el canal del parto, de tal manera que la actuación de la doctora “D” fue resolver dicha complicación.

82.- En esa tesitura, la conclusión quinta del dictamen médico institucional número COCAM-CHIH./002/2020, con respecto de otros elementos encontrados durante la realización del aludido dictamen, indica que sí se advirtieron elementos compatibles con negligencia institucional atribuibles al cuerpo directivo y administrativo del Hospital Regional de Delicias, caracterizados por la falta de especialistas en ginecología y obstetricia la noche del 24 al 25 de julio de 2018 y la mañana del 25 de julio de 2018, lo cual quedó manifestado mediante las notas e indicaciones médicas de dichas fechas realizadas por médicos distintos de la especialidad de ginecología y obstetricia que se tradujo en un retraso en la atención de la paciente “B”, lo cual se pudo extender a otras pacientes que cursaran con embarazo, parto y puerperio que acudieran a dicha institución a recibir atención médica especializada y tampoco la recibieran.

83.- Adicionalmente, en las notas médicas realizadas por el doctor “M”, la tarde del día 25 de julio de 2018, deja en evidencia la falta de insumos de uso médico quirúrgico y hemocomponentes en dicha unidad hospitalaria, lo cual se considera como negligencia institucional atribuibles al cuerpo directivo y administrativo del Hospital Regional de ciudad Delicias, Chihuahua, que se traduce en una deficiente atención a los usuarios de dicho nosocomio.

84.- En ese tenor, se destaca que es responsabilidad de la institución médica en cuestión el proporcionar los insumos médicos y contar con el personal médico debidamente capacitado, así como vigilar el completo apego que debe tener su personal médico y paramédico en el cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas aplicables a sus obligaciones, ya que las mismas son de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

85.- 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 “B” según los argumentos esgrimidos con antelación.

86.- 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.

87.- 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”*.³

88.- 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”*.

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

89.- 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.⁴

90.- 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,⁵ que se encuentra consagrado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 155 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua.

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

92.- 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.⁶

93.- 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

⁴ <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.

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

⁶ 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>

de todos los sectores de la población, que en las zonas rurales, 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.⁷

94.- 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.⁸

95.- 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.⁹

96.- 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.

97.- 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”*.

⁷ *Ibíd*em, p. 235.

⁸ *Ibíd*em, p. 328.

⁹ *Ibíd*em, p. 404.

98.- 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.

99.- 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,¹⁰ tal como ocurrió en el caso en resolución.

Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

100.- Tomando en consideración las circunstancias en que ocurrieron los hechos, y los factores de vulnerabilidad en que se encontraba “B” 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

¹⁰ 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.

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 ende, discriminatorio.¹¹

101.- 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.

102.- 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.¹²

103.- 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

¹¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Protocolo para juzgar con perspectiva de género. Noviembre de 2015, p. 62.

¹² Ley Estatal de Salud, artículo 67, fracción I.

biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos”.¹³

104.- 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, 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”*.

105.- 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”*¹⁴, y enlista una serie de actos constitutivos de violencia obstétrica, entre los que se encuentra: *“No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas”*.¹⁵

106.- 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*

¹³ 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.

¹⁴ 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>

¹⁵ Ídem.

consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva (...)”.

107.- 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.

108.- 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.

109.- 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.

110.- 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 bebé, tal y como se ha descrito en la presente recomendación.

111.- En ese orden de ideas, este organismo considera que, el personal médico adscrito al Hospital Regional de Delicias, Chihuahua, omitió atender debidamente a “B”, pues 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 la misma en su modalidad de violencia obstétrica.

IV.- RESPONSABILIDAD:

112.- 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 Regional de Delicias, Chihuahua, a saber, el personal médico: “D”, “I” y “N”, tomando en cuenta las conclusiones establecidas en el dictamen médico institucional número COCAM-CHIH./002/2020 emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Chihuahua, y quienes resulten responsables, que incurrieron en una mala *praxis* médica en perjuicio de “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.

113.- En ese orden de ideas, al incumplir con las obligaciones establecidas en el tercer párrafo del artículo 1 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 Regional de Delicias, con motivo de los hechos antes acreditados.

V.- REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO:

114.- Por todo lo anterior, se determina que el círculo familiar cercano de “B” que acredite el carácter de víctima indirecta, tiene derecho a la reparación integral del daño sufrido, en virtud de los hechos que motivaron el expediente en análisis en perjuicio de “B”, 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.

115.- 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 al círculo familiar cercano de “B” que acredite el carácter de víctima indirecta, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de “B” 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.

116.- 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).

117.- En el presente caso, la autoridad responsable deberá cubrir los gastos erogados acreditados por el círculo familiar cercano de “B”, con motivo de los hechos analizados en la presente resolución.

118.- 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.¹⁶

b.- Medidas de rehabilitación.

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

120.- Para esta finalidad, la autoridad deberá garantizar al círculo familiar cercano de “B” que acredite el carácter de víctima indirecta, la atención médica y/o psicológica que requiera para alcanzar el máximo grado de rehabilitación posible respecto de las afectaciones sufridas a causa de la violación a los derechos humanos de “B”.

c.- Medidas de satisfacción.

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

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

123.- 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

¹⁶ 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.

derecho, el procedimiento administrativo que corresponda en contra de las personas servidoras públicas adscritas al Hospital Regional de Delicias, cuyos actos u omisiones se tradujeron en violaciones a los derechos humanos de “B”, y en su caso, se impongan las sanciones que correspondan.

124.- Como parte de esa colaboración, la autoridad deberá hacer del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública la emisión de la presente recomendación y acreditar dicha notificación ante este organismo en un lapso que no exceda de 10 días hábiles posteriores a la aceptación de la presente resolución.

d.- Medidas de no repetición:

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 Regional de Delicias, en materia de derechos humanos, mala *praxis* médica, prevención de la violencia obstétrica e integración de los expedientes clínicos.

127.- Asimismo, deberán adoptarse las medidas necesarias para garantizar que, en el Hospital Regional de Delicias, todos los partos sean atendidos por personal médico especializado.

128.- 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, XVII, XVIII 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 para los efectos que más adelante se precisan.

129.- 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 “B”, específicamente los derechos a la protección de la salud y a la vida libre de violencia obstétrica. 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 doctor Felipe Fernando Sandoval Magallanes, Secretario 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 personas servidoras públicas adscritas al Hospital Regional de Delicias, cuyos actos y omisiones se tradujeron en violaciones a los derechos humanos de “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 al círculo familiar cercano de “B” que acredite el carácter de víctima indirecta, 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 al círculo familiar cercano de “B” que acredite el carácter de víctima indirecta 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 Regional de Delicias, 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 Regional de Delicias, 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 y los demás medios de difusión con que cuenta 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.

ATENTAMENTE:

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, para su conocimiento y seguimiento.