



RECOMENDACIÓN NO. 78/2018

**SOBRE EL RECURSO DE
IMPUGNACIÓN POR EL
INCUMPLIMIENTO DE LA SECRETARÍA
DE SALUD DEL ESTADO DE LA
RECOMENDACIÓN EMITIDA POR LA
COMISIÓN ESTATAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS DE
CHIHUAHUA.**

Ciudad de México, a 21 de diciembre de 2018

**LIC. JAVIER CORRAL JURADO
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE CHIHUAHUA**

**MTRO. JOSE LUIS ARMENDÁRIZ GONZÁLEZ
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE LOS DERECHOS
HUMANOS DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.**

Distinguido señor Gobernador y distinguido señor Presidente:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, penúltimo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo cuarto, 6º, fracciones III, IV y V y 55 a 66, inciso a), de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 129 a 133, 148, 159, fracción III, 160 a 167 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos de prueba y las evidencias del expediente CNDH/4/2018/213/RI, relativo al recurso de impugnación de R, interpuesto en contra del incumplimiento de la Recomendación 61/2017, emitida el 15 de diciembre de 2017 por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas, y a fin de evitar que su nombre y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 3, 11 fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. La información se hará del conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
R	Recurrente
V	Víctima
AR	Autoridad responsable

Institución	Acrónimo
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua	Comisión Estatal
Secretaría de Salud de Chihuahua	Secretaría de Salud
Hospital Central Universitario de Chihuahua	Hospital Central
Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua	Hospital Infantil
Instituto Chihuahuense de Salud	Instituto de Salud
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Fiscalía General de Justicia del Estado de Chihuahua	Fiscalía General

Ordenamiento y Normas Oficiales Mexicanas	Acrónimo
Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016 <i>“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.”</i>	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, <i>“Regulación de los servicios de salud”</i>	NOM-027-SSA3-2013
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <i>“Del Expediente Clínico”</i>	NOM-004-SSA.-2012

I. HECHOS.

4. El 10 de mayo de 2016, R presentó ante la Comisión Estatal el escrito de queja en el que refirió hechos presuntamente violatorios de derechos humanos en agravio de su hija V1, atribuibles a personas servidoras públicas de la Secretaría de Salud, en particular del Hospital Central, en el que expuso que, debido a la inadecuada prestación del servicio y atención médica que le brindaron en dicho nosocomio, V1 falleció el 20 de marzo de 2016, y contra la Fiscalía General por la falta de investigación del caso.

5. En su escrito dijo que, al momento en que ocurrieron los hechos, V1 contaba con 20 años de edad, se encontraba estudiando el bachillerato en el Sistema de Educación Abierta, estaba casada con V2, y cursaba un embarazo de 36.2 semanas de gestación. El 17 de marzo de 2016 a las 19:37 horas, acudieron R, V1 y V2 al Hospital Central debido a que V1 se sentía mal, e ingresó a las 20:00 horas.

6. R indicó que cuando V1 fue ingresada a hospitalización, un médico le explicó que era necesario realizar a V1 una cesárea de manera inmediata ya que tenía “preeclampsia¹”, para lo cual se practicó una “sonografía”² en el área de urgencias del Hospital Central, lugar al que V1 llegó caminando. Después de eso, R indicó que no volvió a saber nada de su hija; fue hasta las 07:00 horas del 18 de marzo de 2016, cuando R preguntó a una enfermera del área de urgencias sobre V1, quien le informó le habían realizado una cesárea a las 02:59 horas de esa misma fecha, que V1 se encontraba bien y que había nacido una niña (V3).

7. Al nacer V3, contaba con 36 semanas de gestación, con “apgar”³ de 8/8, presentó síndrome de dificultad respiratoria⁴ grado 2 y “apneas”⁵ del recién nacido, por lo que fue trasladada al Hospital Infantil, donde permaneció en terapia intensiva durante 43 días.

¹ Preclamsia: Es conocida como toxemia del embarazo, la pre eclampsia es la patología más frecuente en la gestación, Se define por una elevación de la presión arterial a partir de la semana 20 de gestación asociada a una pérdida de proteínas por la orina. Diccionario de la Universidad de Navarra.

² Un sonograma es un procedimiento que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para escanear la cavidad del abdomen y la pelvis de una mujer, creaciendo una imagen (sonograma) de la bebé y la placenta. Las palabras de ultrasonido y sonograma son técnicamente diferentes, pero se utilizan indistintamente y hacen referencia al mismo examen.

³ Índice que permite valorar el estado del recién nacido a los cinco y a los diez minutos después del parto. El ideal es un índice de Apgar con 8-9-10 puntos; con menos de 7, se puede afirmar que se trata de un recién nacido deprimido. Diccionario México de la Universidad de Navarra.

⁴ El síndrome de dificultad respiratoria ocurre cuando no hay suficiente de una sustancia llamada surfactante en los pulmones. El surfactante es un líquido producido por los pulmones que mantiene las vías respiratorias (llamadas alvéolos) abiertas, haciendo posible que los bebés respiren el aire luego del parto. Comienza a producirse en el feto alrededor de la semana 26 de embarazo. Hospital de niñez "Lucile Packard" Stanford.

⁵ Cese de la respiración por 20 segundos o pausa respiratoria

8. El 18 de marzo de 2016, R acudió al Hospital Central a la hora de visita, quien observó que V1 estaba “*muy hinchada*”, no podía abrir los ojos, ni moverse. También señaló que una enfermera le indicó que V1 debía moverse, abrir los ojos, y despertar, pero V1 le dijo que no podía moverse. R agregó que otra enfermera le informó por indicaciones del médico, que V1 debía permanecer con sonda por dos días ya que había tenido la presión alta y estaba reteniendo líquidos, por lo que debía quedarse con V1 para ayudarla; es así que ese día permaneció con V1, percatándose que durante ese tiempo que le acompañó, no tuvo visita de alguno de los médicos de guardia o el médico que la atendió, y después de darle de cenar se retiró del hospital.

9. El 19 de marzo de 2016 por la mañana, debido al sangrado y el dolor que V1 tenía, R solicitó al personal de enfermería le retiraran la sonda, pero no se la retiraron. Agregó que V1 tenía la “*vulva*”⁶ muy hinchada y su vientre era más grande que durante el embarazo; por lo que al pasar un médico, R le preguntó sobre el estado de la paciente, informándole que dicha condición estaba relacionada con la “*preclamsia*” que cursaba R, refirió que en ese momento buscó en el piso algún médico que pudiera atender a V1, y al no encontrar alguno, salió a los pasillos en busca de éstos, pero los médicos que encontró le dijeron que estaban adscritos a otra área y no podían atenderla.

10. R destacó que después de buscar algún médico que atendiera a V1, advirtió a las enfermeras que ya habían transcurrido dos días sin que algún médico revisara a V1, ni retirado la sonda de acuerdo a las indicaciones médicas; fue hasta ese momento que una enfermera le retiró la sonda, lo que permitió bañar a V1, cuando observó que su “*vulva*” estaba muy hinchada.

11. El 20 de marzo de 2016, V1 expresó a R sentirse muy mal, por lo que ésta última, nuevamente se dirigió al personal de enfermería solicitando que un médico atendiera a la paciente, pues le había bajado mucho la presión, sin embargo, una

⁶ Órganos sexuales externos.

enfermera le respondió que era fin de semana y “*Semana Santa*”, que “*vería si conseguía a alguien de otra área*”.

12. R señaló que una médica acudió a revisar a V1, quien le explicó la urgencia de suministrarle una proteína denominada “*albúmina*” (al 20 %) para bajar la hinchazón debido a que ésta avanzaba.

13. Ante la falta de personal e indicaciones médicas, R fue a realizar personalmente los trámites al área administrativa para que le surtieran el medicamento indicado, mientras que el esposo de V1 la cuidaba (V2); una hora más tarde logró que le autorizaran la “*albúmina*” (al 20 %), y una vez que la obtuvo, le fue administrado a la paciente.

14. El 20 de marzo de 2016, personal del área de cuidados intensivos se presentó para evaluar a V1, quienes recomendaron pasarla a la Unidad de Cuidados Intensivos, e indicaron la colocación de un catéter venoso central; para ello, acudió personal médico de “*angiología*”. En ese momento, personal de enfermería sacó del cuarto a R y V2, quienes, a pesar de estar afuera de la habitación, lograron escuchar los gritos y el llanto de V1 durante el procedimiento de colocación de dicho catéter.

15. R dijo que V1 le mencionó que la colocación del catéter le ocasionó mucho dolor, por lo que gritaba, sin que pudiera obtener consuelo con sus palabras, siendo así que cuando se encontraba cuidándola, escuchó a una de las enfermeras que decía que V1 estaba “*chiple*”⁷, lo que a su juicio demostraba que el personal no había respetado el dolor que en ese momento sentía V1.

16. El mismo 20 de marzo de 2016, V1 fue llevada al área de rayos X para revisar la colocación del citado catéter, lugar donde posteriormente presentó paro

⁷ Chiple o Chipil, en México, [niño] Que reclama excesiva atención, especialmente debido a que está enfermo o por sentirse celoso por estar su madre embarazada.

cardiorrespiratorio. Ante tal circunstancia, el personal médico aplicó reanimación por 40 minutos aproximadamente; sin embargo, V1 falleció a las 20:40 horas.

17. Derivado de lo anterior, previa queja, la Comisión Estatal inició el expediente de queja por “[...] *probable violación al derecho a la protección a la salud, en particular por las acciones y omisiones que trasgreden a la protección a la salud, específicamente por negligencia médica*” atribuibles al Hospital Central y por “[...] *una probable violación al derecho a la legalidad y seguridad jurídica, específicamente por omitir o haber negligencia en brindar asesoría jurídica e información sobre el desarrollo del procedimiento*” atribuidas a la Fiscalía General.

18. Por la falta de avance en la denuncia que R presentó ante la Fiscalía General, la queja se resolvió a través de un proceso conciliatorio, acordando que se le asignaría una persona que la asesorara jurídicamente para brindarle apoyo necesario en materia legal, iniciaría un tratamiento psicológico y que R acudiría con el agente del Ministerio Público a cargo de la Carpeta de Investigación (CI) a ratificar y ampliar la denuncia.

19. El expediente de queja concluyó con la emisión de la Recomendación 61/2017 del 15 de diciembre de 2017, dirigida al Secretario de Salud del Estado de Chihuahua, en la que se declaró la violación al derecho humano a la salud en agravio de V1, y se emitieron cuatro puntos recomendatorios a la citada autoridad, a saber:

*“**PRIMERA.** A usted [...] Secretario de Salud, gire sus instrucciones para que se radique, integre y resuelva, procedimiento dilucidatorio de responsabilidades en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos analizados en la presente resolución, en el cual se consideren los argumentos esgrimidos, a efecto de que se determine el grado de responsabilidad en que hayan incurrido y en su caso se impongan las sanciones que correspondan, debiendo enviar a este organismo, constancias de su cumplimiento.*”

SEGUNDA. *A Usted mismo, se resuelva, además, dentro del procedimiento que al efecto se instaure, lo procedente en cuanto a la reparación del daño que le pueda corresponder a la familia de [V].*

TERCERA. *A Usted mismo, gire sus instrucciones para que se active oportunamente el Código Mater y se revise el protocolo de manejo a toda paciente con preeclampsia, independientemente de la severidad que presenten.*

CUARTA. *A Usted mismo, para que se radique, integre y resuelva, procedimiento dilucidatorio [de responsabilidad administrativa], en contra de los servidores públicos que obstaculizaron a este organismo la investigación de violaciones a derechos humanos, al retardar injustificadamente el informe de respuesta y omitir acompañar los documentos que apoye el informe”.*

20. El 18 de diciembre de 2017, la Comisión Estatal notificó la Recomendación 61/2017 al Secretario de Salud, y al día siguiente se le notificó a R.

21. El 15 de enero de 2018, el Instituto de Salud por instrucciones del Secretario de Salud, aceptó la Recomendación e informó que se estaban integrando todas las actuaciones del caso, con el propósito de iniciar los procedimientos administrativos disciplinarios conducentes ante la Secretaría de la Función Pública local, y se tenía prevista la aplicación de varios cursos de capacitación a las persona servidoras públicas de la Secretaría de Salud, sobre la aplicación estricta de las normas oficiales.

22. Sobre el segundo punto recomendatorio, indicó que al no existir elementos contundentes que dieran certeza al caso de alguna mala praxis médica que hubiera traído consigo la muerte directa de V1, no había daño material ni inmaterial alguno a la salud de V1 y/o sus familiares, por tanto, no existía daño integral que reparar

por parte de la Secretaría de Salud y que, de acuerdo a la opinión médica elaborada por la Comisión Estatal, únicamente se observaron deficiencias y omisiones administrativas, las cuales no causaron daño a la salud de V1, mismas que serían analizadas y, en su caso, sancionadas por la Secretaría de la Función Pública del Estado mediante un procedimiento administrativo disciplinario.

23. El 16 enero de 2018, la Comisión Estatal notificó a R la respuesta de la Secretaría de Salud, informándole la posibilidad de promover un recurso de impugnación en el plazo de 30 días naturales, contados a partir de esa fecha.

24. El 9 de febrero de 2018, R interpuso un recurso de impugnación ante la Comisión Estatal, en contra del incumplimiento de la Recomendación 61/2017 por parte de la Secretaría de Salud. En el citado escrito precisó de manera general, lo siguiente:

[...]

En cuanto a la SEGUNDA RECOMENDACIÓN completamente inconforme porque solicité en el hospital doctor quien atendiera a mi hija y nadie fue a proporcionar atención médica y mi hija empeoró su cuadro médico en el hospital, mi hija no llegó en las condiciones que allí presencié y es una falta gravísima omitir y encubrir incluso el perito ya que la médico que fue a ver a mi hija y que me indicó que requería con urgencia albúmina al 20% no era del departamento como ya lo expliqué. No permito de ninguna manera, se encubra las irresponsabilidades de nadie involucradas con la pérdida de mi hija y me iré hasta la última instancia y a dónde sea necesario para que cada funcionario cumpla con sus funciones con ética y exijo la plenitud de acciones que Usted a su digno cargo realice.

[...]

Ni si quiera me informó el doctor porque no se presentó y no me queda claro bajo su respuesta de la segunda recomendación, la tercera recomendación porque si no se hace nada respecto a los hechos

evidenciados muestra muy poco interés por la vida humana de personas que ingresen bajo mismas circunstancias.

No me parece su respuesta a la cuarta recomendación y es una vergüenza para mí su respuesta. Espero respuestas congruentes y honestas a los hechos, espero respuestas congruentes a su responsable cargo y las espero en forma inmediata [...]”.

25. El mismo 9 de febrero de 2018, la Comisión Estatal emitió acuerdo en el que determinó la “*Aceptación en su totalidad*” de la Recomendación 61/2017, “***sin pruebas de cumplimiento***”, y acordó dar trámite a la inconformidad planteada por R.

26. El 12 de abril de 2018, la Comisión Estatal remitió a este Organismo Constitucional Autónomo, la inconformidad planteada, copia certificada del Expediente de Queja y del informe respectivo. Lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 62 y 63 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 163 de su Reglamento Interno, radicándose el expediente CNDH/4/2018/213/RI.

II. EVIDENCIAS.

27. Escrito de recurso de impugnación suscrito por R, de 9 de febrero de 2018.

28. Oficio CHI-JAO 0499/2018, de 4 de abril de 2018, mediante el cual la Comisión Estatal remitió el informe correspondiente respecto al Recurso de Impugnación, y adjuntó copias certificadas del Expediente de Queja, del que destacan las siguientes constancias:

28.1. Escrito de queja de 10 de mayo de 2016, suscrito por R, mediante el cual refiere presuntas violaciones a los derechos humanos de su hija V1, en contra de servidores públicos del Hospital Central y la Fiscalía General.

28.2. Opinión Médica emitida el 30 de septiembre de 2016 por la Comisión Estatal, sobre la atención médica brindada a V1, en donde concluyó que la cesárea de urgencia fue adecuada, que posterior a la cirugía no recibió vigilancia estrecha, y que la atención no fue oportuna ni de calidad; señala también incumplimiento a la NOM-004-SS3-2012 “*Del Expediente Clínico*”

28.3. Segunda Opinión Médica, emitida el 29 de noviembre de 2016 por la Comisión Estatal, sobre la atención médica brindada a V3, en la cual se concluyó que la atención brindada al momento de su nacimiento fue adecuada y que las condiciones que presentó dos horas después de nacer se deben a su condición de prematurez.

28.4. Recomendación 61/2017 de 15 de diciembre de 2017, emitida por la Comisión Estatal y dirigida a la Secretaría de Salud.

28.5. Oficio CHI-JAO 1060/2017, del 15 de diciembre de 2017, mediante el cual la Comisión Estatal notificó la Recomendación 61/2017.

28.6. Oficio CHI-JAO 1061/2017, de 15 de diciembre de 2017, mediante el cual la Comisión Estatal notificó a R la Recomendación 61/2017.

28.7. Oficio ICHI-JUR 12/2018 de 8 de enero de 2018, mediante el cual el Instituto de Salud aceptó la Recomendación 61/2017.

28.8. Oficio AM-022/2018 de 16 de enero de 2018, mediante el cual, la Comisión Estatal notificó a R la respuesta de la Secretaría de Salud sobre la Recomendación 61/2017.

28.9. Acuerdo de 9 de febrero de 2018, emitido por la Comisión Estatal en el cual indica que el estado actual de la Recomendación 61/2017, es de aceptación “***sin pruebas de cumplimiento***” y acordó la emisión del recurso de inconformidad de R.

29. Acta Circunstanciada de fecha 27 de junio de 2018, en la que se hace constar la entrevista de esta Comisión Nacional con R.

30. Oficio V4/44523 de fecha 13 de julio de 2018, mediante el cual este Organismo Nacional solicitó al Instituto de Salud un informe fundado y motivado respecto de los agravios expuestos por R en su escrito de inconformidad.

31. Acta Circunstanciada de 26 de septiembre de 2018, en la que se hizo constar, que este Organismo Nacional estableció comunicación telefónica con el Instituto de Salud, quien confirmó que desde el 23 de julio del mismo año, se recibió en la Secretaría de Salud el supra citado oficio V4/44523, mediante el cual se requirió el informe sobre el presente caso.

32. Copia del expediente clínico de V1, integrado en el Centro de Salud Revolución del Estado de Chihuahua.

33. Copia del expediente clínico de V1, integrado en el Hospital Central, incluyendo la atención prenatal.

34. Acta Circunstanciada de 23 de noviembre de 2018, en la que se hizo constar que la Fiscalía General informó a este Organismo Nacional, sobre el estado jurídico de la CI iniciada con motivo de la denuncia presentada por R sobre los mismos hechos que motivaron su queja.

35. Acta Circunstanciada de 29 de noviembre de 2018, en la que se hizo constar la llamada telefónica entre este Organismo Constitucional Autónomo y R, en la que señaló el estado de salud actual de V3.

36. Acta Circunstanciada de 3 de diciembre de 2018, en la que se hizo constar la entrevista realizada a R por este Organismo Nacional, en la que reiteró y puntualizó los hechos y circunstancias que acontecieron en el caso de su hija V1, desde el 17 al 20 de marzo de 2016.

37. Opinión Médica emitida el 6 de diciembre de 2018 por este Organismo Nacional sobre la atención médica brindada a V1 y V3.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

38. El 10 de mayo de 2016, la Comisión Estatal radicó el EQ por el escrito de R, en el que denunció presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de su hija V1, atribuibles a personas servidoras públicas de la Secretaría de Salud.

39. El 15 de diciembre de 2017, la Comisión Estatal resolvió el EQ mediante la emisión de la Recomendación 61/2017, dirigida a la Secretaria de Salud con cuatro puntos recomendatorios.

40. El 15 de enero de 2018, el Instituto de Salud aceptó la Recomendación formulada por la Comisión Estatal e informó las acciones que realizaría para su cumplimiento, sin adjuntar constancias que lo acreditaran.

41. En el citado oficio, sobre el segundo punto recomendatorio, la Secretaría de Salud asumió que no existía daño integral que reparar a la familia de V1.

42. Una vez radicado el recurso de impugnación CNDH/4/2018/213/RI, este Organismo Nacional requirió al Instituto de Salud, el informe correspondiente respecto de los agravios hechos valer por R, así como las acciones realizadas para el cumplimiento de la Recomendación 61/2016 y las documentales con que se acreditaran sus manifestaciones.

43. El 26 de septiembre de 2018 este Organismo Nacional estableció comunicación con el Instituto de Salud, quien informó que el 23 de julio del mismo año, se recibió en la Secretaría de Salud el citado oficio V4/44523; sin embargo, hasta la fecha de emisión de la presente resolución, no se contó con evidencia que acreditara respuesta a tal solicitud.

44. Este Organismo Nacional tuvo conocimiento de la CI radicada en la Fiscalía General, con motivo de la denuncia presentada por R, sobre los mismos hechos que motivaron su queja,-se encuentra en integración.

IV. OBSERVACIONES.

45. De conformidad con el artículo 102 constitucional, apartado B, primer párrafo, corresponde a los organismos de protección de los derechos humanos conocer sobre los “[...] *actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público [...]*”, por lo que, ante una inconformidad respecto a la actuación de dichas autoridades, de acuerdo con el penúltimo párrafo del artículo en cita, corresponde conocer a esta Comisión Nacional sobre dichas inconformidades, que tendrán que substanciarse mediante los medios de impugnación previstos y regulados en el artículo 55 de la Ley de este Organismo Nacional, los cuales son los recursos de queja y de impugnación.

46. En términos de los artículos 61 de la Ley de la Comisión Nacional y 159, fracción III, de su Reglamento Interno, el recurso de impugnación procede: “[e]n *contra del deficiente o insatisfactorio cumplimiento por parte de la autoridad de una recomendación emitida por un organismo local*”.

47. En este sentido, la Secretaría de Salud cuando aceptó la Recomendación 61/2017, en calidad de autoridad responsable, reconoció las violaciones a derechos humanos declaradas por la Comisión Estatal, apuntó que se iniciarían los procedimientos administrativos disciplinarios conducentes y que se implementarían varios cursos de capacitación.

48. Específicamente, sobre el segundo punto recomendatorio, la Secretaría de Salud indicó que al no existir elementos contundentes que dieran certeza de alguna mala praxis médica que hubiera traído consigo la muerte directa de V1, no había daño material ni inmaterial alguno a la salud de V1 y/o sus familiares. Por tanto, no existía daño integral que reparar por parte de la Secretaría de Salud y que, de

acuerdo a la opinión médica elaborada por la Comisión Estatal, únicamente se observaron deficiencias y omisiones administrativas, las cuales no causaron daño a la salud de V1, mismas que serían analizadas y, en su caso, sancionadas mediante un procedimiento administrativo disciplinario.

49. Al respecto, este Organismo Nacional considera importante advertir que el Instituto de Salud al rendir el informe con motivo de la queja presentada por R ante la Comisión Estatal, manifestó que el Hospital Central es una unidad médica suya, de conformidad con el artículo 43, fracción I, del Reglamento Interior del Instituto Chihuahuense de Salud.

50. El Instituto de Salud es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica, competencia y patrimonio propios, creado por el Poder Legislativo mediante Decreto No. 261-87-III P.E. publicado el 16 de septiembre de 1987 en el Periódico Oficial del Estado, cuyo Director General es el Secretario de Salud del Estado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley del Instituto Chihuahuense de Salud, a quien le compete la representación jurídica de ese Instituto y de cualquiera de sus unidades médicas y conforme al artículo 18 de su Reglamento Interior.

51. Ahora bien, ante la respuesta de la autoridad señalada como responsable en la Recomendación 61/2017, el 9 de febrero de 2018 R presentó recurso de impugnación, respecto del deficiente e insatisfactorio cumplimiento de la citada Recomendación, en el plazo de treinta días establecidos en la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y su Reglamento Interno, el cual transcurrió del 18 de enero al 16 de febrero de 2018.

52. El escrito de inconformidad contiene una descripción concreta de los hechos y cumplió con los requisitos de procedencia exigidos por los artículos 61 a 64 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 159, fracción III, 160, fracción III y 162 de su Reglamento Interno, por lo que se determina que el medio de impugnación fue presentado en tiempo y forma legal.

53. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de impugnación CNDH/4/2018/213/RI, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se concluye que es procedente y fundado el agravio hecho valer por R, relativo a la responsabilidad en la que incurrió la autoridad recomendada, al no haber dado cumplimiento a la Recomendación 61/2017, emitida por la Comisión Estatal, a pesar de haberla aceptado, en atención a las siguientes consideraciones.

A. Motivación y fundamentación de la Recomendación 61/2017.

54. La Comisión Estatal tienen entre sus finalidades, velar por la debida y adecuada protección de los derechos humanos y por la reparación integral del daño ocasionado a las víctimas cuando se acredita la violación a los mismos, exigir que los servidores públicos responsables de violentarlos sean sancionados de manera proporcional a la gravedad, circunstancia y grado de participación en los hechos violatorios.

55. Se considera que el cumplimiento deficiente e insatisfactorio de una Recomendación emitida por una Comisión Estatal, tiene un efecto adverso para la plena eficacia del sistema de protección no jurisdiccional de los derechos humanos, previsto en el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos porque en términos del artículo 1º, párrafo tres constitucional, es obligación de todas las autoridades promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en ella y garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona.

56. En atención a las facultades que las Constituciones Federal y Local, así como su propia Ley le confieren, la Comisión Estatal emitió la Recomendación 61/2017, dirigida al Secretario de Salud, teniendo por acreditada la violación al derecho a la salud en perjuicio de V1, como consecuencia de irregularidades de naturaleza administrativa que derivaron en un inadecuado servicio de salud.

57. En ese contexto, la Recomendación 61/2017, fue sustentada en los hechos y evidencias que obran en el Expediente Queja, de las que destacan: la queja de R; el informe remitido por la autoridad; la opinión médica de la Comisión Estatal; el expediente clínico de V1 integrado con motivo de la prestación del servicio médico en el Hospital Central; y una segunda opinión médica de la Comisión Estatal.

58. Tras el análisis efectuado a las constancias que integraron el Expediente de Queja correspondiente, esta Comisión Nacional considera que la Recomendación 61/2017 emitida por la Comisión Estatal, contó con las evidencias que sustentaron la fundamentación y motivación suficiente de sus puntos recomendatorios.

59. Considerando lo anterior, el presente caso versa sobre la insuficiencia y/o incumplimiento de la Recomendación 61/2017 por parte de la Secretaría de Salud; empero del análisis integral de las constancias que integran el presente recurso de impugnación, esta Comisión Nacional observó que el incumplimiento del punto recomendatorio segundo, guarda estrecha relación con la forma y/o los términos en los cuales la Comisión Estatal ordenó cumplir dicho punto recomendatorio.

60. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional se encuentra obligado a considerar dicha particularidad, por lo que procederá a realizar el siguiente análisis: 1) resolver si los términos en que fue planteado el segundo punto recomendatorio de la Comisión Estatal es acorde con las normas, criterios y principios, nacionales e internacionales de derechos humanos vigentes; 2) determinar si las razones vertidas por la autoridad recomendada son justificadas para no cumplirlo y analizar el nivel de cumplimiento de los puntos recomendatorios primero, tercero y cuarto; y 3) consideraciones sobre las violaciones al derecho a la protección a la salud acreditadas en la Recomendación 61/2017.

61. Aunque la Comisión Local en la Recomendación 61/2017 consideró que se probó la violación al derecho humano a la protección a la salud, esta Comisión Nacional a la luz del **principio de máxima protección de los derechos humanos**, considera que existen evidencias suficientes que acreditan violaciones adicionales

al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, tal como se expondrá en párrafos subsecuentes.

62. En atención al referido principio, se analizará el caso a la luz de la obligación de reparar el daño en forma integral a las víctimas del presente asunto, en cumplimiento a los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos.

B. Análisis de los términos en que fue planteado el segundo punto recomendatorio de la Recomendación 61/2017.

63. El 15 de diciembre de 2017, la Comisión Estatal emitió la Recomendación 61/2017, al acreditar *“que, a la luz del sistema de protección no jurisdiccional, se desprenden evidencias suficientes para considerar violados los derechos fundamentales de [V1], específicamente el derecho a la protección de la salud”*.

64. Como consecuencia de la determinación de la violación del derecho a la protección de la salud, la Comisión Estatal instruyó la inscripción de las víctimas *“en el Registro Nacional de Víctimas (sic), cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (sic), a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral prevista en la aludida ley”*.

65. No obstante que, en el cuerpo de la Recomendación 61/2017, la Comisión Estatal ordenó la inscripción de las víctimas en el citado Registro, al momento de redactar los puntos recomendatorios, específicamente en el segundo de ellos -que refiere a la forma en que se debería reparar el daño-, ordenó lo siguiente:

*“**SEGUNDA.** A Usted mismo, se resuelva, además, dentro del procedimiento que al efecto se instaure, lo procedente en cuanto a la reparación del daño que le pueda corresponder a la familia de [V1]”*.

66. Tal determinación, en consideración de esta Comisión Nacional, genera dos efectos negativos sobre la reparación a las víctimas: 1) no garantiza la seguridad

jurídica de su Recomendación, ya que resolvió la inscripción de las víctimas en el Registro Nacional de Víctimas, y ordenó que la reparación del daño fuera resuelta mediante un procedimiento; y 2) materialmente otorgó a la institución de salud que vulneró el derecho a la protección de la salud de V1, que determinara en el procedimiento que instaure, la reparación del daño.

67. Al respecto, este Organismo Nacional recuerda que el segundo párrafo del artículo 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua, dispone que *“[e]n el proyecto de recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y si procede en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado”*. Dicha obligación se omitió, al trasladar a la autoridad recomendada la decisión de la procedencia de la reparación del daño para las víctimas.

68. Aunado a lo anterior, esta Comisión Nacional se ha pronunciado sobre las diferentes naturalezas de las indemnizaciones administrativas, penales y la que surge por violaciones a los derechos humanos.

69. En este sentido, en la Recomendación 07/2018 de este Organismo Nacional, se determinó que el procedimiento previsto en el artículo 113 Constitucional y en la Ley 602 de Responsabilidad Patrimonial de la Administración Pública Estatal y Municipal para el Estado de Veracruz -referido por la autoridad recomendada como el adecuado para que la víctima pudiese acceder a su indemnización-, era de una naturaleza distinta a aquel determinado para obtener una reparación indemnizatoria. Sobre tal cuestión, este Organismo Nacional consideró que *“es necesario recordar que existe una diferencia determinante entre la naturaleza de las actuaciones y/o resoluciones que provienen de tribunales internacionales y organismos nacionales y locales de derechos humanos –como es el presente caso- y aquellas cuyo origen deviene del orden penal o bien, de un procedimiento administrativo. Por tal motivo, es menester tomar en cuenta que las atribuciones de los primeros se acotan a determinar la responsabilidad de las autoridades por las*

violaciones de derechos humanos, así como la debida reparación por tales vulneraciones; mientras que es atribución del sistema penal, investigar y sancionar las conductas de quienes cometieron o participaron en los delitos, así como lo es del procedimiento administrativo sancionar las actuaciones indebidas de los servidores públicos”⁸.

70. Además, en la Recomendación 7VG/2017, esta Comisión Nacional ha apuntado la distinción, alcance y naturaleza de las responsabilidades por violaciones a derechos humanos, actos u omisiones que se encargan de investigar los organismos públicos referidos en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Federal, de cualquier otro tipo de responsabilidad que converja en el caso, como lo es la responsabilidad penal y/o administrativa, al diferenciar la naturaleza distinta de cada tipo de responsabilidad y la autoridad encargada de investigar y sancionar dichas conductas. Bajo esa distinción, ha sostenido que “[...] *es de naturaleza distinta a la función de la autoridad administrativa a la que compete determinar la responsabilidad por la infracción a normas o reglamentos administrativos y que cuenta con la facultad de imponer sanciones*”, “*una misma conducta (...) puede tener efectos y consecuencias en distintos ámbitos: como violaciones a derechos humanos, como delitos y/o como faltas administrativas, produciéndose así distintos tipos de responsabilidades: a) responsabilidad por violaciones a derechos humanos; b) responsabilidad penal por la comisión de delitos y c) responsabilidad administrativa por infracciones a normatividad administrativa*”⁹.

71. En el presente asunto, resulta aplicable la distinción que la SCJN hizo sobre los tipos de indemnizaciones que derivan de una responsabilidad administrativa y la

⁸ CNDH. “*Sobre el recurso de impugnación de R1 y R2, por la no aceptación de la Recomendación emitida por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz, relativa a vulneraciones a los derechos a la vida y a la seguridad jurídica*”, de 28 de marzo de 2018, párr. 62.

⁹ CNDH. “*Sobre violaciones graves a derechos humanos por los hechos ocurridos el 19 de junio de 2016 en Asunción de Nochixtlán, San Pablo Huitzo, Hacienda Blanca y Trinidad de Viguera, en el Estado de Oaxaca*”, de 17 de octubre de 2017, p.p. 119.1 y 119.2.

que se genera con motivo de la violación de derechos humanos¹⁰; principalmente al establecer que el derecho a obtener una indemnización por parte del Estado con motivo de una actividad administrativa irregular, se contempla en el artículo 113 constitucional, mientras que la reparación del daño, de manera integral y dentro de la cual se prevea una compensación por violaciones a derechos humanos, se rige por lo dispuesto en el párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Federal.

72. Este Organismo Nacional ha sostenido que la obligación de reparar a las víctimas por violaciones a derechos humanos, acreditadas por organismos protectores, se encuentra *“más allá de la eventual responsabilidad civil, patrimonial, penal o cualquier otra que pudiera repararles, ya que de no hacerlo, implicaría que las resoluciones de las Comisiones Estatales resultaran incompletas y no lograrán la más amplia e integral protección de los derechos humanos a favor de las víctimas o agraviados”*¹¹.

73. Derivado de lo anterior, con independencia de las demás vías concurrentes para reparar diversos aspectos de una violación de derechos humanos, resulta pertinente aclarar que la vía para obtener una reparación indemnizatoria por violaciones a derechos humanos, y que debió haber sido especificada en la supracitada recomendación segunda, es aquella establecida en los términos de los artículos 64, 65 incisos c y d, párrafo segundo de la Ley General de Víctimas.

¹⁰ Tesis constitucional y administrativa *“Derechos a una reparación integral y a una justa indemnización por parte del Estado. Su relación y alcance”*. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2014, registro 2006238.

¹¹ CNDH. Recomendación 65/2017, *“Sobre el recurso de impugnación por la no aceptación de la Recomendación emitida por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz, en el caso de una menor de edad, perteneciente a una comunidad indígena y víctima de un delito sexual”*, de 30 de noviembre de 2017, párr. 98.

74. Finalmente, esta Comisión Nacional reitera lo establecido en las Recomendaciones 17/2015¹² y 54/2015¹³, en cuanto a que “los organismos defensores de derechos humanos deben incluir entre sus objetivos institucionales ineludibles, el velar porque se repare el daño de las víctimas de violaciones a derechos humanos, favoreciendo en todo momento la protección más amplia de las víctimas”, ya que al no hacerlo así, implicaría que sus resoluciones resulten incompletas y no logren la más amplia e integral protección de los derechos humanos a favor de las víctimas o agraviados.

C. Valoración de los argumentos de la Secretaría de Salud para no cumplir con el segundo punto recomendatorio, y análisis del nivel de cumplimiento de los puntos recomendatorios primero, tercero y cuarto.

75. El 15 de enero de 2018, la Recomendación 61/2017 fue aceptada formalmente por la autoridad recomendada. En atención a ello, esta Comisión Nacional observó que el Instituto de Salud informó sobre las diversas acciones que realizaría para cumplir con las recomendaciones; no obstante, esta Comisión Nacional constató la falta de constancias que acreditaran su cumplimiento.

76. Particularmente, sobre el segundo punto recomendatorio, manifestó lo siguiente:

“Por lo que se refiera a la SEGUNDA RECOMENDACIÓN, es conveniente precisar que como anteriormente se señala en el presente curso, derivado del análisis efectuado a todos y cada una de las actuaciones que integran el presente expediente, este organismo considera que al no existir elementos contundentes que den certeza al caso, en el sentido de alguna mala praxis médica que hubiera traído consigo la muerte directa de la paciente, se considera que las actuaciones medicas efectuadas a la paciente no generaron

¹² CNDH. “Sobre el recurso de impugnación de V1 en contra de la Recomendación emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo”, de 8 de junio de 2015, párr. 48.

¹³ CNDH. “Sobre el recurso de impugnación de V1 en contra de la resolución emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos,” de 30 de diciembre de 2015, párr. 45.

daño material ni inmaterial alguno a la salud de la paciente y/o a sus familiares respectivamente y al no haberse generado ningún daño a la salud de la paciente es claro que no existe daño integral que reparar por parte de esta Secretaría de Salud, siendo lo anterior robustecido por la opinión de la perito médica adscrita a esa H. Comisión, evidentemente calificada para emitir la misma al respecto, y bajo este rubro es claro que se emite un dictamen en donde solo observa deficiencias y omisiones administrativas las cuales no causaron daño a la salud de la hoy finada, deficiencias y omisiones que serán juzgadas ante la función pública mediante un procedimiento Administrativo Disciplinario ante la Función Pública del Estado”. (sic)

77. Esta Comisión Nacional ya ha referido que la forma en que se redactó el segundo punto recomendatorio quedó la potestad a la Secretaría de Salud para que a través del procedimiento respectivo, determinara la procedencia de la reparación del daño; resultando de éste la determinación de que “*no existe daño integral que reparar*”, lo que propició el presente recurso de impugnación.

78. En conexión con las consideraciones que la Secretaría de Salud realizó sobre la no procedencia de la reparación del daño, este Organismo Nacional recuerda que el deber de reparar es una obligación ineludible por parte de todas las autoridades del Estado, al acreditarse una violación a los derechos humanos, en este caso, sobre el derecho a la protección a la salud de V1.

79. En ese sentido, de conformidad con el supracitado artículo 1, tercer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, “[t]odas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

80. La Ley General de Víctimas en su artículo 1°, párrafo tercero dispone que: “[l]a presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral”.

81. De igual manera, la fracción primera del artículo 1° de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, reconoce que las víctimas tienen derecho a “[...] la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, restitución de los derechos violados, debida diligencia, no repetición y todos los demás derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales de derechos humanos de los que el Estado Mexicano es parte, en la Ley General de Víctimas y demás instrumentos de derechos humanos vinculantes para el Estado”.

82. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 63.1, establece respecto a la reparación del daño lo siguiente: “[c]uando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte [Interamericana de Derechos Humanos] dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá, asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.

83. La referida Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua prevé en el artículo 1, párrafo último que: “la reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica de acuerdo a lo previsto en la Ley General. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta, entre otros aspectos, la gravedad y magnitud del

hecho victimizante o de la violación de sus derechos humanos, así como las circunstancias y características de cada caso en particular”.

84. Así, esta Comisión Nacional considera que el hecho que la Comisión Estatal haya trasladado la determinación de procedencia de la reparación del daño a la Secretaría de Salud, de ninguna manera puede interpretarse como una situación que exima a dicha autoridad de cumplir con su obligación de reparar el daño, habida cuenta, que su responsabilidad, respecto del caso de V1, quedó acreditada con la emisión de la Recomendación 61/2017.

85. Basta con que se tenga acreditada una vulneración de derechos humanos, para que las víctimas adquieran el derecho a ser reparadas de manera integral y diferenciada; en consecuencia, existe una responsabilidad institucional para dar cumplimiento al deber de reparar integralmente a las víctimas. En el caso particular, a partir de las consideraciones contenidas en la Recomendación 61/2017 de la Comisión Estatal, es evidente que se acreditó el derecho de R, V2 y V3 a que se les repare el daño causado a partir de la violación a los derechos humanos de V1.

86. Al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una autoridad, la Recomendación que se formule a la dependencia pública respectiva, debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución a los afectados en sus derechos humanos y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a estos derechos en los términos establecidos en los artículos 1º, cuarto párrafo, 2º, fracción I, 7º, fracciones I, II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, fracción III, 64, 73 fracción V, 74, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y de la normatividad local en la materia.

87. Por tanto, dado que la Secretaría de Salud aceptó la Recomendación 61/2017 que acredita la violación a derechos humanos de V1, asume al menos dos compromisos: 1) el reconocimiento explícito de su responsabilidad por las

violaciones a los derechos humanos que cometió, y 2) la obligación de reparar integralmente a las víctimas de tales violaciones.

88. En este sentido, la Comisión Nacional estima injustificado el cumplimiento de la Recomendación 61/2017, pues considera que la Secretaría de Salud no ha cumplido con su deber de reparar a R, V2 y V3 por las violaciones a derechos humanos, aun cuando aceptó que se violaron los derechos humanos de V1.

89. Ahora bien, en los puntos recomendatorios primero, tercero y cuarto de la Recomendación 61/2017, la Secretaría de Salud informó a la Comisión Estatal que estaban integrando todas las actuaciones del caso, con el propósito de iniciar los procedimientos administrativos disciplinarios conducentes ante la Secretaría local de la Función Pública, y tenía previsto llevar a cabo varios cursos de capacitación a las personas servidoras públicas de la Secretaría de Salud, sobre la aplicación estricta de las normas oficiales mexicanas.

90. No obstante lo anterior, esta Comisión Nacional observa que la Secretaría de no anexó evidencia alguna que acreditara el cumplimiento de dichos puntos recomendatorios. Aunado a lo anterior, durante el desahogo del recurso de inconformidad de R, este Organismo Nacional solicitó a la Secretaría de Salud informara sobre el cumplimiento de los referidos puntos recomendatorios; sin embargo, a la fecha de la emisión de esta Recomendación la autoridad no ha dado respuesta al requerimiento que al respecto se le formuló.

91. Por tal motivo, se concluye que la Secretaría de Salud no ha cumplido con la totalidad de los puntos recomendatorios, contenidos en la Recomendación 61/2017 emitida por la Comisión Estatal. En consecuencia, los agravios expuestos por R en su escrito de impugnación resultan totalmente fundados.

D. Consideraciones sobre las violaciones al derecho a la protección a la salud acreditadas en la Recomendación 61/2017.

92. Como ha sido descrito, la Comisión Estatal en la Recomendación 61/2017, determinó la existencia de la vulneración al derecho a la protección de la salud, en agravio de V1. No obstante lo anterior, este Organismo Nacional tras el análisis de los hechos y constancias del caso, advirtió la existencia de elementos suficientes para determinar la responsabilidad de la Secretaría de Salud, por violaciones adicionales a los derechos a la protección de la salud por inadecuada atención médica, al derecho a una vida libre de violencia obstétrica y al derecho a la vida, las que se analizan en atención a las siguientes consideraciones:

1. Derecho a la protección de la salud.

93. En el párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la SCJN ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*¹⁴.

94. De igual manera, el artículo 155 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua establece que *“Todos los habitantes del Estado tienen derecho a la protección de la salud”*, complementariamente la Ley Estatal de Salud plantea en su artículo 2 fracciones I y II que *“el derecho a la protección de la salud”*, tiene como finalidades el bienestar físico, mental, social y humano, para contribuir al ejercicio

¹⁴ SCJN, Jurisprudencia administrativa. *“Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”*. Abril de 2009, registro 167530.

pleno de sus capacidades funcionales, y la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

95. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("*Protocolo de San Salvador*"), reconocen que "*toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*"; asimismo que los Estados partes "*se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado*".

96. Esta Comisión Nacional se ha expresado en el sentido de que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud, demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad¹⁵.

97. Respecto al derecho a la salud de las mujeres, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General 24 advierte que "*el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*"¹⁶.

¹⁵ CNDH. Recomendación 22/2018, 11 de julio de 2018, párr. 57

¹⁶ Además, se puntualizó que: "*es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles*". Párrafo 1 y 27.

98. Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su *“Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”*, previno que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*¹⁷.

99. En el presente caso, al entrar al estudio de las consideraciones sobre las violaciones al derecho a la protección a la salud en agravio de V1 acreditadas en la Recomendación 61/2017, este Organismo Nacional emitió una Opinión Médica al respecto, para lo cual solicitó y examinó los expedientes clínicos de la atención prenatal, así como de la atención en la resolución del embarazo y puerperio de V1.

1.1 Inadecuada atención médica a V1, derivada de su atención hospitalaria durante el parto y nacimiento de V3.

100. El 17 de marzo de 2016, V1 acudió al área de Urgencias del Hospital Central, debido a que presentaba dolor tipo cólico, siendo atendida por AR1. De la primera revisión a las 19:37 horas, momento en que arribó, presentó presión arterial elevada (150/100), sin embargo, fue hasta las 22:44 horas que fue ingresada (2 horas y 57 minutos después). En una nota médica fue descrita como primigesta (primer embarazo) de 36.2 semanas de gestación, con *“preeclamsia”* y presión arterial de 130/100.

101. Además, fue diagnosticada *“consciente, orientada, con buen estado de hidratación, con buena coloración de tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero gestante, de producto*

¹⁷ 7 de junio de 2010, párr. 84.

único vivo, cefálico, longitudinal, dorso derecho, FCF 143 lpm, al tacto vaginal cérvix posterior, permeable, extremidades íntegras con edema ++. Se comenta el hallazgo de proteínas en orina más la elevación tensional en urgencias por lo que se ingresa para clasificación y manejo del trastorno hipertensivo, así como tomar registro cardiotocográfico para valorar bienestar fetal y tomar ultrasonido obstétrico con índices de resistencia al día siguiente por la mañana. Se indica toma de perfil toxémico, así como monitoreo de tensión arterial cada media hora y vigilancia de síntomas de severidad” y se indicó pasar al área de tococirugía.

102. El personal médico realizó un partograma, del que se observó que V1 no tenía dilatación, pero la tensión arterial era elevada, por lo que a las 23:51 horas, AR2 indicó dar seguimiento mediante la elaboración de curva de tensión arterial cada 30 minutos.

103. En las notas médicas del día 18 de marzo de 2016 a las 01:30 horas, V1 continuaba presentando tensión arterial elevada (150/90), situación que continuó a las 02:30 horas al presentar una presión de 150/130; razón por la que el personal médico tratante decidió resolver el embarazo vía cesárea.

104. Posteriormente, AR2 llevó a cabo la interrupción del embarazo por cesárea y derivado de dicha intervención, V3 nació a las 02:59 horas del 18 de marzo de 2016 (sexo femenino, de 1,910 gr., con apgar 8-8) y fue remitida de inmediato al área de pediatría.

105. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la atención de V1 no fue oportuna, debido a las siguientes omisiones:

i) Retraso en la atención desde su ingreso, considerando que su llegada al área de urgencias fue a las 19:37 horas y su ingreso para atención fue hasta las 22:34 horas, por lo que tuvo un tiempo estimado sin monitoreo de sus signos vitales de 2 horas con 57 minutos, entre otros, los niveles de presión arterial;

ii) V1, cumplía criterios para ingreso a la unidad de terapia intensiva (preeclampsia y tensión alta), misma que no fue solicitada;

iii) Por los factores de riesgo presentados, V1 requería atención multidisciplinaria, que incluyera especialistas en obstetricia-perinatología, terapia intensiva, anestesiología y neonatología, lo anterior de acuerdo a lo recomendado en la *“Guía de Práctica Clínica de atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención”*¹⁸; sin que se encontraran evidencias de este tipo de atención.

106. A partir de la Opinión Médica referida, esta Comisión Nacional constató que ante la tensión arterial elevada que presentaba V1 desde su llegada, el Hospital Central tenía la obligación de recibir, interrogar, evaluar y clasificar el tipo de emergencia. Para el caso de V1, correspondía una categoría de nivel rojo y por tanto debía activarse el *“Código Mater”* para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO). Lo anterior conforme al *“Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica”* de la Secretaría de Salud; sin embargo, dicho procedimiento no fue realizado por AR1, AR2, AR3 y AR4 durante el tiempo de hospitalización, haciéndolo de forma tardía, hasta el 20 de marzo de 2016, momento en que V1 sufrió un paro cardio-respiratorio que le causó el fallecimiento.

107. En relación con la atención a la *“preeclampsia”*, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se advierte que una vez confirmado dicho diagnóstico, se indicó tratamiento con dosis intravenosas *“hidralazina”* para reducir la presión en bolos, cada 15 minutos y chequeo de presión, y a pesar de que dicha indicación es acorde a lo establecido en la *“Guía de Práctica Clínica de Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención”*, la prescripción no consta en las indicaciones médicas, ni en la hoja de registro de enfermería, con lo que no

¹⁸ Consejo de Salud General; 2008, pp. 4.2.2.3-4.2.2.4.

se puede confirmar que ésta medicación se haya llevado a cabo, lo que constituye una omisión en la medicación.

108. Posteriormente, el 20 de marzo de 2016, en la valoración realizada por AR4 a las 13:00 horas, refirió que V1 se encontraba con *“preeclampsia con datos de severidad, normotensa con tendencia a la hipotensión con doble esquema antihipertensivo, bajo profilaxis antitrombótico con clexane y antibioticoterapia, así como tratamiento con prednisona con el fin de disminuir la respuesta inflamatoria sistémica y tratamiento por síndrome de HELLP tipo III”*. En vista de ello, se indicó *“infusión de albúmina alternadas con dosis de furosemida [...]”*.

109. Al respecto, sobre el suministro de la *“albúmina¹⁹”*, es importante destacar que de las conclusiones del análisis de la muerte materna por el Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital Central, encontró que fue *“solicita[da] albúmina y no se contaba con ella en el hospital. Por lo que el familiar la compra de su bolsillo”*.

110. De igual forma, dicho Comité determinó que en el Hospital prevalecía una situación de desabasto de insumos y, entre otras cuestiones, reportó:

*“[...] Desabasto de insumos dentro del carro rojo de rayos X, debido a ello se tuvo que trasladar a la paciente al área de cirugía de mujeres.
- Se realizó trabajo en equipo en forma a pesar de la falta de insumos [...]”*.

111. Conforme a lo anterior, se observó que este medicamento no se tenía disponible y que fue conseguido por familiares de V1, como lo señaló R en su escrito de queja. Esta circunstancia condicionó un retraso en la atención médica, develando las faltas administrativas para tener todos los recursos disponibles en un hospital de

¹⁹ La *“albúmina”* es una proteína muy presente en la sangre, a fin de constituir 60 % de las proteínas sanguíneas. Una disminución en la tasa de albúmina se define generalmente como hipoalbuminemia, que puede ocurrir en el caso de insuficiencia hepática o, en raras ocasiones, como consecuencia de la enfermedad renal.

segundo nivel donde se manejan pacientes críticos. No obstante lo anterior, conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, esta situación no tuvo implicación en la evolución clínica ni tuvo un impacto a corto plazo en las condiciones V1, ni modificaría el desenlace que presentó la paciente; es decir, el que se le haya administrado una sola dosis, si bien es cierto no fue la causa de la muerte, sí era indispensable la administración de la “albúmina” para efectos de llevar a cabo un tratamiento adecuado e integral.

112. Al respecto, esta Comisión Nacional recuerda que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha reconocido que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud, deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, los cuales derivan de las obligaciones contenidas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Específicamente la *disponibilidad* se refiere a la existencia de infraestructura y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud²⁰.

113. Asimismo, el acceso al goce del más alto nivel posible de salud, *“implica el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, que es la exigencia de que los servicios en la materia sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado, así como las condiciones sanitarias adecuadas”*²¹.

114. Esta Comisión Nacional advierte que la falta de cumplimiento de los elementos esenciales en los servicios de salud, obstaculizó el disfrute del derecho a la protección de la salud de V1, al no contar el Hospital Central con los dispositivos

²⁰ CNDH. Recomendación 18/2016, 29 de abril de 2016, párr. 112; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General 14, “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 11 de mayo de 2000, párr. 12.

²¹ SCJN. Amparo en revisión 378/2014, Segunda Sala, Ministro Ponente: Alberto Pérez Dayán, párr. 11 y 12

para su eficaz desempeño, por lo que en el caso de V1 existió responsabilidad institucional.

115. De acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Constitucional Autónomo, el 20 de marzo de 2016, a las 19:25 horas, fue reportada la administración 1 ml de “*midazolam*” (sedante) intravenoso por personal de enfermería a V1, situación grave, ya que no existe constancia que explique el motivo de su prescripción, por lo que la aplicación de dicho sedante, por el personal de enfermería, no cuenta con el respaldo de signos ni síntomas elaborados por un médico que justificaran la utilización de tal fármaco en el caso de V1.

116. De acuerdo con la Opinión Médica, la administración y el monitoreo de los efectos y resolución del agente sedante “*midazolam*”, se realizó de manera inadecuada, porque en el expediente clínico de V1, no se encontró un responsable de la prescripción ni las indicaciones médicas; no se consignaron las características del producto administrado (concentración en mg.), así como el registro del monitoreo anterior y posterior a su administración, ni registro de los parámetros vitales y neurológicos, así como de la autonomía respiratoria, todo lo cual era necesario puesto que el citado medicamento puede alcanzar un efecto terapéutico más pronunciado, así como mayor riesgo de efectos adversos²².

117. Finalmente, es importante revelar que R explicó tanto en sus escritos de queja y ampliación de ésta, así como en las entrevistas que tuvo con esta Comisión Nacional, que durante los días de hospitalización de V1 (18, 19 y 20 de marzo de 2016), no había personal médico que estuviera pendiente del progreso y que

²² Dentro de los eventos adversos (efectos secundarios) reportados se encuentra la depresión respiratoria (baja capacidad de mantener la respiración automática que mantenga la vida) en pacientes que no tuvieron monitoreo adecuado. La literatura establece que es importante y deseable monitorizar el nivel de conciencia para medir el grado de profundidad de la sedación y evitar en lo posible efectos adversos o colaterales en pacientes sensibles o en mal estado general. En todos los pacientes se debe monitorizar la actividad cardíaca con un monitor que mida electrocardiograma, oximetría de pulso, presión arterial no invasiva, frecuencia cardíaca y respiratoria, ésta última es de suma importancia estar atentos al tipo de ventilación en situaciones en los que tenga respiración espontánea.

realizara el seguimiento adecuado o atendiera a V1, es decir, que la vigilancia y atención médica no fue estrecha.

118. Esta Comisión Nacional constató de las notas médicas, la existencia de lapsos prolongados que demuestran la falta de una adecuada vigilancia estrecha. En tal sentido, entre la revisión del 18 de marzo de 2016 (llevada a cabo por AR3 a las 11:00 horas) y la siguiente valoración o revisión médica (efectuada por AR4 a las 11:00 del 19 de marzo de 2016) existió un lapso de 24 horas en que no se llevó a cabo una valoración por personal médico. La siguiente revisión fue el 20 de marzo a las 13:00 horas por parte del AR4, pasando así entre el segundo y tercer día de hospitalización un periodo de más de 26 horas entre las revisiones médicas.

119. Lo expuesto coincide con lo descrito por R en su escrito de queja, puesto que narra que el proceso de atención médica fue deficiente, debido a que durante viernes 18 y domingo 20 de marzo de 2016, en el contexto de la celebración de “*Semana Santa*”, V1 no fue atendida, por lo que buscaba en los pasillos al personal médico para que brindaran atención y revisaran a su hija, sin que encontrara a los médicos tratantes, y que cuando encontraba a alguno, éste le respondían que era de otra área y no podían atenderla.

120. De acuerdo con la Opinión Médica de la Comisión Estatal (base de la Recomendación 61/2017), se estableció que a partir del segundo día de internamiento, la salud de V1 fue deteriorándose, sin que recibiera la vigilancia estrecha que estaba indicada, por lo que se puede concluir que en efecto recibió atención médica, pero ésta no fue oportuna ni de calidad, sobre todo al considerar que V1 se encontraba en condición de gravedad y evolución desfavorable.

121. Lo anterior permite presumir que la capacidad médica resolutive disponible en el Hospital Central durante el periodo de atención de V1, no fue la deseable, ya que a pesar de que R en diversas ocasiones buscó la atención de un médico durante la etapa crítica de V1, no consta que se encontrara presente el médico tratante, o en su caso, un médico de guardia con las capacidades necesarias para atender los

requerimientos terapéuticos de V1. Al respecto, este Organismo Nacional observa que aunque los hechos ocurrieron en el lapso de “*Semana Santa*”, tal factor no debió de haber afectado la capacidad operativa y de urgencias del Hospital Central, a la que están obligadas en términos de las normas oficiales mexicanas NOM-007-SSA2-2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”, y NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud*”, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

122. En vista de lo anteriormente expuesto, este Organismo Nacional puede concluir que las omisiones descritas concatenadas entre sí, constituyeron una afectación determinante al derecho a la protección de la salud de V1.

2. Derecho a la vida de V1.

123. Este Organismo Constitucional tiene presente que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales como el derecho a la vida²³; en tal sentido, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados, pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso²⁴.

124. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido que: “ [...] *los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de*

²³ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que “el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo”. “*Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 124.

²⁴ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 106.

*calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud*²⁵.

125. Para esta Comisión Nacional, *“el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen una profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana”*. La protección del derecho a la vida de las mujeres en el ámbito de la salud materna, implica la obligación de todas las autoridades de garantizar que las mujeres disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud²⁶.

126. La salud materna y el impulso para hacer frente a la mortalidad materna, ha sido considerada un eje dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas. Específicamente dentro de su Tercer Objetivo *“Salud y Bienestar”* para *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, ha indicado sobre los datos y cifras al respecto que *“la tasa de mortalidad materna —la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con las que lo hacen— en las regiones en desarrollo es aún 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas”*, por lo que una de las metas para el año 2030 es *“reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”*.

127. En el caso, este Organismo Constitucional Autónomo constató diversas omisiones en la atención médica que recibió V1, como fueron la falta de cumplimiento de los servicios de salud y en consecuencia de disponibilidad, los tiempos prolongados de la falta de atención médica y activación tardía del referido *“Código Mater”*.

128. De las notas de enfermería se observó que AR6 señaló la administración del medicamento sedante *“midazolam”*, omitiendo precisar la dosis, dilución y tiempo

²⁵ Corte IDH. *“Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1° de septiembre de 2015, párr. 177.

²⁶ Corte IDH *“Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador”*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, p. 117

de administración, así como verificar que constara la prescripción en la hoja de indicaciones médicas, además, posterior a la administración del “*midazolam*”, omitió el registro del monitoreo de la administración del sedante (signos vitales, estado neurológico, depresión respiratoria). Lo anterior contribuyó en pasar inadvertida la agudización de las complicaciones respiratorias que presentó posteriormente V1.

129. Posteriormente a que fue administrado el “*midazolam*”, AR6 omitió registrar las condiciones de la paciente para conocer los posibles efectos del medicamento antes de fuera trasladada a la sala de rayos X. Esta falta favoreció a pasar inadvertidas las complicaciones respiratorias que presentó V1 una vez que se encontraba en esta sala, lo que a su vez contribuyó a la dilación en la atención médica cuando se detectó el paro cardiorrespiratorio, ya que no se activó de manera inmediata el “*Código Mater*”, que debió activarse debido a que cursaba con un cuadro de emergencia obstétrica. Aunado a que el “*carro rojo*”²⁷ de la sala de rayos X no contaba con todos los insumos necesarios para dicha atención y tuvo que ser trasladada a la sala de cirugía de mujeres para su reanimación; circunstancias y elementos que redujeron la probabilidad de éxito de la reanimación cardiopulmonar de V1.

130. Por tanto, estas omisiones constituyen factores clínicos del fallecimiento de V1, por esta razón se concluye que existió una afectación del derecho a la vida de V1.

3. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1.

131. 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 “[...] *la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...]; [b]rindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las*

²⁷ Unidad móvil para la atención médica urgente, con equipos y medicamentos.

víctimas”, y “[a]segurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

132. 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*”.

133. La violencia obstétrica, es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros²⁸.

134. Este Organismo Nacional, en la Recomendación General 31/2017 “*Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*”, advirtió que: “[e]n el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género[...]” ; igualmente se sostuvo que: “[...] se trata de la violencia perpetrada por

²⁸ CNDH. Recomendaciones 58/2018 de 14 de noviembre de 2018 pág. 139; y 55/2018 de 9 de noviembre de 2018, pág. 165.

*los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos*²⁹.

135. En el párrafo 90, de la Recomendación se estableció que la modalidad de violencia obstétrica psicológica, se presenta cuando el trato a la paciente es “[...] *deshumanizado, grosero [...] cuando la mujer va a pedir asesoramiento, requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica [...]*”.

136. 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 ello el Estado deberá adoptar políticas para 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.

137. 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.

138. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*”, indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que “[...] *el maltrato,*

²⁹ CNDH. 31 de julio de 2017, párrafos 8 y 91.

la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos [...]»³⁰.

139. En la precitada Recomendación General 31/2017, se estableció que una de las consecuencias más graves de la violencia obstétrica, es la que tiene como resultado la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación, situación que pudiera evitarse en algunas ocasiones con una atención médica oportuna³¹.

140. 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 V1, el 17, 18, 19 y 20 de marzo de 2016, quienes no priorizaron su atención médica para garantizar la protección a la salud y la vida de V1 como se ha descrito en la presente recomendación.

141. Para este Organismo Constitucional en el caso de V1, el personal médico del Hospital Central es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém Do Pará”, en atención a las conductas y omisiones que llevaron a cabo al brindarle los servicios médicos.

142. Según las notas del expediente clínico de V1, la paciente fue catalogada con datos de personalidad histriónica³² y antecedentes de toxicomanías, a partir de lo

³⁰ 2014. *Introducción*, p. 4

³¹ Párrafos 195 y 196.

³² De acuerdo a la literatura médica, base de la opinión médica de esta Comisión Nacional, la personalidad histriónica se caracteriza por una emotividad y una búsqueda de atención excesiva como puede ser: Incomodidad en situaciones en las que no son el centro de la atención, cuando existe un comportamiento seductor y provocador, así como la expresión emocional superficial que cambia rápidamente, además de que utiliza el aspecto físico para llamar la atención o muestra

cual se indicó que requería una valoración de psiquiatría; no obstante, dicha valoración no consta en el expediente y la impresión diagnosticada nunca fue corroborada, por el contrario en el expediente clínico de V1 no se encuentran notas que describan las razones con las que contó el personal médico, de las que se desprenda algún signo o síntoma que sustentaran dicho diagnóstico.

143. Es oportuno destacar lo referido por R y V2, en su escrito de queja ante la Comisión Estatal, en el escrito de impugnación, y en las entrevistas con este Organismo Nacional, respecto de que V1 después del nacimiento de V3, *“tenía la vulva muy inflamada, su aparato reproductor estaba muy inflamado y el abdomen también, parecía como si estuviera embarazada y se quejaba de dolor y me decía que se sentía bastante mal, muy mal y entonces [AR5] les dijo a las enfermeras desde la oficina pero se oyó hasta la mitad de la sala imagínese a que volumen lo diría, que [V1] estaba chiple, así dijo ésta, está chiple, como puede ser que le duela tanto no es posible, yo creo que sí es chiple”*.

144. En la citada Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se destacó que en diversas notas médicas se estableció como antecedente médico de V1 *“toxicomanías”*, a partir de que V1 refirió en una cita médica el consumo en 2 ocasiones de marihuana cuando contaba con 15 años (5 años antes de los hechos) y que le gustaba el aroma a *“resistol”* (inhalante); situación que bastó al personal del centro hospitalario para incluirlo en las notas médicas de todos los días de internamiento de V1 (17, 18, 19 y 20 de marzo de 2016), como diagnóstico de que ésta era toxicómana, sin que se advierta en todo el expediente clínico algún estudio que permitiera corroborar o sostener tal diagnóstico.

145. A pesar de que no existían estudios y elementos clínicos que respaldaran como diagnóstico la toxicomanía durante la atención médica de V1, ésta fue establecida como una de las causas de su muerte, fue así que quedó asentado en el certificado

exagerada expresión corporal y que es fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.

de defunción, resumen clínico de muerte materna, formato de notificación inmediata de muerte materna del Sistema Nacional de Salud y en el Cuestionario confidencial de muerte materna.

146. Conforme a la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, no se tiene información completa respecto del tiempo de inicio, frecuencia de uso, último consumo, incluso si consumió durante el embarazo o abusó de alguno de ellos, pues los efectos de una adicción son diversos. Es importante diferenciar entre el uso de sustancias, el abuso, y los trastornos asociados al consumo de las mismas (dependencia por uso frecuente)³³, lo anterior conforme a la Guía de Práctica Clínica “*Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención*”.

147. En el expediente clínico de V1, no se encontraron datos clínicos relacionados a secuelas por el uso de dichas sustancias o algún síndrome específico de supresión de las mismas. Tampoco se encontraron datos y análisis clínicos cuyos resultados pudieran determinar que la toxicomanía fue una de las causas de la muerte, ya que en la necropsia de V1 no se estableció la toxicomanía como una de las causas de su muerte.

148. Es de destacar que R, manifestó en sus distintos escritos presentados a la Comisión Estatal, que los señalamientos de toxicomanía eran falsos y que como antecedentes para la causa de muerte de V1 constituía una mentira, ya que V1 en ningún momento tuvo como hábito consumir o depender de drogas, situación que se robustece con la ausencia de elementos clínicos que permitan sostener las afirmaciones realizadas por el personal del Hospital Central, en el expediente clínico de V1 relativo a su toxicomanía.

149. De lo expuesto, para este Organismo Nacional se cuenta con evidencias suficientes para concluir que V1 fue tratada con prejuicios por parte del personal

³³ Consejo Nacional de Salubridad, 2015. pág 42.

médico y de enfermería que intervinieron en su atención, derivado del diagnóstico de “*toxicómana*” y de “*trastorno de personalidad histriónica*”, que fue señalado desde su ingreso al Hospital Central, lo que trajo como consecuencia que V1 estuviera sin atención médica por tiempos prolongados y se minimizara su dolor al dar por hecho que padecía trastorno de personalidad histriónica, al punto de que AR5 haya expresado que V1 estaba “*chiple*”, sin considerar que tenía “*preclamsia*” severa, con diagnóstico de “*Anasarca*”³⁴, lo que culminó en que AR6, sin existir indicación médica, ni instrucción alguna, le suministrara un sedante; situación que al no ser vigilada, posteriormente originó que V1 no recibiera la asistencia necesaria en el momento en que los efectos del fármaco resultaron desfavorables.

150. Para este Organismo Constitucional, la violencia obstétrica, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud³⁵, así pues se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto; la normalización de estas prácticas en las instituciones de salud, redundando en violaciones a los derechos humanos de las mujeres, sobre todo cuando se les estigmatiza o prejuzga respecto de su estado, lo que deriva en que la atención médica a que tienen derecho no se les preste en forma adecuada y oportuna, como en el caso de V1, pues las actitudes de enojo y las expresiones inapropiadas a la paciente, así como el trato descortés y violento, consistente en gritos, regaños e insultos por parte de los servidores públicos que estaban encargados de darle el servicio de calidad que su caso requería, constituyen actos de violencia obstétrica³⁶.

151. Por tanto, del análisis de las evidencias y testimonios a que se ha hecho referencia, con perspectiva de género, y ante la mala integración del expediente clínico de V1, así como la inadecuada atención médica que se le brindó, para esta

³⁴ Hinchazón generalizada del cuerpo

³⁵ CNDH. Recomendación General 31/2017 “*Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*”. 31 de julio de 2017, párrafos 12 y 139.

³⁶ CNDH. Recomendaciones 19/2015, 20/2015, 45/2015 y 6/2017.

Comisión Nacional es posible asumir que en el caso de V1 se violó su derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

4. Inadecuada integración del expediente clínico de V1.

152. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que un *“expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*³⁷.

153. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, prevé que 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 [...] 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 [...] 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 [...]”*³⁸.

154. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*³⁹.

³⁷ *“Caso Albán Cornejo y Otros Vs. Ecuador”*, sentencia del 22 de noviembre de 2007, p. 68.

³⁸ Prefacio y numeral 4.4

³⁹ CNDH. 31 de diciembre de 2017, p.35

155. El incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional a través de diversas Recomendaciones, en las que se denunciaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en su incumplimiento, no obstante que es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

156. En el presente caso y de la revisión del expediente clínico de V1 integrado con motivo de la atención médica brindada en el Hospital Central se pudo advertir la falta de firma del personal médico adscrito a ese nosocomio, encontrando únicamente las firmas de los médicos residentes, con lo que no se puede asegurar la supervisión del personal especialista en turno. Además, se encontraron diversas notas y hojas de indicaciones médicas que no cuentan con fecha y hora elaboración, ni con nombre de quien la realizó.

157. En particular, la nota médica del 20 de marzo de 2016 elaborada a las 17:00 horas, relativa al reporte de interconsulta con el servicio de medicina crítica, solamente se señala el nombre del médico residente, sin que se haya asentado el nombre y firma del médico titular.

158. Por lo anterior, esta Comisión Nacional cuenta con evidencias suficientes para determinar que, por la inadecuada integración del expediente clínico, la ausencia de médicos las anotaciones médicas sin bases médicas y científicas soportados en estudios clínicos, se traduce en una transgresión a la citada norma oficial mexicana, así como en la violación al derecho de V1 a una vida libre de violencia obstétrica.

E. Responsabilidad

159. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1, como se acreditó en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud, a la vida y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, que le provocó la pérdida de la vida.

160. Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para quienes resulten responsables, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, respecto a la elaboración de las notas médicas, integración de la historia clínica y exploración física de V1, así como la falta de firmas de médicos y residentes en las notas médicas como quedó acreditado.

F. Responsabilidad institucional

161. Esta Comisión Nacional observa que las omisiones descritas, como la falta de personal médico, insumos, equipamiento o infraestructura médica, forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del sistema de salud, por lo que este Organismo Nacional insta a la Secretaría de Salud para determinar si las problemáticas ocurridas en los hechos del presente caso, pueden derivar en el incumplimiento en alguna de las obligaciones contenidas en el artículo 23 fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua, especialmente en mandos medios y superiores que debieron prever que en específico, que el Hospital Central contara con toda la disponibilidad de personal y equipo médico necesario para garantizar el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud y la vida de V1, y el resto de personas usuarias del servicio.

162. Tal circunstancia evidencia un incumplimiento a lo establecido en el apartado 5.1.8 de la NOM-007-SSA-2016, que prevé que *“los establecimientos para la*

atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas (como es el caso de la preclampsia y anasarca que V1 presentaba) deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año". Como quedó acreditado en la presente Recomendación en el Hospital Central faltaron insumos e instrumentación para la adecuada atención médica de V1, como lo fue la *"albúmina"* y el *"carro rojo"* en la sala de rayos X no contaba con todos los insumos requeridos para los casos de emergencia como el paro cardiorespiratorio, lo que contribuyó a disminuir la supervivencia de V1, teniendo como desenlace su muerte.

163. De igual manera, se incumplió con el numeral 5.1.11 de la misma NOM-007-SSA-2016, que indica *"la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución"*. En el presente caso ocurrió lo contrario al momento en que V1 fue señalada como toxicómana y con personalidad histriónica sin evidencias, también al minimizar su dolor y padecimiento al describirla como quejumbrosa, *"chiple"*, poco cooperadora y *"vervorreica"* tal y como lo señalan diversas notas médicas y las declaraciones de R y V2.

164. No escapa al análisis de este Organismo Nacional, la circunstancia de que a pesar de que hizo de conocimiento al Instituto de Salud, con el escrito de recurso de impugnación, mediante oficio V4/44523 de 13 de julio de 2018, a la fecha de emisión de la presente Recomendación, no atendió el requerimiento de este Organismo Nacional, con lo cual, no solo hace patente su falta de interés en la atención del caso, sino que actualiza una irregularidad en sí mismo, tal como se desprende lo dispuesto por párrafo segundo de la fracción IV del citado artículo 23

de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua.

G. Reparación integral del daño.

165. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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 1ero, 2do, fracción I, 4to, 7 fracciones II, VI, VII, VII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción IV, 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como el 6, 20, fracciones II, 22, fracciones IV, VI, 36, fracción IV, 37, fracciones I, II y 39 de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, se deberá reparar el daño a R, V2 y V3, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente Recomendación, así como su inscripción ante el Registro Nacional de Víctimas.

166. En el presente caso, R, V2 y V3 adquieren la calidad de víctimas indirectas, en razón del vínculo familiar existente como madre, esposo e hija de V1 que cada uno posee respectivamente, el cual propicia que sean susceptibles de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en la presente Recomendación, por lo que deberán ser consideradas para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de Chihuahua.

a) Medidas de rehabilitación.

167. Las medidas de rehabilitación, pretenden reparar las afectaciones físicas, psíquicas o morales que puedan ser objeto de atención médica o psicológica. Para esta finalidad, previo consentimiento de la víctima, se deberá prestar atención psicológica a R, V2 y V3 por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total sanación psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima brindando información previa clara y suficiente.

b) Medidas de satisfacción.

168. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 ante la instancia competente por las violaciones a los derechos humanos descritas; investigar y determinar el personal médico y de enfermería que incurrió en las omisiones detalladas en el expediente clínico de V1, así como por la falta de personal médico suficiente y equipo técnico e insumos necesarios para la atención médica de V1.

c) Garantías de no repetición.

169. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda que en el plazo de 3 meses a partir de la notificación de la presente Recomendación, se diseñen e impartan al personal médico del Hospital Central, los siguientes cursos: 1) sobre los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*", en conexión con la "*Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y manejo de parto de bajo*

riesgo” y la “*Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales.*” Para profesionalizarlo sobre la importancia de prevenir, diagnosticar y atender oportuna y adecuadamente las emergencias obstétricas durante el puerperio; 3) Sobre la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión Nacional en su Recomendación General 29, “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”; y 4) sobre violencia obstétrica, con especial énfasis en la atención durante el puerperio y la Recomendación General 31/2017 “*Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.*” Emitida también por esta Comisión Nacional. Estos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado para sensibilizar a todo el personal de salud.

170. Asimismo, en el plazo de 6 meses a partir de la notificación de esta Recomendación se deberán tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el Hospital Central cuente con la infraestructura, personal médico, equipamiento e insumos necesarios para brindar atención integral y con calidad, tales como el equipo para realizar ultrasonidos.

c) Medidas de compensación.

171. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las

consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso⁴⁰.

172. Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas.

173. De igual manera, deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) derechos violados, 2) temporalidad, 3) impacto bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psico-emocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad.

Por lo expuesto, este Organismo Nacional se permite formular, respetuosamente a Ustedes las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A usted señor Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Chihuahua:

ÚNICA. Garantizar que en la Recomendaciones emitidas subsecuentemente, las víctimas de violaciones a los derechos humanos tengan acceso a una reparación integral efectiva, estableciendo la procedencia de la reparación del daño ante las

⁴⁰ "Caso *Bulacio vs. Argentina*". Sentencia del 18 de septiembre de 2003, p.p 90 y 91

violaciones a los derechos humanos, y que se realicen las investigaciones procedentes.

A usted señor Gobernador del Estado de Chihuahua:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua se repare integralmente el daño causado y se inscriba a R, V2 y V3 en el Registro Estatal de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación, conforme a la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, que incluya el pago de una compensación y/o indemnización, así como los parámetros señalados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Cumplir con los puntos primero, tercero y cuarto recomendatorios de la Recomendación 61/2017, emitida por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore la queja que esta Comisión Nacional presente ante la Secretaría de la Función Pública del Estado de Chihuahua, para que inicie los procedimientos de investigación administrativa en contra de los servidores públicos de la Secretaría de Salud que se identificaron en el cuerpo de la presente Recomendación como AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, además del personal médico y de enfermería que incurrió en omisiones en la integración del expediente clínico de V1, así como los que omitieron dar respuesta a la petición de informes realizado por esta Comisión Nacional en términos de lo dispuesto por la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua, para lo cual deberá enviar las constancias que así lo acrediten.

CUARTA Que se tomen todas las medidas de previsión de carácter legal, presupuestal, administrativo, financiero o de otra índole para que, en el plazo de 5 meses, a partir de la notificación de la presente Recomendación, el Hospital Central

cuenta con la infraestructura, personal médico, equipamiento e insumos necesarios para brindar atención integral y con calidad, de manera especial, abasteciendo por completo de insumos en todos los “*carros rojos*”, iniciando con el del área de rayos X, especialmente los medicamentos del Cuadro Básico de Medicamentos, resuelvan y gestionen la adquisición de cualquier otro que sea necesario para que los derechohabientes continúen con el plan de manejo que les sea indicado, y así dar cumplimiento a la obligación de progresividad al derecho a la protección de la salud y su correlativa prohibición de regresividad; y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se diseñen e impartan en el Hospital Central, en el plazo de 3 meses a partir de la notificación de esta Recomendación, los cursos de capacitación ya mencionados. Los cuales deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado para sensibilizar a todo el personal de salud y deberán realizarse con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciba, en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación y, en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente.

174. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus

atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

175. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

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

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ