



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 28 /2019

**SOBRE EL RECURSO DE IMPUGNACIÓN
POR LA INSUFICIENCIA DE LA
RECOMENDACIÓN 52/2017 EMITIDA POR
LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS DE CHIHUAHUA,
POR VIOLACIONES A LOS DERECHOS
HUMANOS EN AGRAVIO DE V1.**

Ciudad de México, a 30 de mayo de 2019.

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

**MTRO. NÉSTOR ARMENDÁRIZ LOYA
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS
HUMANOS DE CHIHUAHUA**

Distinguidos señores:

1. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero, 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Constitución Mexicana); 1º, 3º último párrafo, 6º fracciones IV y V, 15 fracción VII, 41, 42, 61 a 66 inicios b y d de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 148 y 159, fracciones II, III y IV, 160 a 167, 169 y 170 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/4/2018/208/RI, sobre el recurso de impugnación interpuesto

contra la Recomendación 52/2017 del 1 de diciembre de 2017, emitida por la Comisión Estatal.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, de conformidad con los artículos 4º párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 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; así como 3º, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, los datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas 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 correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
R	Recurrente
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público

4. 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:

Nombre	Acrónimo/abreviatura
Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud en Ciudad Juárez, Chihuahua	CAAPS
Centro Médico de Especialidades de Ciudad Juárez S.A. de C.V.	Centro Médico Privado
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua	Comisión Estatal
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Corte Interamericana de los Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General del Estado de Chihuahua	Fiscalía Estatal
Fiscalía General de la República	FGR
Ministerio Público	MP
Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, Chihuahua	Hospital de la Mujer
Hospital General de Chihuahua " <i>Dr. Salvador Zubirán Anchondo</i> "	Hospital General
Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012 " <i>Del Expediente Clínico</i> ".	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, " <i>Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas</i> ".	NOM-001-SSA3-2012
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización Mundial de la Salud	OMS
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS.

5. El 28 de mayo de 2015, R presentó queja ante la Comisión Estatal en las oficinas de Ciudad Juárez, Chihuahua, en donde refirió hechos presumiblemente violatorios de derechos humanos en agravio de su hija V1, iniciándose el EQ1 por actos atribuibles a personas servidoras públicas de la Secretaría de Salud, en particular del Hospital de la Mujer, debido a la inadecuada prestación del servicio y atención médica que le brindaron en dicho nosocomio.

6. R dijo en su queja que el 26 de marzo de 2015, a las 10:00 horas, V1, mujer de 19 años de edad, quien cursaba un embarazo de nueve meses de gestación, comenzó a sentir contracciones, por lo que a las 16:00 horas acudieron al Hospital de la Mujer, donde le indicaron a V1 que regresara 3 horas después debido a que, según información proporcionada por el médico de guardia, “[...] *el bebé no bajaba y no estaba dilatada*”, con cita abierta.

7. Un día después, 27 de marzo de 2015, nuevamente V1 fue al Hospital de la Mujer, donde fue valorada e internada debido a sus fuertes dolores. Después de aproximadamente 6 horas fue ingresada a sala de expulsión, registrándose el nacimiento por parto natural de V2, de sexo femenino, con Apgar de 8/9 (buen estado de salud). Cuando R solicitó información sobre el estado de salud de V1, una trabajadora social le hizo saber que había tenido una niña (V2), y no podían darlas de alta en ese momento ya que V1 había sufrido un “desgarro” de cuarto grado.

8. El 28 de marzo de 2015, personal médico del Hospital de la Mujer informó a R que V1 se encontraba estable y que el desgarro “*había sido reparado por planos*” (con suturas subcutáneas e intradérmicas) y fue dada de alta al día siguiente. El 14 de abril de ese año presentó dolor vaginal con fiebre, por lo que acudió al Hospital de la Mujer, en donde le prescribieron antibióticos con diagnóstico de infección de vías urinarias y volvió a su domicilio, pero al no presentar mejoría, el 17 del mismo mes

regresó al mismo hospital, donde estuvo bajo observación durante 5 horas, prescribiéndosele un nuevo tratamiento.

9. El 19 de abril de 2015, R llevó otra vez a V1 al Hospital de la Mujer, donde al ser revisada les informaron que el desgarro de cuarto grado y episiotomía¹ “[...]no habían cerrado bien” y “que se había infiltrado el excremento al haberse saturado de desechos la infección llegó a la vagina”.

10. El 22 de abril de 2015, V1 entró a sala quirúrgica en donde después de la revisión que se le practicó, se encontró una fístula recto-vaginal² secundaria al desgarro de cuarto grado al momento del parto con material fecal a través de vagina, por lo que fue ingresada para un procedimiento de exploración.

11. El 29 de abril de 2015, los médicos reportaron a V1 grave, con pronóstico reservado a evolución. Describieron haber explicado detenidamente el plan terapéutico a la paciente, incluyendo lo relativo al procedimiento quirúrgico para el cierre de la fístula recto-vaginal, misma que fue programada como en 6 a 8 semanas posteriores, ya que en ese momento no era posible la intervención quirúrgica debido a los niveles (bajos) de leucocitos en sangre, por lo que no se autorizó su egreso. Sin embargo, R al observar el delicado estado de salud, su deterioro y el fuerte dolor que V1 expresaba, solicitó alta voluntaria para trasladar a su hija a un hospital privado.

12. Así, en esa fecha, V1 fue ingresada al Centro Médico Privado, con diagnóstico de fístula recto-vaginal y sepsis³. Un día después, el 30 de abril, una doctora de esa

¹ Sección que se realiza en el periné en el momento del parto para evitar los desgarros. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001.

² Cavidad anormal la que pone en comunicación el recto y la vagina. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001.

³ Situación clínica grave con manifestaciones sistémicas de una infección.

institución privada diagnosticó a V1 con desgarró de cuarto grado infectado, fístula recto-vaginal, leucopenia⁴, y anemia clínica.

13. El 3 de mayo de 2015, V1 continuaba grave y requería ser tratada al siguiente nivel de atención, por lo que el 4 de ese mismo mes y año, R solicitó su traslado al Hospital General en la ciudad de Chihuahua, debido a que su familia no podía seguir costeadando los gastos

14. A las 23:50 horas del mismo día, V1 ingresó al Hospital General en donde un día después, se le practicó una colostomía y suministró tratamiento para el mejoramiento del sistema inmune, así como antibiótico para el manejo del cuadro infeccioso con el que ingresó.

15. El 18 de mayo de 2015, V1 fue dada de alta del área de hematología con la indicación de acudir al hospital en caso de ameritarlo; se ordenó interconsulta de Ginecología y Obstetricia para revisión, y al presentar mejoría clínica fue dada de alta del Hospital General el 19 de mayo de ese año.

16. El 28 de mayo de 2015, R presentó su primera queja ante la Comisión Estatal, por lo que se radicó el EQ1. Al día siguiente, un visitador adjunto y una doctora de la Comisión Estatal fueron al domicilio de V1, tomaron su comparecencia y le indicaron que realizarían las gestiones necesarias en el Hospital General para que se le brindara el servicio de transporte en ambulancia a sus citas médicas de su domicilio en Ciudad Juárez a Chihuahua.

17. El 5 de junio de 2015, V1 se constituyó en las oficinas de la Delegación de la entonces Procuraduría General de la República (hoy Fiscalía General de la República FGR) en Ciudad Juárez, para presentar denuncia por el delito de lesiones

⁴ Disminución de las cifras de leucocitos en la sangre periférica por debajo de 4.000 unidades.

por responsabilidad profesional; en ese momento se le realizó la certificación de lesiones por perito médico.

18. El 13 de julio de 2015, V1 acudió a su cita de evaluación en el Hospital General, donde un médico proctólogo refirió que la paciente presentaba herida quirúrgica cicatrizada, y se programó una cirugía de reparación de la fístula recto-vaginal que se llevó a cabo el 14 de agosto del mismo año; V1 fue dada de alta tres días después.

19. El 14 de septiembre de 2015, V1 fue al Hospital General y fue valorada por personal médico, y se le diagnosticó: *“postoperada de fistula y plastia, herida quirúrgica cicatrizada y aparente fistula, se indicó cita en un mes”*. El 24 del mismo mes y año, V1 de nuevo ingresó a dicho Hospital en mal estado de salud al presentar sangrado uterino anormal, por lo que una médica gineco-obstetra le indicó ultrasonido pélvico, dándola de alta el mismo día.

20. El 19 de octubre de 2015, V1 asistió al Hospital General con los resultados del ultrasonido mencionado, programándosele una intervención quirúrgica para el cierre de la colostomía.

21. El 18 de diciembre de 2015, V1 fue valorada por un cirujano del Hospital General quien refirió que programaría cirugía para restitución de tránsito intestinal y solicitaría engrapadora circular.

22. El 5 de enero de 2016, V1 se trasladó al Hospital General en donde fue valorada para la realización de la cirugía de cierre de colostomía y restitución intestinal por el cirujano general; intervención que fue programada para el 7 de enero de ese año, sin embargo, fue dada de alta un día después, sin que se le practicara la cirugía, ni se le especificaran los motivos de ello.

23. El 15 de enero de 2016, V1 compareció ante la Fiscalía Estatal en atención a un citatorio; cuatro días después, un médico legista de la señalada Fiscalía, suscribió el

certificado médico de lesiones practicado a V1, en el que “[s]e *determinaron lesiones que ponen en peligro la vida, que tardan en sanar más de 60 días. De las que se puede derivar infección o sepsis, pueden dejar alteraciones en órganos intraabdominales, puede dejar alteraciones digestivas crónicas, puede presentar ataque al estado general y complicaciones quirúrgicas*”.

24. Es hasta el 11 de febrero del 2016, que se le practicó a V1 “*cirugía de restitución de tránsito intestinal*” en el Hospital General, quien quedó hospitalizada y en observación por su situación de gravedad. El 19 de febrero del mismo año se le realizó un lavado de cavidad abdominal en calidad de urgencia.

25. El 9 de marzo de 2016, R presentó una segunda queja en la Comisión Estatal, oficinas de Chihuahua, donde hizo referencia y amplió el EQ1, agregando hechos acontecidos a partir de febrero de 2016, cometidos en agravio de V1 por personal del Hospital General, con motivo de complicaciones derivadas de los procedimientos practicados a V1 en ese nosocomio, así como en contra de la Fiscalía Estatal, por lo que la Comisión Estatal radicó el EQ2.

26. El 14 de marzo de 2016, V1 falleció en el Hospital General después de haber estado en terapia intensiva durante ocho días. En el certificado de defunción se asentó como causa de muerte “*shock séptico, fistula de colon, vejiga y uréter secundario fistula recto-vaginal post-parto*”.

27. En entrevista con esta Comisión Nacional, R mencionó que al ser notificada del fallecimiento de su hija, le informaron que la causa de la muerte fue de tipo natural, por lo que debido a las circunstancias exigió la presencia de la Fiscalía Estatal, la cual realizó las primeras diligencias y trasladaron el cuerpo de V1 para la necropsia de ley.

28. El 15 de abril de 2016, un médico legista de la Fiscalía Estatal realizó el reporte de necropsia, en el que determinó que la causa de la muerte de V1 fue *“shock séptico por fístula de colon, vejiga y uréter secundario a fístula recto-vaginal post parto”*.

29. El 1 de diciembre de 2017, la Comisión Estatal emitió la Recomendación 52/2017, dirigida al Secretario de Salud del Estado de Chihuahua, determinando que *“[...] el personal del Hospital de la Mujer no observó el contenido de las aludidas Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 y 168-SSA1-1998, en las que se hace el señalamiento por un lado de la importancia de llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica así como dar un correcto seguimiento del embarazo y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, [...] y por el otro la importancia de la debida integración del expediente clínico [...]”*⁵.

30. Sobre el Hospital General, en la mencionada Recomendación se señala que, derivado de las evidencias y del dictamen médico institucional de la CONAMED a solicitud de la Comisión Estatal, *“se observan deficiencias en la atención otorgada a [V1] por los departamentos de hematología, cirugía general, medicina interna y proctología, quienes pudieron profundizar y referir a la agraviada a un centro de salud con mayor capacidad el cual pudiera satisfacer las necesidades que presentaba [V1]”*⁶.

31. A manera de conclusión la aludida Recomendación indica que: *“se advierten deficiencias y omisiones que se traducen en una violación al derecho a la protección a la salud consagrado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [...] por lo que corresponde al personal adscrito a las diferentes áreas de la Secretaría de Salud involucrados en los hechos apuntados, deberá dilucidarse si se ha contravenido lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua, [...]”*

⁵ Comisión Estatal, párrafo 80.

⁶ *Op. Cit.*, párr. 81.

circunstancia que deberá analizarse dentro del procedimiento que para tal finalidad se instaure [...]. Dentro del mismo procedimiento deberá determinarse lo correspondiente a la reparación integral del daño que les corresponda a las personas agraviadas, en el acato al deber del Estado de investigar, sancionar y reparar las violaciones a derechos humanos [...] se tienen evidencias que muestran una prestación indebida del servicio público en materia de salud, sin embargo, las mismas no resultan suficientes para determinar que la causa de la muerte se deba a las deficiencias en los servicios médicos brindados a [V1] con motivo de su embarazo, además del lapso transcurrido entre el alumbramiento, 27 de marzo de 2015 y la fecha de su fallecimiento, 14 de marzo de 2016, por lo que no contamos con elementos para concluir que estamos ante un caso de muerte materna, tortura ni violencia feminicida”⁷.

32. De forma específica, los puntos recomendatorios de la multicitada Recomendación 52/2017, dirigida a la Secretaria de Salud del Estado de Chihuahua, son:

***“PRIMERA.-** A Usted [...], en su carácter de Secretario de Salud en el Estado, se instaure, integre y resuelva procedimiento administrativo de responsabilidades, en contra de los servidores públicos del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez y del Hospital General ‘Salvador Zubirán’ que tuvieron intervención en los hechos analizados, en el cual se consideren las evidencias y los argumentos esgrimidos, y en su oportunidad se impongan las sanciones que en derecho correspondan.*

***SEGUNDA.-** A Usted mismo, se analice y resuelva respecto a la reparación integral del daño que conforme a derecho pueda corresponder.*

⁷ Op. Cit. Párrafos 83, 85, 85.1 y 87.

TERCERA.- *A Usted mismo, se instruya al personal de las instituciones públicas de salud que brindaron la atención médica, la observancia rigurosa de las Normas Oficiales Mexicanas, cuyas omisiones han quedado evidenciadas.”*

33. El 4 de diciembre de 2017 la Recomendación 52/2017 se notificó a la Secretaría de Salud, y el 11 del mismo mes y año a R.

34. El 9 de enero de 2018, R presentó recurso de impugnación ante la misma Comisión Estatal, en contra la citada Recomendación, argumentando entre otras cosas que, *“ese Organismo estatal no consideró que el caso de mi hija [V1] se trata de una muerte materna – a pesar de que se encuentra dentro del margen de estándares de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- ni con el hecho de que omitió tomar en cuenta que el Certificado de su defunción indica ‘homicidio’ y que, de acuerdo con el MODELO DE PROTOCOLO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN DE LAS MUERTES VIOLENTAS DE MUJERES POR RAZONES DE GÉNERO, ministerialmente debe investigarse su fallecimiento como Violencia feminicida y no como práctica indebida del servicio médico [...]”,* puntualizando que *“a pesar de que ese Organismo local consideró probadas contra la Autoridad responsable ciertas violaciones al derecho a la integridad y salud de mi hija, dejó al arbitrio de ésta decidir qué reparaciones nos corresponden, infringiendo directamente su mandato constitucional y contraria a su calidad de institución protectora de los derechos humanos”.*

35. El 18 de enero de 2018, la Secretaría de Salud *“acepta en su totalidad”* la Recomendación 52/2017.

36. No obstante haber aceptado en su totalidad la aludida Recomendación, la autoridad recomendada puntualizó en su respuesta que *“[e]n cuanto a la **PRIMERA RECOMENDACIÓN** [...] se están integrando todas las actuaciones efectuadas en el*

*presente caso, con el propósito de iniciar los procedimientos administrativos disciplinarios conducentes ante la Secretaría de la Función Pública, para que por su conducto se determinen las sanciones administrativas que en su caso pudieran corresponder a los funcionarios que intervinieron en la atención médica que se le brindó a la paciente de referencia [...]. Por lo que se refiere a la **SEGUNDA RECOMENDACIÓN**, [...] al no haberse generado ningún daño a la salud de la misma [V1] es claro que no existe daño integral que reparar por parte de esta Secretaría de Salud [...]. Con respecto a la **TERCERA RECOMENDACIÓN**, [...] a la fecha se encuentra en proceso la planeación de varios cursos de capacitación que tendrán como fundamental propósito instruir la aplicación estricta de las Normas Oficiales Mexicanas [...] los cuales se impartirán en los diversos hospitales que se encuentran bajo la estructura de los Organismo Públicos Descentralizados denominados Servicios de Salud de Chihuahua e Instituto Chihuahuense de Salud [...]*”.

37. El 24 de enero de 2018, se recibió en esta Comisión Nacional escrito de R, mediante el que solicitó a la Comisión Estatal la remisión del recurso de impugnación interpuesto el 9 de enero del mismo año. Al día siguiente se notificó a R la respuesta de la Secretaría de Salud, informándole que en caso de alguna inconformidad, debía manifestarla por escrito a esa Comisión Estatal para iniciar la substanciación del recurso de impugnación.

38. Para documentar las violaciones a los derechos humanos, se requirieron los informes conducentes a las autoridades involucradas, se realizaron las diligencias pertinentes para la investigación de los hechos y la obtención de evidencias relacionadas con el caso, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

39. Escrito de R recibido en esta Comisión Nacional el 24 de enero de 2018, por el que solicitó a ésta, requerir a la Comisión Estatal remita el recurso de impugnación interpuesto el 9 de enero de 2018.

40. Escrito de queja de R de 9 de marzo de 2016, ante la Comisión Estatal, en el que se apunta la mala atención médica que se le estaba brindando a V1 en el Hospital General.

41. Oficio sin número de 16 de marzo de 2016, donde el Hospital General solicitó a la Comisión Estatal ampliación del plazo para rendir su informe y presentar el expediente clínico de V1, quien falleció el 14 de marzo de 2016.

42. El 15 de diciembre de 2016, la ONG presentó un escrito de ampliación de queja ante la Comisión Estatal.

43. Escrito de la ONG interpuesto el 13 de enero de 2017 ante la Comisión Estatal, solicitando la acumulación de los expedientes EQ1 y EQ2.

44. Acuerdo de acumulación de 17 de enero de 2017, donde la Comisión Estatal hace constar que el expediente EQ2 fue acumulado al EQ1.

45. Oficio CHI-JAO 0447/2018 de 17 de marzo de 2018, mediante el que la Comisión Estatal remitió el referido escrito de impugnación y como copia certificada de los expedientes EQ1 y EQ2, de cuyas constancias destacan las siguientes:

45.1 Escrito de queja de R de 28 de mayo de 2015, interpuesto ante la Comisión Estatal oficina en Ciudad Juárez, en el que expuso hechos cometidos en agravio de V1 por personal del Hospital de la Mujer.

45.2 Resumen clínico del Hospital de la Mujer de V1 de 29 de abril de 2015.

45.3 Acuerdo de radicación de la Comisión Estatal del expediente EQ1 de 29 de mayo de 2015.

45.4 Oficio ICBS-JUR_962/2015 de 29 de junio de 2015, en el que el Instituto Chihuahuense de Salud dio respuesta a la Comisión Estatal sobre la atención médica brindada a V1 en el Hospital de la Mujer, al que adjuntaron copias con 9 fojas del dictamen médico de V1.

45.5 Oficio CJ JL 010/16 de 14 de enero de 2016, en el que la Comisión Estatal respondió al Hospital General que el expediente radicado con motivo del caso de V1, se encontraba en trámite “*y en espera de una futura conclusión [...]*”.

45.6 Oficio CJ JL 71/16 de 10 de febrero de 2016, por medio del que la Comisión Estatal envió a la CONAMED el escrito de queja de R para su conocimiento e intervención.

45.7 Oficio HM-DG-049-2016 de 22 de marzo de 2016, en el que el Hospital de la Mujer entregó a la Comisión Estatal copia del expediente de V1 en 164 fojas.

45.8 Escrito de 21 de junio de 2016 signado por R, solicitando a la Comisión Estatal copia de los expedientes EQ1 y EQ2, información de su status y autorizando a la ONG, para intervenir en su expediente.

45.9 Oficio CJ JL 297/2016 del 14 de julio de 2016, en el que la Comisión Estatal informó a R que su expediente EQ1, se encontraba en trámite y en espera de la respuesta del Colegio Médico de Chihuahua, además de que el expediente clínico de V1 sería acumulado al expediente EQ, adjuntando a su respuesta 97 fojas.

◆ **Evidencias del expediente EQ1 y su acumulado.**

46. Copia del acta de defunción de V1, de 17 de marzo de 2016.

47. Oficio CJ JL 054/2017 del 22 de febrero de 2017, mediante el que la Comisión Estatal requirió a la CONAMED entregar el dictamen que le solicitó del caso de V1.

48. Dictamen médico institucional 149/16 de 26 octubre de 2016, emitido por la CONAMED para la Comisión Estatal.

49. Oficio CJ JL 065/2017 de 2 de marzo de 2017, por el cual la Comisión Estatal solicitó a la Fiscalía Estatal información de la investigación sobre el caso y del fallecimiento de V1.

50. Oficio sin número del 14 de marzo de 2017, por el cual la Fiscalía Estatal rindió su informe a la Comisión Estatal y adjuntó ficha informativa sobre la Carpeta de Investigación (37-2015-0019024).

51. Oficio SS/DJ/136-2017 del 12 de abril de 2017, por el cual la Secretaría de Salud de Chihuahua rindió su informe a la Comisión Estatal.

52. Escrito de la ONG presentado ante la Comisión Estatal el 21 de junio de 2017, solicitando se realice y agregue al expediente una Opinión Médica elaborada por una institución particular.

53. Recomendación 52/2017 del 1 de diciembre de 2017, emitida por la Comisión Estatal y dirigida a la Secretaría de Salud del Estado.

54. Oficio AM-742/2017 del 4 de diciembre de 2017, mediante el que la Comisión Estatal notificó a R la emisión de la Recomendación 52/2017.

55. Oficio SS/DJ/0007 del 18 de enero 2018, donde la Secretaría de Salud aceptó la Recomendación 52/2017; sin embargo, señaló que “*no existe daño integral que reparar*”, lo que no cumplió con el resulta en la omisión de dar cumplimiento al punto segundo de la Recomendación 52/2017.

56. Escrito de impugnación de R del 9 de enero de 2018, interpuesto contra la Recomendación 52/2017, al que adjuntó otro escrito, donde describe las omisiones de la Comisión Estatal en la atención al caso de V1 y las deficiencias de la Recomendación 52/2017.

57. Escrito de R presentado el 26 de enero de 2016, ante la Comisión Estatal, para ratificar el recurso de impugnación.

58. Acuerdo de incumplimiento emitido por la Comisión Estatal del 20 de febrero de 2018, en el que determinó procedía hacer efectivo el recurso de impugnación de R,

y que la Recomendación 52/2017 se encontraba como aceptada sin pruebas de cumplimiento.

◆ **Evidencias de la Carpeta de Investigación.**

59. Oficio 60/UIDV/2019 de 17 de enero de 2019, por el que AR16 adjuntó copia certificada de la Carpeta de Investigación iniciada el 14 de julio de 2015, por el delito de “*Práctica Indebida del Servicio Médico*”, en agravio de V1, destacando de sus actuaciones por su relevancia, las siguientes:

59.1 Acuerdo de 5 de junio de 2015, en el que la FGR, tiene por recibida la denuncia de V1 por la posible comisión del delito de “*LESIONES POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL*”, cometido en agravio de V1, acordando el inicio de la Averiguación Previa.

59.2 Comparecencia de V1 el 5 de junio de 2015, en la que narró hechos posiblemente constitutivos de delito.

59.3 Comparecencia de R el mismo 5 de junio, en la cual presentó copias simples del historial médico de la atención brindada a su hija por parte del Hospital de la Mujer, y copia simple del escrito del Centro Médico Privado, en donde informa el monto de los gastos hospitalarios generados por la atención de V1.

59.4 Oficio UIDPAZ-326/2016 de 15 de enero de 2016, en el que la Agente del MP de la Unidad Especializada de Delitos de Peligro contra la Paz, Seguridad de las Personas y la Fe Pública, solicitó a la Fiscalía Especializada

en Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito (Zona Norte), brindar apoyo asistencial de urgencia a V1.

59.5 Oficio sin número de 19 de enero de 2016, a través del que la Fiscalía Estatal Zona Norte informó al Agente del MP de la supra citada Unidad Especializada, que V1 fue canalizada al área jurídica de esa Fiscalía Especializada, porque V1 procedió legalmente “*por la práctica indebida del servicio médico*”.

59.6 Informe médico de lesiones de 19 de enero 2016, en el que se describe y concluye que V1 sí presentó lesiones que ponen en peligro su vida, que tardan en sanar más de 60 días, y que dejan consecuencias médico legales que pueden presentar infecciones de las lesiones o sepsis, así como alteraciones en órganos intra-abdominales, además de alteraciones digestivas crónicas, ataques al estado general y complicaciones quirúrgicas.

59.7 Diligencia del 27 de enero del mismo año, en la que R refirió los hechos que le constan relacionados con la atención médica que recibió V1.

59.8 Reporte Médico de 15 de abril de 2016, de la Fiscalía Estatal, relativo a la necropsia de ley de V1, donde se concluyó que “*la fístula recto vaginal es un factor de riesgo presente posterior a la realización de una episiotomía, dicho factor de riesgo debe considerarse siempre que se realice este procedimiento con la finalidad de reparar el daño, en este caso la no detección y resolución oportuna llevó a la complicación y muerte de la paciente [V1]*”.

59.9 Resolución sobre la declinación de competencia por territorio, de 8 de agosto de 2018, signada por una Agente del MP de la Unidad Especializada de Delitos contra la Paz, Seguridad de las Personas y la Fe Pública, autorizada por AR14.

59.10 Oficio 749/FD-ZC-EXH/2018, de 4 de octubre de 2018, en el que la Fiscalía Estatal Zona Centro, remitió a la referida Unidad Especializada la Carpeta de Investigación en cumplimiento al acuerdo de 9 de abril de 2018 de AR14 y declinó la competencia para conocer del caso en razón del territorio, *“toda vez que los hechos acaecieron en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua”*.

59.11 Acuerdo de 28 de noviembre de 2018, para remitir la Carpeta de Investigación a la Coordinación de la Unidad Especializada de Delitos contra la vida Chihuahua de la Fiscalía Estatal, *“por ser de competencia de la unidad a su encargo, para que se continúe con la secuela procedimental”*.

60. Acta Circunstanciada del 14 de diciembre 2018, mediante la cual esta Comisión Nacional hizo constar que acudió a las instalaciones de la Fiscalía Estatal, donde informaron sobre las diversas declinaciones de competencia.

61. Oficio UARODDHH/CNDH/342/2019 del 05 de febrero de 2019, mediante el cual la Fiscalía Estatal informó a esta Comisión Nacional que la Carpeta de Investigación se envió a su Zona Norte de Ciudad Juárez.

62. Acta Circunstanciada del 1 de marzo de 2019, donde se hizo constar la entrevista de esta Comisión Nacional a R sobre los hechos acontecidos desde el parto de V1 hasta su fallecimiento y la posterior intervención de la Fiscalía Estatal.

63. Opinión Médica del 4 de marzo de 2019, de esta Comisión Nacional, donde se refieren las omisiones e inadecuada atención de que fue objeto V1 en los centros hospitalarios donde fue atendida.

64. Acta Circunstanciada de 13 de marzo de 2019, en la que se hizo constar la comunicación telefónica de este Organismo Nacional con la Fiscalía Estatal, a fin de conocer el estado de la Carpeta de Investigación, informando que se solicitaría la información a la Fiscalía Zona Norte.

65. Oficio V4/14561 de fecha 13 de marzo de 2019, mediante el cual esta Comisión Nacional solicitó a la Fiscalía Estatal un informe actualizado sobre el estado procesal de la Carpeta de Investigación.

66. Acta Circunstanciada del 26 de marzo de 2019 mediante la cual se hace constar la entrevista con R por esta Comisión Nacional, quien refirió sobre la atención médica de V1 en un hospital particular en 2015.

67. Acta Circunstanciada de 16 de abril 2019, en la que se hizo constar la recepción vía correo electrónico, del oficio UARODDHH/CNDH/342/2019 en el que la Fiscalía Estatal informó que la Carpeta de Investigación se remitió por razón de competencia a la Fiscalía Zona Norte para continuar con su integración.

68. Acta Circunstanciada de 16 de abril 2019, en la que se hizo constar la gestión telefónica realizada con la Fiscalía Estatal, quien informó que la Unidad de Homicidios de la Fiscalía Zona Norte solicitó la intervención de la Dirección Jurídica para analizar la competencia y reclasificación del delito a "homicidio imprudencial".

69. Oficio UARODDHH/CNDH/683/2019 de 23 de abril de 2019, de la Fiscalía Estatal a través del cual proporcionó información en vía de colaboración sobre el estado de la Carpeta de Investigación, la cual se encuentra en estudio para determinar la competencia.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

70. El 28 de mayo de 2015, R presentó queja en la Comisión Estatal, en la que señaló que V1 fue víctima de negligencia del personal médico del Hospital de la Mujer, por lo que se radicó el expediente EQ1.

71. El 9 de marzo de 2016 interpuso una segunda queja denunciando negligencia del personal médico del Hospital General y de la Fiscalía Estatal Zona Norte, por lo que se radicó el expediente EQ2.

72. El 5 de junio de 2015, V1 presentó denuncia ante la FGR, Delegación Chihuahua, quien el 17 de junio de 2015, mediante "*determinación de consulta de incompetencia en razón de fuero*", declinó la competencia a la Fiscalía Estatal, por razón de fuero, de la Averiguación Previa.

73. El 15 de enero de 2016, V1 presentó denuncia "*por el delito de práctica indebida del servicio médico*" ante la Unidad Especializada de Delitos de Peligro contra la Paz, Seguridad de las Personas y la Fe Pública, radicándose la Carpeta de Investigación.

74. El 17 de enero de 2017, se emitió acuerdo en el que la Comisión Estatal hizo constar que el EQ2 se acumuló al EQ1.

75. El 14 de marzo de 2016, V1 falleció en el Hospital General. La Fiscalía Estatal realizó la necropsia de ley, asentando en el certificado de defunción como causa de

muerte “*shock séptico, fistula de colon vejiga y uréter, postoperada de colostomía y fístula recto vaginal postparto*”.

76. El 1 de diciembre de 2017, la Comisión Estatal emitió la Recomendación 52/2017 dirigida a la Secretaría de Salud de Chihuahua, quien la aceptó el 18 de enero de 2018.

77. El 9 de enero de 2018, R interpuso recurso de Impugnación ante la Comisión Estatal en contra de la Recomendación 52/2017, el cual ratificó el 26 del mismo mes y año, tras haberle notificado el 19 de enero de 2018, la respuesta de la autoridad recomendada.

78. El 9 de agosto de 2018, la Fiscalía Estatal Zona Norte remitió la Carpeta de Investigación a la Zona Centro por razón de competencia, la cual el 29 de enero de 2019, después de la emisión de un reporte médico de los Servicios Periciales y Ciencias Forenses lo devolvió a la Zona Norte para la continuidad en su integración que, a su vez, la turnó a la Unidad de Homicidios y solicitó la intervención de la Dirección Jurídica para analizar la competencia y reclasificación del delito a “homicidio imprudencial”, sin que hasta el momento se haya asignado la carpeta a ministerio público para la integración y resolución.

IV. OBSERVACIONES.

A. Procedencia del Recurso de Impugnación.

79. De conformidad con el artículo 102 apartado B, párrafo 11 de la Constitución Mexicana, corresponde a esta Comisión Nacional conocer “[...] *de las inconformidades que se presenten en relación con las recomendaciones, acuerdos u omisiones de los organismos equivalentes en las entidades federativas*”, las cuales

tendrán que substanciarse mediante los recursos de queja y de impugnación, previstos en el artículo 55 de la Ley de esta Comisión Nacional.

80. En términos de los artículos 61 de la Ley de la Comisión Nacional y 159 fracción II de su Reglamento Interno, el recurso de impugnación procede “[e]n contra de recomendaciones dictadas por organismo locales, cuando a juicio del quejoso, éstas no tiendan a reparar debidamente la violación denunciada”, por lo que el escrito de impugnación interpuesto por R el 9 de enero de 2018 ante la Comisión Estatal en contra de la Recomendación 52/2017, fue presentado dentro del plazo de los treinta días naturales posteriores a su notificación, el 11 de diciembre de 2017, por tanto, cumple con los requisitos de procedencia previstos en los artículos 61, 62 y 64 de la Ley de la Comisión Nacional, 160 y 162 de su Reglamento Interno.

81. 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, y 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.

82. 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 Mexicana 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.

83. En atención a las facultades que las Constituciones Federal y Local, así como su propia Ley le confieren, la Comisión Estatal emitió la Recomendación 52/2017, a la Secretaría de Salud, teniendo por acreditada la violación al derecho a la salud en

perjuicio de V1, por omitir proporcionar atención médica adecuada y servicio de hospitalización.

84. En ese contexto, la Recomendación 52/2017, fue sustentada en los hechos y evidencias del EQ1 y su acumulado, de las que destacan: escritos de queja de R; informe remitido por la autoridad; dictamen médico elaborado por la CONAMED; expediente clínico de V1 e informe de la Fiscalía Estatal.

85. R en el recurso de impugnación precisó 22 elementos que, en lo general, la Recomendación 52/2017 no consideró, entre ellos, que no todos los agravios y violaciones a derechos humanos denunciados en los escritos de quejas del EQ1 y EQ2 fueron analizados ni considerados, como la violencia obstétrica que padeció V1, que su muerte se considerara como materna, la falta de actuación por parte de la Fiscalía Estatal y el reconocimiento como víctimas indirectas de R y V2.

86. Adicionalmente, R expresó que la Secretaría de Salud, en oficio SS/DJ/0007-2018 del 18 de enero 2018, aceptó la Recomendación 52/2017, pero que, argumentó que *“no existe daño integral que reparar”*, lo que no cumplió con el punto segundo de la Recomendación 52/2017.

87. En ese orden de ideas, se considera que la negativa a reparar el daño incumple con la Recomendación emitida por la Comisión Local, lo que trae como consecuencia el incumplimiento al principio de máxima protección de los derechos humanos, entendida como la obligación de cualquier autoridad de los tres órdenes de gobierno de velar por la aplicación más amplia de medidas de protección de los derechos humanos.

88. 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.

89. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/4/2018/208/RI, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en la materia, conforme a los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH y desde un enfoque de máxima protección, se entra al estudio de la Recomendación 52/2017 de la Comisión Estatal, para determinar si hubo omisiones, deficiencias, insatisfactorio cumplimiento y/o incumplimiento al respecto.

90. De igual manera, se analizan los términos en que se aceptó la Recomendación por parte de la Secretaría de Salud de Chihuahua. Así, contó con las evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a la Comisión Estatal, la Fiscalía Estatal, y al personal médico del Hospital de la Mujer y del Hospital General:

90.1 Derecho de Protección a la Salud.

90.2 Derecho a una vida libre de violencia de obstétrica.

90.3 Derecho a la Vida.

90.4 Interés superior de la niñez.

90.5 Derecho de acceso a la información en materia de salud.

90.6 Derecho de acceso a la justicia.

A.1 Inadecuada integración de los hechos violatorios en el EQ1 y su acumulado EQ2 y de los derechos humanos que no se consideraron.

91. El enfoque de la investigación de violaciones a derechos humanos, no solo contempla las acciones estatales para la determinación de la verdad y de las

responsabilidades derivadas de los actos de autoridad, sino también, aquellas establecidas por los Organismos Protectores de derechos humanos encaminadas a prevenir, investigar, acreditar y reparar las violaciones a derechos humanos.

92. El 28 de mayo de 2015, R presentó ante la Comisión Estatal un escrito de queja en el que expuso actos relacionados con la deficiente atención del trabajo de parto y puerperio e inadecuada atención médica otorgada a V1 y solicitó apoyo a la Comisión Estatal, para que interviniera en la atención a V1, quien en ese momento requería otras intervenciones médicas para el total restablecimiento de su salud, iniciándose el EQ1.

93. Ese mismo día, la Comisión Estatal se entrevistó con V1 en compañía de una de sus médicas. El 1 de junio de 2015, la Comisión Estatal requirió un informe a la Secretaría de Salud de Chihuahua, sobre los hechos denunciados y le solicitó medidas cautelares en favor de V1, para *“garantiza[r] la atención médica completa que la ciudadana requiera, en tanto se resuelve la situación que atraviesa, tanto en cuestiones de medicamento, traslados hospitalarios, estudios médicos, etc.”*. El mismo día, la Secretaría de Salud dio contestación a la solicitud, y aceptó las medidas cautelares.

94. En el EQ1 no hay constancias del cumplimiento de las medidas cautelares aceptadas por la Secretaría de Salud; solo hay documentales sobre solicitudes de apoyos para un ultrasonido abdominal y diversos estudios médicos. De junio de 2015 a marzo de 2016 no se apreciaron diligencias sustantivas para esclarecer los hechos, situación que hace evidente la falta de seguimiento en las acciones encaminadas a proteger los derechos humanos de V1.

95. El 9 de marzo de 2016, R mediante escrito dirigido a la Comisión Estatal presentó una segunda queja, dando inicio al EQ2, donde se expresaron violaciones a derechos humanos en agravio de V1, suscitadas desde febrero de 2016, debido a la

inadecuada atención que se le otorgó en el Hospital General durante la intervención realizada para el cierre de la colostomía practicada el 5 de mayo de 2015.

96. Al momento de la presentación de esta segunda queja, V1 aún se encontraba con vida e internada en el área de Terapia Intensiva del Hospital General, por la gravedad de su estado de salud. En dicha queja R señaló violaciones por parte de la Fiscalía Estatal, por la negativa de recepcionar su denuncia, ya que cuando fue a presentarla en las oficinas de Ciudad Juárez le dijeron que “*no procedía nada, que ellos no podían hacer nada*”. El 14 de marzo de 2016, es decir, cinco días después de la presentación de la queja, V1 falleció.

97. Mediante acuerdo de 17 de enero de 2016, las investigaciones integradas en el EQ1 y EQ2, fueron acumuladas para formar uno y continuar con una sola tramitación e investigación. De las constancias que integran el expediente de queja acumulado se aprecia que el expediente clínico solicitado se entregó hasta el 18 de abril del año 2017, es decir 22 meses después de haberlo solicitado. También se observa que la se solicitó información a la Fiscalía Estatal un año después de haber fallecido V1.

98. El 12 de julio de 2017, se emitió un acuerdo de cierre de la etapa de pruebas para el análisis y estudio del expediente acumulado y su precedente determinación, por lo que, con los elementos recabados, el 1 de diciembre del mismo año, se emitió la Recomendación 52/2017, dirigida al Secretario de Salud del Estado de Chihuahua, cuyos alcances se analizan en el siguiente apartado.

A.2 Análisis de los términos y alcances de la Recomendación 52/2017.

99. Esta Comisión Nacional considera que de acuerdo con las evidencias que integran el expediente original de queja, las conductas violatorias cometidas en agravio de V1, inciden en la vulneración de diversos derechos, por lo que en el presente apartado se analizarán los alcances de la Recomendación 52/2017, a fin

de constatar si el referido pronunciamiento atendió al estudio de las diversas conductas pluriofensivas y en función de ellas, determinar las medidas adecuadas para una reparación integral del daño.

100. Para sustentar la Recomendación 52/2017, se retomó el dictamen médico emitido por la CONAMED en el caso de V1, elaborado a petición de la Comisión Estatal, que en su conclusión décimo sexta, determinó que “[l]os *elementos de mala práctica vertidos para los servicios de Medicina y Hematología, [en el Hospital General] al no estudiar a fondo a la paciente en su última hospitalización, ni derivarla a otra unidad médica de mayor capacidad, contribuyeron a su defunción, aunque no es posible precisar en qué grado, toda vez que no se integró un diagnóstico con certeza que permita establecer su factibilidad de manejo y diagnóstico*”.

101. R en su ampliación de queja, señaló la existencia de actos que constituyeron violaciones al derecho a la vida, a la protección de la salud, al acceso a la justicia, a una vida libre de violencia, al interés superior de la niñez y muerte materna, sin embargo, únicamente se entró al estudio de los derechos de atención a la salud, violencia obstétrica y acceso a la justicia como se analiza a continuación.

102. Respecto al derecho a la salud se observó que el multicitado pronunciamiento concluyó que “*existen elementos de los que se desprenden deficiencias en la atención médica brindada, sin que se cuente con evidencia que nos permita sostener que estas hayan sido causa directa del fallecimiento de V1, sin embargo, sí justifican su investigación, para efecto de fincar las responsabilidades administrativas y la reparación del daño a que haya lugar*”; acreditando con ello la violación al derecho a la protección de la salud.

103. En cuanto a los actos constitutivos de violencia obstétrica, se estableció que “*no está evidenciado que dentro de los ya apuntados actos reprochables al personal de las dependencias del sector salud se hayan dado por razones de género, ni una*

atención médica deshumanizada, entendiéndolo por esta el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, por lo que no podemos concluir que se actualicen en el caso bajo análisis actos de violencia obstétrica”. Dicho análisis no consideró la violencia obstétrica en la atención médica, como lo define la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua, en su artículo 5 fracción VI.

104. Sobre el derecho de acceso a la justicia, la resolución 52/2017 revela que “*se tiene el informe rendido por la [Fiscalía Estatal] en el cual detalla cada una de las actuaciones que se realizaron en la carpeta de investigación [...]. De igual forma hace saber que la carpeta continúa activa en etapa de investigación y se continúa con la secuela procedimental con la finalidad de que el ministerio público pueda allegarse de los elementos precisos que le permitan integrar en su totalidad el caso*”. De lo que se desprende que se sustentó únicamente en el informe de la Fiscalía Estatal.

105. En consecuencia, la Recomendación 52/2017 fue insuficiente, aunado a que las medidas de reparación no garantizaron la máxima protección de las víctimas; al no considerar un análisis específico de reparación integral, que comprenda 1) medidas de rehabilitación, 2) satisfacción, 3) garantías de no repetición y 4) compensación. Al respecto, como se aprecia en sus puntos recomendatorios:

“Primera: A usted (...) en su carácter de Secretario de Salud en el Estado, se instaure, integre y resuelva procedimiento administrativo de responsabilidades, en contra de los servidores públicos del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez y del Hospital General “Salvador Zubirán” que tuvieron intervención en los hechos analizados, en el cual se consideren las evidencias y los argumentos esgrimidos, y en su oportunidad se impongan las sanciones que en derecho correspondan.

Segunda: *A usted mismo, se analice y resuelva respecto a la reparación integral del daño que conforme a derecho pueda corresponder.*

Tercera: *A usted mismo, se instruya al personal de las instituciones públicas de salud que brindaron la atención médica, la observancia rigurosa de las Normas Oficiales Mexicanas, cuyas omisiones han quedado evidenciadas”*

106. Este Organismo Nacional considera que al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación integral y perjuicios que se hubieran ocasionado.

107. Sobre el segundo punto recomendatorio, en éste se derivó a la autoridad responsable la valoración del derecho a reparar, quien de acuerdo a su determinación determinó que no existía “*daño integral que reparar*” (sic), por lo tanto, no se garantizó la reparación a víctima.

108. Dicha circunstancia es contraria a los estándares nacionales e internacionales de protección de derechos humanos sobre la reparación integral del daño causado a las víctimas, ya que este derecho es uno de los ejes transversales en el actuar de todas las instituciones y más aun tratándose de Organismo Públicos de Derechos Humanos. Ante tales circunstancias, este Organismo Nacional advierte que el solo hecho de sujetar a una víctima de violaciones a derechos humanos el “deber” de acudir nuevamente con la autoridad responsable para determinar la reparación resulta revictimizante para la persona agraviada.

109. Es de destacar a manera de antecedente, que la Recomendación 78/2018 de este Organismo Nacional, considera que el trasladar “[...] *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 [...] 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”⁸.

110. Por las consideraciones anteriores, y con fundamento en el artículo 66 inciso b) de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos, este Organismo Nacional concluye que es procedente modificar la Recomendación 52/2017, en atención al contenido de las evidencias que documentaron la integración del recurso de impugnación CNDH/4/2018/208/RI, conforme al siguiente análisis:

B. Derecho a la protección de la salud.

111. El derecho a la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, por tanto, debe ser entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de facilidades, bienes, servicios y las condiciones mínimas para alcanzar su bienestar físico, mental y social, con independencia del derecho a ser asistido cuando se presenten afecciones o enfermedades. Tiene como finalidad que el Estado, en todos sus niveles, satisfaga en forma eficaz y oportuna la necesidad de quien requiere de servicios para proteger, promover y restablecer la salud, conforme a los artículos 1° y 4°, párrafo cuarto de la Constitución Mexicana, que prevén el derecho de toda persona a la protección de la salud.

112. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 “*Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, tutelado en el artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos*

⁸ CNDH. De 21 de diciembre de 2018, pp. 84 y 85.

Sociales y Culturales, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud⁹.

113. Por su parte, el artículo 10 del *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo Adicional)*, “[...] establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”¹⁰, así como el derecho a disfrutar “de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”¹¹, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”¹².

114. Es ese sentido, toma relevancia lo apuntado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto de que la mujer en condiciones de gravidez y en el alumbramiento, y en atención a su situación vulnerable, su atención médica y de calidad debe ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. En el mismo sentido, la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, encuentra entre sus objetivos la salud y bienestar de

⁹ ONU: Observación General N° 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”: del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

¹⁰ Corte IDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 117.

¹¹ SCJN. Jurisprudencia administrativa, “Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

¹² *Ídem*.

mujeres, niños y adolescentes, corrigiendo las inequidades en y entre los países para que se aplique la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030.

115. Esta Comisión Nacional reconoce que el derecho a la salud 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 calidad*”¹³.

116. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del Hospital de la Mujer y el Hospital General no otorgaron a V1 la atención médica que requería según sus padecimientos y necesidades, **pues el no haber realizado un diagnóstico temprano, adecuado y un tratamiento oportuno**, trajo como consecuencia la violación al derecho a la protección a la salud y posteriormente a la vida de V1, lo anterior de conformidad con lo previsto en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud.

B.1 Contexto de la salud y mortalidad materna.

117. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas en su Recomendación General 24¹⁴, ha establecido que “*los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período*

¹³ CNDH. Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, de 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

¹⁴ ONU. “*La mujer y la Salud*”, párrafo 26.

posterior al parto”, es decir las acciones encaminadas a la protección de la mujer en ese contexto.

118. Una de las problemáticas recurrentes que surgen en la atención de la salud de la mujer durante sus procesos reproductivos se refiere a las altas cifras de mortalidad materna, tanto a nivel mundial como a nivel nacional. La OMS ha destacado que en el mundo cada día mueren casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, y un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.

119. En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte que el 95% de la muerte materna es prevenible con el conocimiento existente, si la mujer recibe oportunamente atención digna y de calidad, pues esta problemática es expresión de la inequidad y desigualdad y de la falta de empoderamiento de las mujeres¹⁵.

120. Sobre el particular el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) revela que las falencias o errores en la atención de la salud de la mujer durante los procesos reproductivos son principalmente: 1) Rechazo de las mujeres; 2) Postergación de su ingreso a la unidad; 3) Tardanza entre la indicación médica y el tratamiento; 4) Incumplimiento de las normas para la atención de la urgencia obstétrica; 5) Desconocimiento de los signos de alarma y su oportuna atención, 6) El retraso entre la urgencia y la cirugía, y 7) retraso en el traslado del área de urgencias a la de terapia intensiva, y 8) Ausencia de puestos de sangrado y, por tanto, dilación entre el requerimiento y la ministración de medicamentos¹⁶.

¹⁵ OPS-OMS, “*Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*”, Washington, DC, 2013, pág. 5.

¹⁶ CONEVAL. “*Evaluación Estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*”, pág. 34.

121. Conforme a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016, en los últimos 5 años, de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, 33.4% padeció de algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron. Durante su último parto, las conductas violatorias más comunes referidas por las mujeres fueron: que se tardaron mucho tiempo en atenderlas porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho (10.3%) y que le gritaron o la regañaron (11.2%); 4.2% mencionaron que les colocaron algún método anticonceptivo, las operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarles o avisarles y 4.8% refirieron que se negaron a anestesarlas o a aplicarles un bloqueo para disminuir el dolor, sin darles explicaciones¹⁷.

122. En el caso particular del estado de Chihuahua, de acuerdo con la información reportada por el Observatorio de Mortalidad Materna, con base en el Boletín 2018 de epidemiología de la Secretaría de Salud, la citada entidad federativa ocupó en el año 2018, el octavo lugar con 29 casos de muertes maternas, con 1-52 semanas.

123. Para este Organismo Nacional resulta relevante visibilizar aquellos casos en los que se haga evidente la concurrencia de los factores desfavorables ya mencionados en perjuicio de la salud de la mujer, ya que estos inciden en la vulneración de sus derechos fundamentales, y ello permite establecer precedentes para implementar parámetros y acciones específicas y generales de protección y reparación del daño integral por parte de los diversos agentes Estatales involucrados en las violaciones a derechos humanos.

B.2 Atención médica de V1 en el Hospital de la Mujer.

124. Como antecedente, es de mencionarse que el 26 de enero de 2015, V1, de 19 años de edad, quien cursaba un embarazo en tercer trimestre, acudió a consulta de

¹⁷ ENDIREH 2016, *Principales resultados*, INEGI Op. Cit., nota 1, p. 44 y 46. 2

control prenatal en el CAAPS, de donde, fue dirigida al segundo nivel de atención en el Hospital de la Mujer, que la valoró el 3, 6 y 14 de marzo del mismo año, en las que se determinó que la evolución de su embarazo era normal.

125. El 26 de marzo de 2015, V1 se presentó en el Hospital de la Mujer donde se detectó que padecía hipertensión sistólica (120/90), dolor obstétrico y cefalea, y se diagnosticó que presentaba trabajo de parto en fase latente, con 39.6 semanas de gestación.

126. El 27 de marzo de 2015, V1 asistió al referido nosocomio, donde se le diagnosticó con trabajo de parto en fase activa por lo que se determinó su ingreso para vigilancia y complementación diagnóstica mediante los estudios necesarios.

127. AR1 reportó que V1 tenía 10 centímetros de dilatación y 100% de borramiento; procediendo a realizar episiotomía¹⁸. A las 16:14 horas se suscitó el nacimiento de V2 y posteriormente el desprendimiento de la placenta; acto seguido se realizó una revisión del canal vaginal, y se encontró que V1 presentaba un desgarró de cuarto grado¹⁹ con exposición de mucosa rectal, y se procedió a reparar la lesión con sutura quirúrgica crómica.

128. De acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, este tipo de sutura incrementó el riesgo de infección y dehiscencia de episiorrafia²⁰, así como la

¹⁸ Ampliación del canal de parto, a través de una incisión perineal durante el periodo de expulsión del trabajo de parto.

¹⁹ Lesión del esfínter anal y mucosa rectal (la presentada en el caso particular).

²⁰ Dehiscencia: apertura espontánea de una herida quirúrgica. Episiorrafia: Sutura por planos de la episiotomía. Guía de Práctica Clínica de "Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada". México: Secretaría de Salud, 2013. pág. 34.

formación de fístula rectovaginal²¹ que contribuyó al deterioro de su estado general de salud, las condiciones clínicas que presentaba y posterior fallecimiento de V1.

129. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía complicada”*, indica que para la reparación de la mucosa rectal y del esfínter anal debe usarse “*polidioxanone*” o sutura de “*poliglactina*” o “*vicryl*”, insumo que se encuentra dentro del “Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación” del sector salud edición 2015. Sin embargo, en el presente caso AR1 no utilizó la sutura indicada por la guía mencionada, condición que expuso a V1 a complicaciones inmediatas, pues el uso del material quirúrgico que utilizó puede provocar lesiones por irritación en la zona tratada, como en el presente caso.

130. V1 después del parto, al no presentar alteraciones clínicas durante su estancia inmediata en el citado nosocomio, fue dada de alta el 29 de marzo de 2015, entregándole una contrarreferencia al CAAPS en caso de presentar signos de urgencia.

131. El 14 de abril de 2015, V1 se encontraba muy enferma y débil, por lo que se presentó nuevamente en el Hospital de la Mujer, siendo valorada nuevamente por AR1, quien describió que presentaba fiebre, dolor muscular y de cabeza, emisión dolorosa de orina, urgencia para orinar e incremento en el volumen de la orina; síntomas que eran indicativos de sepsis²² puerperal y que se encontraba abierta la reparación de episiotomía. En su diagnóstico estableció que presentaba puerperio tardío e infección de vías urinarias, e indicó tratamiento a base de los antibióticos “*amikacina*” y “*nitrofurantoina*”.

²¹ Es decir: en la apertura espontánea de la reparación con sutura de la episiotomía y la posterior comunicación entre el recto y la vagina.

²² Situación clínica grave con manifestaciones sistémicas de una infección. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001

132. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el medicamento indicado no se apegó al tratamiento establecido en la *Guía Práctica Clínica en procesos de episiotomía complicada*, que presentaba V1 quien requería de ser hospitalizada para un monitoreo continuo y estudios de laboratorios. Pues al ser enviada a su domicilio se incrementó el riesgo de sepsis grave, choque séptico, dolor perineal²³, procesos adherenciales vaginales, entre otros, aumentando con ello, la morbilidad y mortalidad materna.

133. El 17 de abril de 2015, V1 fue una vez más al nosocomio, en donde fue valorada por AR2 quien describió que V1 cursaba con fiebre de 4 días de evolución y dolor en la herida de reparación de sutura de episiorrafia, diagnosticando a la paciente con puerperio tardío de 21 días de evolución e infección, prescribió manejo con antibióticos “*clindamicina*” y “*amikacina*” y no indicó internamiento.

134. Sobre estas determinaciones, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se describió que el tratamiento no era el idóneo para su padecimiento, ya que de acuerdo a la citada *Guía Práctica Clínica de episiotomía complicada* requería hospitalización para monitoreo continuo, estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento adecuado y oportuno con soporte y terapia antimicrobiana intravenosa para el manejo del proceso de infección y prevención de complicaciones inherentes al padecimiento. Lo que evidencia que AR2 realizó una inadecuada valoración médica e integración diagnóstica, al condicionar que la vigilancia y manejo de V1 fueran en casa, exponiéndola con esto a complicaciones como sepsis grave y choque séptico, incrementando con esto la posibilidad de morbilidad y mortalidad.

²³ El periné es una región en forma de diamante compuesta por tejido blando que, inferiormente, obtura la salida de la cavidad pélvica. Petrone P, Rodríguez V, Dziaková J, Marini C. “*Tratamiento del trauma perineal complejo. Revisión de la literatura*”. Cirugía Española 2016. Vol. 94, núm. 6, 311-368.

135. El 19 de abril de 2015, V1 se presentó en el Hospital de la Mujer, donde AR3 describió que ésta arribó al área de urgencias al presentar dolor perineal²⁴, leucorrea fétida e incontinencia fecal. Diagnosticó episiorrafia dehiscente, puerperio patológico tardío, incontinencia fecal, y probable comunicación entre el recto y la vagina. Por lo que de inmediato AR3 ingresó a V1 para revisión bajo anestesia del área quirúrgica, estableciendo tratamiento y valoración por uroginecología.

136. De los estudios practicados a V1, se constató que presentaba disminución de glóbulos rojos, de neutrófilos y eosinófilos en la sangre, así como incremento en la temperatura; datos que eran sugestivos de un proceso infeccioso. Por ello AR3 determinó su manejo farmacológico mediante “*clindamicina*” (antibiótico), “*gentamicina*”, “*ketorolaco*” y “*metamizol sódico*” (analgésico-antiinflamatorio).

137. El 20 de abril de 2015, un médico gineco-obstetra reportó que V1 presentaba febrícula (37.2°), inflamación o hinchazón en la mucosa vaginal, olor fétido debido a la comunicación recto-vaginal y dehiscencia de episiorrafia de aproximadamente 2 centímetros con salida de materia fecal, por lo que solicitó valoración por el servicio de uroginecología para manejo especializado. Además, detectaron la disminución de leucocitos, parámetros sugestivos de proceso infeccioso y confirmaron el diagnóstico previamente establecido.

138. El 21 de abril del mismo año, V1 fue valorada por un médico gineco-obstetra quien reportó que de la revisión efectuada por el servicio de uroginecología, se determinó continuar con el tratamiento a base de antibióticos, fibra y antihipertensivo. En ese momento V1 cursaba con febrícula, malestar general y dolor en área genital y perianal; aspecto sobre el que la Opinión Médica de este Organismo Nacional, destacó que a pesar de contar con triple esquema antibiótico V1 continuaba con

²⁴ Región perineal: espacio que abarca la cara interna de los muslos, la sínfisis púbica por delante hasta el cóccix por detrás.

fiebre y bajo conteo de glóbulos blancos, datos indicativos de síndrome de respuesta inflamatoria.

139. El 22 de abril de 2015, V1 persistía con los síntomas urinarios ya descritos. Los citados médicos agregaron el diagnóstico de sepsis y anemia; aunado a lo anterior se confirmó que V1 cursaba con inflamación y alteraciones de la coagulación, por lo que se decidió la necesidad de hacer una exploración vaginal con anestesia general con carácter urgente.

140. En la misma fecha, V1 pasó a sala quirúrgica para la práctica del procedimiento de exploración vaginal bajo anestesia por parte de un médico del nosocomio, encontrándose pérdida de la continuidad en la mucosa anal y proximal de un centímetro a nivel rectal con pérdida de todas las capas musculares, lo que corroboró la fístula recto-vaginal secundaria al desgarro de cuarto grado en el momento del parto.

141. Se confirmó en la exploración vaginal, que el proceso infeccioso era derivado de la episiotomía, la episiorrafia y la fístula recto-vaginal provocada por el desgarro de cuarto grado al momento del parto vía vaginal.

142. El mismo 22 de abril de 2015 a las 19:00 horas, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); un médico del servicio de medicina crítica/interna indicó se llevaría a cabo una vigilancia por 24 horas para el manejo de antibióticos. Ahí le fue suspendida la “*clindamicina*” debido a sus efectos adversos, entre los que se encuentra la neutropenia²⁵, es decir disminución de las células de defensa del sistema inmunológico, siendo egresada al día siguiente para ser trasladada al piso

²⁵ Afección caracterizada por fiebre y un número de neutrófilos en la sangre más bajo que el normal. Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer.

de ginecología. El 25 de abril, se confirmó la persistencia de leucopenia²⁶ y neutropenia.

143. El personal médico del servicio de medicina interna solicitó biometría hemática y química sanguínea cada 24 horas, sin embargo, sin que solicitaran realizar pruebas para la búsqueda del proceso infeccioso.

144. De acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional se le había administrado “*clindamicina*” como antibiótico, que no era el único medicamento que podía generar alteraciones en glóbulos blancos, ya que además durante estas fechas se le prescribió “*metamizol*”, “*ceftriaxona*”, “*metronidazol*” y “*meropenem*”, los que provocaron una disminución de las células de defensa del sistema inmunológico como efecto adverso, sin embargo debido al proceso infeccioso que presentaba era necesario este manejo.

145. El 26 de abril de 2015, V1 fue valorada por un médico gineco-obstetra y con base en los resultados de laboratorio, observó que persistía la leucopenia. Al día siguiente se solicitó apoyo del servicio de uroginecología y revisión por medicina interna para su manejo; como resultado se estableció la sospecha de que la leucopenia era secundaria a la administración de antibióticos, sin embargo estos no fueron suspendidos.

146. El 28 de abril de 2015, se le confirmó a V1 que padecía granulosis secundaria a antibióticos²⁷.

²⁶ Disminución de la cifra de leucocitos en la sangre periférica por debajo de 4.000/ul. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001

²⁷ Trastorno hematológico grave, caracterizado por una reducción severa y selectiva de los neutrófilos circulantes y frecuentemente ocurre como reacción adversa a medicamentos.

147. Al día siguiente, un médico gineco-obstetra explicó detenidamente el plan terapéutico a V1 y un familiar, informando que el cierre de la fístula (rectovaginal) se encontraba programado en aproximadamente entre 6 a 8 semanas y que en ese momento no era posible su egreso debido a sus niveles de leucocitos.

148. De acuerdo con lo referido en la nota de Trabajo Social de la misma fecha, R manifestó su inconformidad y solicitó el alta voluntaria de su hija. A las 23:07 horas arribó al nosocomio una ambulancia particular “Alerta Médica” para trasladar a V1 a un hospital privado.

149. Este Organismo Nacional destaca que R solicitó el alta voluntaria ante la inadecuada atención médica que V1 recibía en el Hospital de la Mujer para trasladarla a un hospital privado, pues al ver que no existía mejoría, que le daban un plazo largo para la cirugía y el dolor que sufría su hija, se vio obligada a buscar alternativas para salvarle la vida en otro hospital, aunque fuese privado.

B.3 Atención médica de V1 en el Hospital General.

150. Después de su atención en una institución privada durante 6 días, el 4 de mayo de 2015, V1 ingresó al Hospital General, con diagnóstico de fístula rectovaginal, agranulocitosis²⁸, puerperio fisiológico tardío, quien por su estado inmunológico se determinó estancia en un cuarto privado.

²⁸ Trastorno hematológico grave, caracterizado por una reducción severa y selectiva de los neutrófilos circulantes y frecuentemente ocurre como reacción adversa a medicamentos. Banchemo P, Giachetto G. “Agranulocitosis inducida por medicamentos”, Uruguay, 2002.

151. El 5 de mayo se agregó el diagnóstico de aplasia medular²⁹ o anemia aplásica³⁰, siendo valorada por los servicios de proctología y cirugía general, determinándose la necesidad de intervenirla quirúrgicamente mediante exploración anal bajo anestesia y colostomía, por ello AR4 indicó doble esquema antibiótico y “*metamizol sódico*” para la fiebre y neutropenia. V1 fue ingresada a quirófano a las 17:52 del mismo día, encontrando destrucción “*casi en su totalidad del esfínter anal externo*”, así como una cloaca³¹ rectovaginal importante; descartando sepsis perianal e indicando tratamiento para reforzar el sistema inmune y la aplicación de antibióticos y continuó hospitalizada.

152. El 6 de mayo de 2015, AR5 detectó que V1 continuaba presentando neutropenia, y entre los fármacos indicados para su tratamiento se prescribió “*metamizol*”, el cual, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional no era indispensable para tal manejo, porque sus efectos pueden ser sustituidos; por ello, la indicación de dicho fármaco por AR5 condicionó el riesgo de agranulocitosis³², exponiendo a la V1 a sus resultados adversos. A las 16:00 horas de ese día, V1 fue valorada por un médico residente, quien continuó con la prescripción de “*metamizol sódico*”, sin que dicha valoración médica cuente con el nombre y firma del médico adscrito del servicio de cirugía, lo que incumple con el numeral 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, así como la NOM-001-SSA3-2012 en su numeral 10.3.

²⁹ Insuficiencia medular global que origina una producción insuficiente de los elementos formes de la sangre, con la consiguiente pancitopenia: anemia, granulocitopenia y trombocitopenia.

³⁰ Patología que pertenece al Síndrome de Falla Medular, caracterizada por reducción importante de células progenitoras de las tres series hematopoyéticas en médula ósea y pancitopenia (descenso anormal de los elementos celulares de la sangre: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001.

³¹ Cavidad donde desembocan el intestino y los uréteres. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001.

³² Alteración sanguínea caracterizada por la disminución de la cifra de granulocitos, sin otras citopenias acompañantes, generalmente inducida por fármacos. Suele ser de instauración brusca, con fiebre alta, úlceras necróticas en las mucosas de la región orofaríngea. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001, pág. 39.

153. El 7 de mayo de 2015, V1 continuaba delicada con pronóstico reservado a evolución; a las 08:00 horas, ésta nuevamente fue valorada por un médico residente quien entre otras indicaciones continuó la administración de “*metamizol*”, sin que estuviera debidamente asesorado por el personal responsable del servicio. A las 12:00 horas de ese día, V1 fue valorada por el servicio de infectología, integrado por AR5, quien continuó prescribiendo “*metamizol*” a V1. El 10 y 11 de mayo de 2015, médicos residentes, valoraron a V1 sin supervisión de un médico adscrito y determinaron que V1 evolucionaba favorablemente. En esa revisión se estableció la relación entre la disminución de defensas y el proceso séptico; a pesar de que en esta fecha V1 no presentaba fiebre, AR6 continuó la aplicación de “*metamizol*”.

154. Entre el 14 y 19 de mayo, V1 evolucionó favorablemente, se corrigió la neutropenia y anemia. Con relación a lo anterior, debido a la colostomía y a las atenciones y tratamiento médico³³, además de la no prescripción del “*metamizol*”.

155. El 1 de junio de 2015, V1 asistió al Hospital General, donde le retiraron los puntos, programando la segunda cirugía para reparación de la fístula rectovaginal en un plazo de 3 a 6 meses. El 14 de agosto de 2015, V1 ingresó para la práctica de la cirugía.

156. V1 acudió a citas de valoración el 31 de agosto, 14 y 24 de septiembre todas de 2015; en la última ocasión refirió presentar sangrado uterino anormal, por lo que se indicó la práctica de un ultrasonido; de los resultados del mismo no se observó alguna anormalidad. El 7 y 18 de diciembre de 2015 nuevamente asistió a revisión; en la última fecha, se programó intervención para restitución del tránsito intestinal.

³³ Cuidados generales, fármacos estimuladores de neutrófilos=filgastrin o FEC- GM y de anticuerpos = gammaglobulia, antibioticoterapia etc.

157. El 5 y 6 de enero de 2016, V1 fue revisada y se estableció la fecha para el cierre de colostomía, reprogramándola para el 10 de febrero del mismo año, sin asentar en las notas elaboradas el motivo de esta determinación. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional el retraso de tal cirugía expuso a V1 a complicaciones derivadas de la colostomía que se le practicó aumentando el riesgo de morbimortalidad.

158. El 10 de febrero de 2016, V1 ingresó al servicio de cirugía general. Un día después, se le realizó la extirpación de 5 centímetros de colon descendente así como anastomosis termino-terminal³⁴ para la restitución de la función intestinal, y AR8 estableció en la nota elaborada, riesgos postquirúrgicos como: dehiscencia de anastomosis, infección de sitio quirúrgico, eventración, hernia post-incisional y estomal. Lo anterior toma relevancia, porque V1 presentó complicaciones derivadas del evento operatorio de restitución de la función intestinal.

159. El 12 de febrero de 2016, de la revisión del servicio de cirugía general se observó que V1 presentaba incremento en la frecuencia cardiaca, mal estado general, herida abierta debajo del ombligo, enrojecimiento inflamatorio de la piel, tejido o piel muerta, salida de material seroso, movimientos intestinales disminuidos y acumulación anormal de líquidos en extremidades superiores e inferiores, por lo que se determinó que el pronóstico de V1 era malo para la vida y la función. Ese mismo día, AR8 indicó la administración de “*Tempra*”, medicamento que de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, puede generar neutropenia³⁵ agranulocitopenia³⁶, pancitopenia³⁷ y leucopenia³⁸. Al respecto, este Organismo Nacional destaca que V1 cursaba con fiebre posquirúrgica que pudo ser originada

³⁴ Unión [anastomosis] entre dos segmentos del intestino grueso [colón] del mismo calibre para lograr la restitución del tránsito intestinal. Sánchez CA, Basilio O, Escobedo A, Cedillo T, Rivera P, Campos P. “*Anastomosis intestinal con técnica de la SSDF para el manejo de las lesiones traumáticas de intestino delgado*”. Revista Trauma, España; 2008; Vol. II, No.2 y pp. 33-37.

³⁵ Disminución del recuento de neutrófilos en sangre.

³⁶ Reducción del número de granulocitos [neutrófilos] en sangre).

³⁷ Descenso de los elementos celulares sanguíneos: glóbulos rojos y blancos, plaquetas.

³⁸ Decremento del recuento de leucocitos [células del sistema inmune] en sangre.

por el procedimiento practicado, por un proceso infeccioso o fármacos; en ese contexto, AR8 omitió confirmar o descartar la posibilidad de un proceso séptico, así como sus agentes causales, ello aunado a que V1 tenía desde hace aproximadamente 48 horas un catéter vía intravenoso, por lo que al omitir una adecuada valoración e integración diagnóstica, se incrementó el riesgo de complicaciones como sepsis grave y choque séptico, aumentando la morbilidad y mortalidad de V1.

160. El 13 de febrero AR6 reportó que V1 presentaba leucopenia, neutropenia, fiebre y malestar general, indicativos de agranulocitosis, sin embargo, indicó continuar administrando “*paracetamol*” a pesar de existir otras opciones como “*ibuprofeno*”, que podía disminuir los leucocitos y neutrófilos, ignorando el riesgo de sepsis grave y choque séptico. En relación a ello, la Opinión Médica de este Organismo Nacional alude que la conducta a seguir era la de interrumpir la aplicación de fármacos que no fueran indispensables para la vida.

161. El 14 de febrero de 2016, V1 presentaba dolor en la zona de la operación, náusea, vómito, secreción, leucoplasias bilaterales³⁹, síntomas que tienen como causa las infecciones por *Candida albicans*⁴⁰ en pacientes con leucopenia y neutropenia. Por ello, un médico residente ordenó la administración de “*paracetamol*”, relacionado con leucopenia y neutropenia, indicación que puso en riesgo a V1 quien cursaba con foco infeccioso en el tracto urinario con tratamiento antibiótico.

162. El 15 de febrero de 2016, a las 08:00 horas, AR8 indicó ayuno hasta nueva orden, hidratación parenteral (administración de líquidos por vía intravenosa), “*ceftriaxona*”, “*metronidazol*”, “*ketorolaco*”, “*metoclopramida*” y “*paracetamol*”, todas

³⁹ Zona anormal de tejido blanco que se forma en las membranas mucosas de la boca y otras áreas del cuerpo.

⁴⁰ Infecciones por micóticas (hongos). Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001, pág. 177.

vía intravenosa. Posteriormente, a las 15:30 horas del mismo día, el mismo doctor registró que la paciente cursaba con diversos episodios de disminución de la tensión arterial y taquicardia, por lo que se puede determinar que durante ese día V1 cursaba con datos clínicos y paraclínicos relacionados con sepsis grave.

163. El 16 de febrero de 2016, a las 08:00 horas, AR8 valoró a V1 y detectó que padecía nuevamente neutropenia, persistiendo el cuadro patológico de sepsis y prescribió “*ertapenem*” y “*amikacina*”, sin embargo, no solicitó los cultivos adecuados para confirmar o descartar el proceso infeccioso y los agentes causales del mismo, lo que evidencia la inadecuada vigilancia e integración diagnóstica de V1. Además, se agregó “*metamizol sódico*” a su tratamiento, lo que contribuyó con el deterioro clínico de V1 debido a sus reacciones adversas. Ese mismo día a las 17:20 horas, AR6 suspendió el “*ceftraxona*” y agregó “*etapenem*” y “*amikacina*” vía intravenosa, además, sumó a dicho manejo DPS (dipirona = “*metamizol sódico*”), todo ello sin solicitar los cultivos recomendados por la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto*, para confirmar o descartar algún proceso infeccioso, y en su caso, los agentes causales, y conocer el patrón de resistencia bacteriana.

164. El 17 de febrero de 2016, V1 mostró datos clínicos de dehiscencia en las heridas quirúrgicas, las cuales eran complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico de restitución de la función intestinal; además presentó evolución desfavorable en su estado clínico, con riesgo de daño orgánico múltiple. El 18 de febrero de 2016, V1 presentó salida de materia fecal por la herida quirúrgica, por lo que se hizo necesario solicitar una nueva colostomía.

165. El 19 de febrero de 2016, se determinó que V1 cursaba un estado crítico y requería pasar de urgencia a quirófano, por lo que se ingresó a cirugía con

diagnóstico preoperatorio de fuga de anastomosis⁴¹ proyectándose la realización de laparotomía exploradora y aseo quirúrgico. El 20 de febrero cursó con alteración orgánica múltiple.

166. El 21 de febrero de 2016, V1 presentaba datos de daño orgánico múltiple: renal, hepático y hemático, por lo que se agregó a su diagnóstico Coagulación Intravascular Diseminada⁴². Durante el seguimiento otorgado, se prescribió a V1 “*filgastrim*”⁴³, sin embargo, en la valoración realizada por AR6 el 22 de febrero del mismo año, se destacó que el medicamento no se había administrado a V1 durante 2 días por razones no justificadas; sobre ello la opinión de esta Comisión Nacional describió que la aplicación de “*filgastrim*” era necesaria para el manejo del estado crítico de la neutropenia que presentaba V1, por lo tanto, al no otorgar el tratamiento oportuno y adecuado, se incrementó el riesgo de complicaciones tales como el choque séptico, lo que aumentó la mortalidad de V1 que ya era elevada.

167. En Opinión Médica de este Organismo Nacional, se destacó que el deterioro de V1 evolucionó desfavorablemente a pesar del tratamiento antibiótico aplicado, por lo que las reacciones adversas de los fármacos “*cefotaxima, ceftriaxona, ertapenem, meropenem, metronidazol, paracetamol y metamizol sódico*”, fueron una posible causa del decremento de los neutrófilos, lo anterior a pesar de ser el tratamiento médico indicado; ~~ello~~ aunado al antecedente de sospecha de neutropenia por fármacos durante su estancia en el Hospital de la Mujer. No obstante, sobre la administración del “*metamizol sódico*” en la Opinión Médica se indicó que podía

⁴¹ Conexión de dos secciones sanas de una estructura tubular del cuerpo (unión entre intestino en el caso particular).

⁴² Generación extensa de la trombina en la sangre circulante, con el consiguiente consumo de factores de la coagulación y plaquetas.

Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001, pág. 239.

⁴³ Factor estimulante de colonias de granulocitos.

haberse sustituido con otro medicamento, como “*ibuprofeno*”, ya que no era indispensable para el tratamiento.

168. V1 continuó en estado de gravedad el 23 y 24 de febrero de 2016, con diagnóstico de coagulación intravascular diseminada y el 25 presentó además pancitopenia⁴⁴, sepsis abdominal, y neutropenia febril.

169. Es hasta el 7 de marzo, con los datos de agranulocitosis y su relación con la administración de medicamentos, cuando se suspendió la administración de “*ciprofloxacino, gentamicina, tigeciclina, caspofungina, ketorolaco y metamizol sódico*”.

170. El 8 de marzo de 2016, se suturó de la herida abdominal y se hizo el aseo quirúrgico. V1 presentaba datos clínicos de falla circulatoria, choque séptico, y daño orgánico múltiple, pancitopenia, y cursaba con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, por lo que debido a su estado de gravedad, se indicó su ingreso a la UCI; durante las valoraciones realizadas se determinó mal pronóstico para la vida a corto plazo.

171. El mismo 8 de marzo de 2016, a las 11:28 horas, se determinó que el pronóstico para la vida de V1 era fatal. Durante la revisión practicada a las 23:50 horas, se observó que la prótesis empleada para el cierre de la pared abdominal de V1, denominada “Bolsa de Bogotá”, presentó desprendimiento del lado derecho, por lo que los órganos intrabdominales quedaron desprotegidos y no estériles.

172. Mientras que V1 continuaba en la UCI el 11 de marzo de 2016 presentó un derrame pleural, misma fecha en la que contaba con un diagnóstico de agranulocitosis, sepsis abdominal, coagulación intravascular diseminada,

⁴⁴ Disminución anormal de los elementos celulares de la sangre: hematíes, leucocitos y plaquetas.

neumonía⁴⁵ y post-operada de laparotomía exploradora y colostomía. Para ese momento, su evolución clínica y paraclínica no era favorable.

173. A las 14:30 horas del 14 de marzo de 2016, V1 sufrió un paro cardiorespiratorio. Se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas durante 20 minutos sin resultado, por lo que se declaró su muerte a las 14:50 horas, estableciendo en el certificado de defunción como causas: “*shock séptico, fistula de colon, vejiga y uréter secundario fistula recto-vaginal post-parto*”.

174. De acuerdo a la Opinión Médica este Organismo Nacional la indicación y administración de “*metamizol sódico*” y “*paracetamol*”, durante la estancia en el Hospital General comprendida entre el 10 de febrero y 14 de marzo de 2016, expuso a V1 a las reacciones adversas graves o severas propias de los citados fármacos, con el subsecuente riesgo de culminar con su muerte. Por lo tanto, es posible determinar que lo anterior coadyuvó con el deterioro clínico y la pérdida de la vida de V1.

175. A manera ilustrativa, a continuación se distinguen las omisiones y negligencias en las que incurrieron las y los servidores públicos del Hospital de la Mujer y Hospital General, en donde se detalla la intervención que realizaron a V1:

Atención médica a V1 por parte del personal médico del “Hospital de la Mujer”.

Nombre	Fecha de participación	Responsabilidad
AR1	27 de marzo 2015	No utilizar la sutura recomendada para la reparación de la mucosa rectal y del esfínter anal; omitir realizar descripción de la técnica que utilizó para la reparación de desgarro de cuarto grado; no indicar la impregnación antibiótica y/o asepsia de la región afectada con colocación de campo estéril antes de la reparación del desgarro de cuarto grado.

⁴⁵ Infección del pulmón que puede ser causada por múltiples microorganismos [bacterias, virus y hongos. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA, Madrid, 2001.

	14 de abril de 2015	Emitir un diagnóstico con la presencia de dehiscencia perineal de la episiorrafia, sin secreción purulenta y sólo estableció el diagnóstico de puerperio tardío e infección de vías urinarias, cuando V1 cursaba con dehiscencia de episiotomía, y probable cuadro de sepsis puerperal. Aun lo anterior, AR1 dio de alta domiciliaria a la V1 sin descartar o confirmar el diagnóstico de sepsis puerperal, y con ello realizar una inadecuada valoración, integración diagnóstica y tratamiento.
AR2	17 de abril de 2015	Realizar una inadecuada valoración médica e integración diagnóstica, condicionado que la vigilancia y manejo no fueran los indicados, exponiendo a V1 a complicaciones. Asimismo, indicar <i>ceftriaxona, dolac, dexametasona, DPS (metamizol sódico), clindamicina, amikacina, y butilioscina.</i>
AR3	28 y 29 de marzo de 2015	Deficiente manejo farmacológico durante la estancia hospitalaria de V1, debido a la prescripción y aplicación de “ <i>metamizol sódico</i> ”, a pesar del deterioro clínico y la sospecha de agranulocitosis por fármacos, exponiéndola a reacciones adversas, graves o severas.

Atención médica a V1 por parte del personal médico del Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”

Nombre	Fecha de participación	Responsabilidad
AR4	5 de mayo de 2015	Indicar doble esquema antibiótico y <i>metamizol sódico</i> , aun cuando el último no era indispensable en el tratamiento de V1, porque existían otras opciones terapéuticas, por lo que su indicación incrementó el riesgo de neutropenia, lo que expuso a V1 a infecciones severas, incrementando la morbilidad y mortalidad de V1.
AR5	6 de mayo de 2015	Indicar <i>metamizol</i> , el cual no era indispensable en el manejo médico, porque la agranulocitosis producida por <i>metamizol</i> , es la reacción adversa más temida y conocida de este fármaco. Dicho fármaco condicionó el riesgo de agranulocitosis, incrementando la morbilidad y mortalidad materna de V1.
AR6	11 de mayo de 2015	Indicar <i>metamizol</i> a pesar de no haber presentado fiebre, lo que aumentó el riesgo de continuar con neutropenia, de sepsis y de choque séptico, consecuentemente el riesgo de morbilidad y mortalidad de V1.
AR7	12 de mayo de 2015	Exponer a V1 a <i>metamizol</i> , aun cuando no era prioritario por existir otra opciones con efecto antipirético (como el “ <i>ibuprofeno</i> ”)
Personal de enfermería	8 de mayo de 2015	De forma inadecuada, se continuó la administración de <i>metamizol sódico</i> .

	9 de mayo de 2015	De forma inadecuada, se continuó la administración de <i>metamizol sódico</i>
AR8	6 de enero de 2016	Dar de alta a V1, reprogramando su intervención quirúrgica sin aclarar el motivo, retrasando su tratamiento y exponiéndola a mayor probabilidad de complicaciones tardías secundarias a la presencia de colostomía, lo cual condicionaría una nueva reintervención para su corrección. Todo ello aumentó el riesgo de morbilidad y mortalidad de V1.
AR8	12 de febrero 2016	No solicitar cultivos para descartar un probable proceso séptico, realizando una inadecuada valoración e integración diagnóstica, lo que incrementó el riesgo de complicaciones, aumentando la morbilidad y mortalidad de V1.
Médico Residente	15 de febrero de 2016	Omitir el monitoreo para valorar la evolución del proceso séptico grave, aumentando el riesgo de pasar inadvertido el progreso mismo o choque séptico, contribuyendo con el deterioro clínico del paciente; lo que es relevante ya que una de las causas de muerte de V1 fue el choque séptico.
Personal de enfermería (según nota médica en expediente clínico)	21 y 22 de febrero de 2016	No suministrar el <i>filgastrim</i> durante 2 días por razones no médicas y sin que se reportara la causa en las notas médicas. La aplicación de <i>filgastrim</i> era necesaria para el manejo del estado crítico de la neutropenia que presentaba V1, incrementando el riesgo de complicaciones como el choque séptico.
Institución	8 de marzo de 2016	V1 cursaba con neutropenia febril y un proceso infeccioso con subsecuente daño multiorgánico: renal, hepático y hemático; sin embargo, una doctora de ese Hospital resaltó que en ese momento no había <i>amikacina</i> y <i>filgastrim</i> , ambos necesarios para el tratamiento de V1, contribuyendo con el deterioro clínico y evolución tórpida de V1. La <i>amikacina</i> y <i>filgastrim</i> se encontraban incluidos en el cuadro básico y catálogo de medicamentos del Consejo de Salubridad General 2016.
AR8	11 de febrero de 2016	Indicar la continuación del ayuno hasta nueva orden, hidratación parenteral, agregando omeprazol, <i>cefotaxima</i> , <i>ketorolaco</i> , <i>tramadol</i> y <i>metoclopramida</i> .
AR8		Indicar " <i>Tempra</i> " (" <i>paracetamol</i> ").
Sin poder determinar la identidad del médico (Cirugía General)	12 de febrero de 2016	Suspender la <i>cefotaxima</i> y agregar <i>ceftriaxona</i> y <i>metronidazol</i> , sin solicitar hemocultivos antes del cambio de tratamiento antimicrobiano, lo cual era necesario para la búsqueda de un probable proceso séptico y sus agentes causales.

AR11	13 de febrero de 2016	Suspender la <i>ceftriaxona</i> y agregar <i>ciprofloxacino</i> , sin solicitar hemocultivos antes del cambio de manejo antimicrobiano, aunadas las más de 48 horas con vía intravenosa; evidenciando la inadecuada valoración e integración diagnóstica. Ello incrementó el riesgo de complicaciones, como sepsis grave y choque séptico.
AR8	13 de febrero de 2016	Indicar la continuación del tratamiento establecido; el cual, entre otras, incluía " <i>paracetamol</i> ". Lo que evidencia el médico ignoró los efectos adversos de dichos medicamentos, incrementando el riesgo de sepsis grave y choque séptico.
Médico Residente	14 de febrero de 2016	Indicar y suministrar entre otras, <i>ceftriaxona</i> , <i>metronidazol</i> , <i>ketorolaco</i> , <i>metoclopramida</i> y " <i>paracetamol</i> "; además de suspender el <i>ciprofloxacino</i> .
AR8	15 de febrero de 2016	Prescribir entre otras, <i>ceftriaxona</i> , <i>metronidazol</i> , <i>omeprazol</i> , <i>ketorolaco</i> , <i>metoclopramida</i> , <i>paracetamol</i> ; así como nebulizador ultrasónico. Todo ello aun cuando V1 cursaba con diversos episodios de disminución de la tensión arterial y taquicardia, por lo que se puede determinar que durante ese día V1 cursaba con datos clínicos y paraclínicos relacionados con sepsis grave.
AR8	16 de febrero de 2016	Prescribir entre otras, <i>ceftriaxona</i> , <i>metronidazol</i> , <i>omeprazol</i> , <i>ketorolaco</i> , <i>metoclopramida</i> , <i>paracetamol</i> ; así como nebulizador ultrasónico.
AR6	16 de febrero de 2016	Prescribir <i>ertapenem</i> y <i>amikacina</i> ; además de sumar al manejo, DPS (<i>metamizol sódico</i>); fármacos que pudieron contribuir con las alteraciones de las células inmunes de V1: leucopenia, neutropenia, linfopenia. Omitir la solicitud de los cultivos recomendados por la Guía respectiva, para confirmar o descartar algún proceso infeccioso, y en su caso, los agentes causales, y conocer el patrón de resistencia bacteriana; lo que se traduce en que AR6 no llevo a cabo una adecuada vigilancia e integración diagnóstica de V1. AR6 agregó al manejo farmacológico de V1, el <i>metamizol sódico</i> a pesar del antecedente de sospecha de neutropenia inducida por fármacos en abril del 2015; así como de sus efectos adversos.
AR8	17 de febrero de 2016	Prescribir entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>metronidazol</i> , <i>metoclopramida</i> , <i>omeprazol</i> , <i>ondansetron</i> y <i>metamizol sódico</i> .
AR6	18 de febrero de 2016	Indicar la continuación de atención con <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> y DPS (<i>metamizol sódico</i>).
AR8	18 de febrero de 2016	Indicar la continuación de tratamiento con <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>metronidazol</i> , <i>fluconazol</i> y <i>filgastrim</i> .
AR8	19 de febrero de 2016	Prescribir entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>fluconazol</i> , <i>omeprazol</i> , <i>metoclopramida</i> y <i>metamizol sódico</i> .

AR11	20 de febrero de 2016 (08:00)	Indicar la continuación del tratamiento establecido, incluyendo <i>ertapenem</i> y <i>metamizol sódico</i> .
AR11	20 de febrero de 2016 (16:02)	Indicaron continuar con el tratamiento establecido, incluyendo <i>ertapenem</i> y <i>metamizol sódico</i> .
Personal de enfermería	21 y 22 de febrero de 2016	No administrar la dosis de <i>filgastrim</i> por 2 días por razones no médicas, sin reportar la causa de ello y sin que se pueda determinar si tal negligencia fue debido a la omisión por parte del personal de enfermería o por falta de insumos en el Hospital. El <i>filgastrim</i> era necesario para el manejo del estado crítico de la neutropenia que presentaba V1.
AR8	22 de febrero de 2016 (09:14)	Indicar la continuación de esquema antibiótico: <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> y <i>tigeciclina</i> , así como <i>fluconazol</i> y <i>filgastrim</i> y segundo día con gammaglobulina
Jefe de Subdivisión de Medicina Interna (sin más datos en el expediente clínico)	22 de febrero de 2016 (10:12)	Determinar que V1 no era candidata para el servicio de Terapia Intensiva sin establecer mayor información al respecto. Asimismo, indicó continuar el manejo establecido a base de <i>tigeciclina</i> , <i>ondansetrón</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>ertapenem</i> , y demás manejo (<i>metamizol sódico</i>).
AR8	23 de febrero de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>omeoprazol</i> , <i>metamizol sódico</i> .
AR8	24 de febrero de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>omeoprazol</i> , <i>metamizol sódico</i> .
AR8	25 de febrero de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>omeoprazol</i> , <i>metamizol sódico</i> .
AR8	26 de febrero de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>omeoprazol</i> , <i>metamizol sódico</i> . El " <i>ertapenem</i> " estaba indicado en el manejo de la paciente, sin embargo, dicho fármaco también pudo contribuir con las alteraciones de las células inmunes de V1: leucopenia, neutropenia, linfopenia y eosinopenia.
AR12	27 de febrero de 2016	Indicar la continuación del manejo instaurado (incluyendo el " <i>metamizol</i> ").
AR12	28 de febrero de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>omeoprazol</i> , <i>metamizol sódico</i> .
AR12	29 de febrero de 2016	Indicar la continuación, entre otros, de " <i>metamizol sódico</i> ".

AR8	1 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , caspofungina, tigeciclina, omeprazol, metoclopramida, <i>metamizol sódico</i> , albumina y furosemida.
AR8	2 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>tigeciclina</i> y <i>antifúngico</i> .
AR8	4 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>ertapenem</i> , <i>metamizol sódico</i> , <i>filgastrim</i> y <i>omeoprazol</i> .
AR11	5 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>metamizol sódico</i> .
AR11	6 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>metamizol sódico</i> .
AR11	06 de marzo de 2016	Indicar la continuación del manejo establecido (<i>metamizol sódico</i>).
AR8	7 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>metamizol sódico</i> .
Institución	8 de marzo de 2016	En esa fecha no había <i>amikacina</i> y <i>filgastrim</i> en el Hospital, los cuales eran necesarios para el manejo adecuado del proceso infeccioso por <i>Pseudomona Aeruginosa</i> y neutropenia febril, contribuyendo con el deterioro clínico y evolución tórpida de V1.
AR9	9 de marzo de 2016	prescribió la administración de <i>metamizol sódico</i> y <i>paracetamol</i> , a pesar sus efectos adversos, entre los que se encuentran: agranulocitosis, leucopenia y trombocitopenia. Dichos medicamentos (<i>metamizol sódico</i> y <i>paracetamol</i>) no eran indispensable en el tratamiento de la paciente, porque existían otras opciones terapéuticas para el manejo de la fiebre, y el riesgo de neutropenia por fármacos, como el ibuprofeno (antipirético). Lo anterior expuso a V1 a las reacciones adversas graves o severas propias del <i>metamizol sódico</i> y <i>paracetamol</i> .
AR9	10 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>tazocin</i> , <i>amikacina</i> , <i>albumina</i> , <i>paracetamol</i> , <i>metilprednisolona</i> , <i>clormadinona</i> y <i>filgastrim</i> .
AR9	11 de marzo de 2016	Indicar entre otros <i>omeprazol</i> , <i>metoclopramida</i> , <i>tazocin</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>caspofungina</i> , <i>furosemida</i> y <i>tempra</i> (<i>paracetamol</i>).
Personal de enfermería	12 de marzo de 2016	Suministrar <i>paracetamol</i> .
AR10	13 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>omeoprazol</i> , <i>metoclorpamida</i> , <i>tazocin</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>furosemide</i> , <i>clormadinona</i> , <i>caspofungina</i> , <i>tempra</i> (<i>paracetamol</i>)
AR9	14 de marzo de 2016	Indicar entre otros, <i>omeoprazol</i> , <i>metoclorpamida</i> , <i>tazocin</i> , <i>amikacina</i> , <i>filgastrim</i> , <i>furosemide</i> , <i>clormadinona</i> , <i>caspofungina</i> , <i>tempra</i> (<i>paracetamol</i>), <i>estamsilato</i> y <i>brupenorfin</i> .

* En el cuadro que antecede no se incluye al personal médico residente como Autoridad Responsable, debido a que aun cuando tales alumnos internos de

pregado realizaron acciones en la atención de V1, éstos no estuvieron supervisados por el médico responsable del control, asesoría y evaluación. Deficiencia que infringe los numerales 5.7, 9.3.1 y 10.5 de la NOM-001-SSA3-2012, la que en términos generales prevé que las y los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular o adjunto en las actividades diarias, asistenciales y de guardia, académicas y de investigación que lleven a cabo en su residencia.

176. Por todo ello, este Organismo Nacional considera que el derecho a la protección de la salud fue vulnerado porque los servidores públicos del Hospital de la Mujer y del Hospital General encargados de brindarle los servicios necesarios para el restablecimiento de su salud, incurrieron en actos y omisiones que provocaron la alteración de su estado físico e incidieron en su deterioro, lo que conllevó a su fallecimiento derivado de las complicaciones médicas descritas.

177. Por lo tanto, esas autoridades incumplieron, además con los artículos 1°, 2°, 3°, 5°, 23 a 77 de la Ley General de Salud; 1°, 8° 9°, 29 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales establecen las competencias en materia de salud, modalidades de los servicios, servicios y tratamientos médicos, combate de enfermedades y malnutrición, atención sanitaria preventiva, así como el reconocimiento de los derechos del binomio madre-hijo en los servicios de salud.

B.4 Atención médica de V2 en el Hospital de la Mujer.

178. El 27 de marzo de 2015, a las 16:14 horas, se suscitó el nacimiento de V2. Del análisis realizado por este Organismo Nacional, se determinó que la atención otorgada por personal médico y de enfermería a V2, durante su estancia en el Hospital de la Mujer, fue oportuna y adecuada. En ese sentido, el 29 de abril del mismo año, V2 fue dada de alta al no presentar complicaciones de salud con posterioridad a su nacimiento.

C. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

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

180. La violencia obstétrica, es “*una modalidad de la violencia institucional y de género, la cual es cometida por personas prestadoras de servicios de la salud por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, que les genere una afectación física, psicológica o moral, e incluso que 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 otros*”⁴⁶.

181. Este Organismo Nacional, en la infracitada Recomendación General 31/2017, 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

⁴⁶ CNDH. Recomendaciones 65/2018 de 30 de noviembre de 2018 pág. 84, 58/2018 de 14 de noviembre de 2018 pág. 139; 55/2018 de 9 de noviembre de 2018, pág. 165, 31/2017 de 31 de julio de 2017 pág. 94, entre otras y la Recomendación General “Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, de 31 de julio de 2017, p. 94.

salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género [...]”; igualmente sostuvo que “[...] se trata de la violencia perpetrada por 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”⁴⁷.

182. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, en sus artículos 1, 3, 4, inciso b), 7, inciso a), 8 inciso a) y 9, establece 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.

183. En ese sentido, en 2014 la OMS, a través de 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, 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 [...]”⁴⁸.

184. La especial protección que deben gozar las mujeres embarazadas no sólo se encuentra establecida en instrumentos nacionales e internacionales mencionados,

⁴⁷ CNDH. Párr.8 y 91.

⁴⁸ 2014. *Introducción*, p. 4. CNDH. Recomendación 65/2018 p. 86.

sino en normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica, que son referentes en la prestación de los servicios de salud materna; protección y atención que el personal médico que atendió a V1 durante el parto y el puerperio, no implementaron para garantizar la protección a la salud y la vida de V1, tal y como se ha descrito en la presente Recomendación.

185. Para este Organismo Constitucional en el caso de V1, AR1, AR2 y AR3 son responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia obstétrica, previsto, además en el artículo 5 fracción VI de la *Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua*, en atención a las conductas y omisiones que llevaron a cabo al brindarle los servicios médicos.

186. Como se ha descrito en el presente caso, este Organismo Nacional evidenció que el 14 de abril de 2015, V1 asistió al Hospital de la Mujer, pero AR1 sólo estableció el diagnóstico de puerperio tardío e infección de vías urinarias, sin mencionar la dehiscencia y el probable cuadro de sepsis puerperal, ignorando los síntomas y manifestaciones de dolor de V1, dándola de alta en la misma fecha; conducta que constituyó violencia obstétrica, porque los sufrimientos y padecimientos físicos expresados por V1 fueron minimizados, negándole su hospitalización urgente, lo que causó una sensible afectación en su salud. Tal conducta se reiteró el 17 de abril del mismo año, cuando V1 regresó al Hospital y fue valorada por AR2, a quien nuevamente le manifestó su dolor en la herida de reparación de sutura y fiebre, no obstante, se determinó su alta sin considerar la persistencia de los síntomas, lo que incidió fatalmente en su salud, configurándose con ello un acto de violencia obstétrica que concluyó con su fallecimiento

187. Fue hasta el 19 de abril de 2015, es decir 5 días después de la solicitud de atención médica inicial de V1, cuando se le dio ingreso al Hospital de la Mujer, por lo que las conductas antes descritas configuraron violencia obstétrica, al tratarse de

violaciones pluriofensivas que vulneraron el derecho a la protección de la salud y a su vida.

D. Derecho a la vida de V1.

188. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrada en los artículos 1° y 29 de la Constitución Mexicana y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

189. La SCJN ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando este no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”*⁴⁹.

190. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos⁵⁰. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio⁵¹. Así, el derecho a la integridad personal es de tal importancia en la referida Convención Americana⁵² junto con el derecho a la

⁴⁹ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

⁵⁰ *“Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”*. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. (Fondo), párr. 144.

⁵¹ *“Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México”*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, *Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*, párr. 232.

⁵² Artículos 4.1 y 5 de la Convención Americana. Véase, además, *“Caso Instituto de Reeducción del Menor Vs. Paraguay”*. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. *Excepciones Preliminares*, párr. 158.

vida, los cuales no solo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de dicha Convención⁵³.

191. Además, la misma CrIDH ha señalado que *“de las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos que establece el artículo 1.1 de la Convención Americana derivan deberes especiales determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específico”*⁵⁴.

192. Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público⁵⁵.

193. Finalmente, la CrIDH ha señalado que *“la falta de atención médica adecuada no satisface los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno conforme a la condición de ser humano en el sentido del artículo 5 de la Convención Americana”*⁵⁶.

⁵³ “Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, párr. 139

⁵⁴ “Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia”. Sentencia de 31 de enero de 2006. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 111.

⁵⁵ “Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117. Véase además, los artículos 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el 1º de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, párr. 34.

⁵⁶ “Caso De la Cruz Flores Vs. Perú”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de noviembre de 2004, párr. 131.

194. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, que en su Tercer Objetivo “*Salud y Bienestar*” para “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”, indica 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*”⁵⁷, 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*”.

195. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada por el personal médico adscrito al Hospital de la Mujer y el Hospital General, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la integridad personal y el derecho a la vida.

D.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

196. Para el presente caso, es importante advertir que el fallecimiento de V1 se considera una muerte materna tardía, conforme a lo establecido por la Secretaría de Salud en el sentido de que “*es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo*”, y a su vez es una defunción obstétrica directa, la cual es definida como “*la[s] que resulta[n] de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas*”⁵⁸.

197. Por ello, este Organismo Nacional considera el deceso de V1 como una muerte materna tardía, que ocurrió el 14 de marzo de 2016, es decir, antes de que se

⁵⁷ Es consulta en la página: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> Sección: datos destacables.

⁵⁸ Secretaría de Salud, Muertes Maternas.

cumpliera un año del parto acontecido el 27 de marzo de 2015, por lo que dicho fallecimiento cumple con los criterios médicos descritos.

E. Interés Superior de la Niñez.

198. Para los efectos correspondientes, ésta Comisión Nacional acorde a lo establecido por diversos tratados internacionales de los cuales México es parte, entenderá por niño toda persona menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad⁵⁹.

199. En ese sentido, la CrIDH en su jurisprudencia, ha definido el contenido y los alcances de las obligaciones que ha asumido el Estado cuando se analizan los derechos de las niñas y los niños⁶⁰. Al respecto, los niños y las niñas son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana, *“además de contar con las medidas especiales de protección contempladas en su artículo 19, las cuales deben ser definidas según las circunstancias particulares de cada caso concreto”*. La adopción de medidas especiales para la protección de la niñez corresponde tanto al Estado como a la familia, la comunidad y la sociedad a la que aquél pertenece⁶¹.

200. *“Por otra parte, toda decisión estatal, social o familiar que involucre alguna limitación al ejercicio de cualquier derecho de un niño o una niña, debe tomar en cuenta el principio del interés superior del niño, y ajustarse rigurosamente a las disposiciones que rigen esta materia”*⁶². Respecto del interés superior del niño, la CrIDH ha reiterado que este principio regulador de la normativa de los derechos del niño se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias

⁵⁹ ONU Convención sobre los Derechos del Niño. Artículo 1.

⁶⁰ CrIDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr. 194 y *“Caso Forneron e hija Vs. Argentina”* Sentencia de 27 de abril de 2012 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 44.

⁶¹ *Furlan y Familiares vs Argentina*, párr. 125.

⁶² *Ibidem*, párr. 126.

de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades. *“En el mismo sentido, conviene observar que para asegurar, en la mayor medida posible, la prevalencia del interés superior del niño, el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere ‘cuidados especiales de protección’”*⁶³, “[e]n este sentido, es preciso ponderar no sólo el requerimiento de medidas especiales, sino también las características particulares de la situación en la que se hallen el niño o la niña”⁶⁴.

201. Así, la CrIDH ha considerado que los familiares de las víctimas de violaciones de derechos humanos pueden ser, a su vez, víctimas, tal como lo ha considerado este Organismo Nacional respecto de R, V2 y V3 con tal calidad.

202. Así, la CrIDH ha considerado violado el derecho a la integridad psíquica y moral de familiares de víctimas *“con motivo del sufrimiento adicional que éstos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a los hechos”*⁶⁵. También se ha declarado la violación de este derecho por el sufrimiento generado a partir de los hechos perpetrados en contra de sus familiares⁶⁶.

203. Por ello, de los hechos que se desprenden en el presente caso esta Comisión Nacional advierte el estado de vulnerabilidad e indefensión que les provocó a V2 y V3 la pérdida de su madre y su hermana respectivamente, quienes en su condición de niñas les ha generado una nueva situación revictimizante. En las actuaciones de

⁶³ Opinión Consultiva OC-17/02, solicitada por la CIDH, de 28 de agosto de 2002, párr. 60, y “Caso *Atala Riffo y Niñas Vs. Chile*”. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 108.

⁶⁴ “Caso *Furlan y familiares Vs. Argentina*”, párr. 126.

⁶⁵ “Caso *Herzog y otros Vs. Brasil*”. Sentencia de 15 de marzo de 2018. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 351.

⁶⁶ “Caso *Poblete Vilches y otros Vs. Chile*”. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 208.

las autoridades responsables no consta evidencia que permita analizar sus acciones tendientes a proteger sus derechos y la atención psicosocial para enfrentar dicha pérdida.

204. Sobre la violación al interés superior de la niñez de V2, esta Comisión Nacional considera que durante el desarrollo y evolución de los padecimientos de V1, se privó a V2 de los cuidados maternos indispensables para su pleno desarrollo en los primeros meses de vida, lo que trasciende con el fallecimiento de su madre V1, ya que su crecimiento y perspectiva de vida, se verá afectado de manera vitalicia por estos acontecimientos.

205. En el caso de V3, quien al momento de que iniciaron los hechos contaba con 12 años de edad, es de destacar el vínculo fraternal y relación estrecha que mantenía con V1 quien le proporcionaba cuidados durante el tiempo de jornada laboral de R. Posteriormente cuando V1 se encontraba enferma, V3 la atendía y hoy es quien apoya con los cuidados de V2, por lo que los padecimientos y muerte de V1 generó una afectación a su derecho al interés superior de la niñez.

F. Derecho de acceso a la información en materia de salud de V1 y R.

206. El Comité de DESC de la ONU ha sostenido que en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*⁶⁷.

207. Al respecto, la CrIDH ha sostenido *“la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico, y*

⁶⁷ Observación General 14, párr. 12, inciso b, fracción IV.

fuerza razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”⁶⁸.

208. La 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 (...)”⁶⁹.

209. En la Recomendación General 29/2017 “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”⁷⁰.

210. Al respecto, en el estudio del presente caso, se observaron diversas irregularidades en la integración de los expedientes clínicos de V1 y V2, que documentan la atención que recibieron en el Hospital de la Mujer y el Hospital General, y que constituyeron violaciones a diversas disposiciones en materia de acceso a la información en materia de salud al carecer de nombre de los médicos tratantes, fecha y hora, la técnica quirúrgica; también se omitió registrar las dosis y

⁶⁸ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 68

⁶⁹ Introducción y artículo 4.4.

⁷⁰ CNDH. Del 31 de enero de 2017, párr. 35

frecuencia de algunos medicamentos aplicados, incumpliendo la NOM-004-SSA3-2012. Para esta Comisión Nacional, las omisiones referidas impiden conocer la identidad del personal tratante en algunas etapas de la atención de V1 y V2, así como las circunstancias de tiempo en una parte de su seguimiento médico, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud, en relación con el acceso a la información detallada de su tratamiento.

Hospital	Fecha y hora	Documento	Irregularidad	Disposición inobservada
Hospital de la Mujer	Si fecha ni hora Del contexto se observa 26/03/15 00:00 horas	Nota de Urgencias	Carece de nombre, fecha y hora.	NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 5.10 y 7.1.1
Hospital de la Mujer	Si fecha ni hora Del contexto se observa 26/03/15 20:40 horas	Nota de Urgencias	Carece de nombre, fecha y hora.	NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 5.10 y 7.1.1
Hospital de la Mujer	27/03/15	Nota de Ginecología y Obstetricia	Carece de firma del médico de base.	NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 5.10
Hospital de la Mujer	27/03/15	Nota de Ginecología y Obstetricia	No se describió la técnica quirúrgica de reparación de desgarro.	NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 8.8.5
Hospital de la Mujer	22/04/15	Carta de consentimiento informado para la aplicación de anestesia en procedimientos quirúrgicos programados.	No se estableció el nombre completo del familiar, tutor o representante legal, el nombre completo del médico que proporcionó la información, así como el nombre completo y firma de dos testigos.	NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10,
Hospital de la Mujer	22/04/15	Carta de consentimiento informado para el procedimiento de revisión recto-vaginal bajo anestesia.	No se encuentra integrado en el expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 10.1, 10.1.1, 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.1.3, 10.1.1.4, 10.1.1.5, 10.1.1.6, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10 y 10.1.2.3.

Hospital General	05 de mayo de 2015 02:15 horas	Nota de Cirugía General	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	07 de mayo de 2015 08:00 horas	Hoja de indicaciones médicas	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	08 de mayo de 2015 17:04 horas	Nota de cirugía General	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	09 de mayo de 2015 10:20 horas	Nota de Medicina Interna	Carece de nombre y firma del médico que la elaboró.	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	10 de mayo de 2015 15:35 horas	Nota de cirugía General	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	11 de mayo de 2015 09:40 horas	Nota de cirugía General	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	12 de mayo de 2015 18:00 horas	Nota de cirugía General	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	13 de mayo de 2015 17:04 horas	Nota de ingreso a Medicina Interna	Carece de la firma de los médicos que suscriben	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	13 de mayo de 2015 18:15 horas	Nota de cirugía General	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	14 de mayo de 2015 10:00 horas	Nota de cirugía General	Carece de la firma del médico adscrito o de base	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	16 de mayo de 2015 19:55 horas	Nota de Medicina Interna	Carece de nombre y la firma de quien la elaboró	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	19 de mayo de 2015 14:30 horas	Nota de Ginecología y Obstetricia	Carece de firma del médico adscrito	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	1 de junio de 2015	Nota de ingreso	Carece de nombre del médico que la elaboró	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	13 de julio de 2015	Nota de Proctología	Carece de nombre del médico que la elaboró	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10

Hospital General	14 de agosto de 2015 19:39 horas	Nota Postquirúrgica	Carece de firma del médico adscrito	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	16 de agosto de 2015 14:00 horas	Nota de Cirugía General	Carece de firma del médico adscrito	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	17 de agosto de 2015 11:51 horas	Nota de Proctología	Carece de firma	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	31 de agosto de 2015	Nota de valoración	Carece de nombre de quien la elaboró	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	14 de septiembre de 2015 19:39 horas	Nota de valoración	Carece del nombre del médico que atendió	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	19 de octubre de 2015	Nota de valoración	Carece del nombre del médico que atendió	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital General	13 de febrero de 2016	Nota de valoración	No se describió la dosis, vía de administración y periodicidad del fármaco antipirético administrado a V1.	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 6.2.6
Hospital General	Sin fecha 14:00	Indicaciones médicas	No se describió la fecha de las indicaciones.	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10.
Hospital General	13 de marzo de 2016	Nota de Cirugía General	No se estableció hora de valoración.	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital de la mujer (atención de V2)	Sin fecha	Nota de Ginecología y Obstetricia	No se estableció fecha de elaboración.	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10
Hospital de la mujer (atención de V2)	27 de marzo de 2015	Historia Clínica de V2	No estableció el nombre, firma y/o cédula profesional de quien la elaboró.	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, numeral 5.10

211. En opinión de este Organismo Nacional, la adecuada integración de los expedientes clínicos, permite conocer la verdad sobre el diagnóstico, estudios, seguimiento clínico, tratamientos, procedimientos quirúrgicos y en general todas aquellas acciones implementadas por las instancias de salud para dar debida continuidad a los padecimientos de las y los pacientes, lo que garantiza de manera indirecta su derecho a la protección de la salud en relación con el acceso a la información.

G. Derecho de acceso a la justicia de V1, en su modalidad de procuración de justicia.

212. El derecho de acceso a la justicia es un derecho fundamental reconocido por la Constitución Mexicana en el artículo 17. En su artículo 21 prevé la obligación del MP de investigar los delitos, buscar y presentar las pruebas que acrediten la responsabilidad de los inculpados, además de que le corresponde en forma exclusiva el ejercicio de la acción penal ante los tribunales respectivos. Tal atribución exige que dicho Representante Social tome las medidas jurídicas necesarias para la integración de la investigación ministerial al momento en que tenga conocimiento de la posible existencia de la conducta delictiva, dando atención y seguimiento a las denuncias que se presenten e implementar todas las acciones que le permitan allegarse de los elementos necesarios de manera oportuna, para el esclarecimiento de los hechos.

213. En el mismo sentido, el artículo 118 de su Constitución y el artículo 106 del Código de Procedimientos Penales, ambos del Estado de Chihuahua, establecen que corresponde al MP la persecución e investigación de los delitos y está obligado a recibir las denuncias o querellas que le presenten, practicar y ordenar se realicen todos los actos conducentes en sus investigaciones, así como solicitar las medidas precautorias que resulten indispensables para las investigaciones ministeriales.

214. A su vez, el artículo 8.1 de la Convención Americana, en términos generales, prevé que toda persona tiene derecho a ser oída con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la determinación de sus derechos y obligaciones. Asimismo, el artículo 25.1 del mismo ordenamiento, señala que: “[t]oda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales”.

215. La CrIDH ha hecho referencia a la importancia de que las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, lleven a cabo una adecuada investigación, de conformidad con lo dispuesto en el citado artículo 8.1 de la Convención Americana, estableciendo que *“la falta de celeridad en la investigación y la negligencia de las autoridades judiciales en realizar una investigación seria y exhaustiva de los hechos que conduzcan a su esclarecimiento y al enjuiciamiento de los responsables, constituye una grave falta al deber de investigar y de ofrecer un recurso efectivo que establezca la verdad de los hechos, juzgue y sancione a sus responsables y garantice el acceso a la justicia para los familiares [...] con plena observancia de las garantías judiciales”*⁷¹.

216. Esta Comisión Nacional se ha pronunciado en la Recomendación General 14⁷², respecto de la atención deficiente brindada a las víctimas del delito, en el sentido de que tal situación, en muchos casos deriva en irregularidades en el trámite de la indagatoria, lo que redundaría en que la víctima de delito perciba el acceso a la justicia, en su variante de procuración, como algo ajeno a ella y lejano de acceder.

⁷¹ “Caso *Servellón García y otros vs. Honduras*”. Sentencia de 21 de septiembre de 2006, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 153.

⁷² CNDH. “*Sobre los Derechos de las Víctimas de Delitos*”, de 27 de marzo de 2007.

217. En la Recomendación General 16⁷³ esta Comisión Nacional observó que los agentes del MP, a fin de garantizar una adecuada procuración de justicia, deben cumplir en el desarrollo de su labor con las diligencias mínimas para, entre otras cosas, garantizar el desahogo de las diligencias de investigación necesarias para acreditar el delito y la probable responsabilidad del sujeto, así como dictar las medidas de auxilio y protección a las víctimas de delito y a los testigos.

218. Por tanto, el derecho de acceso a la justicia no se agota con la tramitación de procesos internos, sino que debe hacerse lo indispensable para conocer la verdad de lo sucedido y en caso de proceder, sancionar a las personas responsables, tanto materiales como intelectuales, respetar los derechos de las víctimas y ofendidos del delito, al ejecutar las diligencias procedentes de conformidad con los estándares del debido proceso, ya que el agente investigador tiene la obligación de actuar con la debida diligencia como un presupuesto básico de este derecho⁷⁴.

219. Este Organismo Nacional concluye que las investigaciones realizadas por la autoridad, deben buscar la eficacia de las diligencias implementadas para la comprobación de la conducta o hecho denunciado, que junto con la información fáctica y la documentación jurídica enriquezca la actuación del MP como parte de la búsqueda de la verdad objetiva y sustancial, logrando una efectiva procuración de justicia en favor de las víctimas. Se considera que las autoridades responsables en el presente caso debieron realizar las diligencias de manera autónoma para la comprobación de los hechos, sin necesidad del impulso procesal de las víctimas o denunciantes.

G.1 Averiguación Previa iniciada por la Delegación de la entonces Procuraduría General de la República, en Chihuahua.

⁷³ CNDH. “Sobre el plazo para resolver una averiguación previa”, de 21 de mayo de 2009.

⁷⁴ CNDH. *Ibidem*, pág. 12, párr. segundo.

220. El 5 de junio de 2015, el agente del MP de la Federación, en Ciudad Juárez, emitió el acuerdo de inicio de Averiguación Previa, con la denuncia de V1, quedando radicada la investigación por el delito de lesiones por responsabilidad profesional, en contra de quien o quienes resultaran responsables, y recibió la comparecencia de R.

221. El 9 de junio de 2015, solicitó al Hospital de la Mujer informe sobre la atención médica proporcionada a V1.

222. El 17 de junio del mismo año, el citado Representante Social de la Federación, determinó la consulta de incompetencia en razón de fuero de la Averiguación Previa, la cual fue autorizada por el entonces titular de la Delegación Estatal de la PGR el 8 de julio de 2015, y la remitió a la Fiscalía Estatal.

G.2 Carpeta de investigación de la Fiscalía Estatal.

223. Una vez radicada la Carpeta de Investigación, de acuerdo con las actuaciones de la Fiscalía Estatal, no se observan líneas de investigación para el esclarecimiento de los hechos y en su caso, determinar sobre la responsabilidad de las personas involucradas, ya que la actividad persecutora del delito durante 2015 se concentró en realizar diligencias básicas en las que destaca la citación para V1, a quien requirió aportara evidencias médicas de su caso; solicitudes de información respecto a expedientes clínicos y datos de identificación de las personas que participaron en la atención.

224. Se advierte que la investigación, desde octubre de 2015 hasta enero de 2016, no cuenta con evidencias de que se hayan realizado diligencias para certificar la condición física, salud y evolución de las lesiones de V1, y después de su muerte, se concretó en llamar nuevamente a los médicos que dieron atención a la víctima en el Hospital de la Mujer, en calidad de testigos.

225. Durante 2016, las diligencias en la Carpeta de Investigación iniciaron el 15 de enero, con la ratificación de denuncia o querrela de V1. La Representación Social omitió solicitar un perito médico, para una nueva certificación que diera cuenta de la existencia de las lesiones que presentaba V1, aun cuando en diversas ocasiones R y V1, habían manifestado en comparecencia que no mejoraba el estado de salud de la querellante. También omitió realizar el peritaje médico, necesario para la investigación de delito y establecer el daño sufrido.

226. La importancia de realizar el dictamen médico, no sólo correspondía a la integración de la Carpeta y la Investigación de los hechos, sino también a que de acuerdo con la certificación y clasificación de lesiones de V1, se determinó que eran de las que ponen en peligro la vida y tardan más de 60 días en sanar, que traen como consecuencia responsabilidad médico legal, por la probabilidad de presentar infección en las lesiones o sepsis, dejando alteraciones en órganos intraabdominales, digestivas crónicas, ataque al estado general y complicaciones quirúrgicas.

227. En consecuencia, el MP dejó en estado de indefensión a la víctima, al no emitir oportunamente medidas precautorias que resultaran indispensables para proteger la integridad física y vida de la víctima.

228. Durante el periodo entre abril 2016 a marzo de 2017, una vez fallecida V1, no se observa que se hayan realizado diligencias en la citada indagatoria, aunado al tiempo que ya había transcurrido desde que se inició la Carpeta de Investigación, situación que en consideración de este Organismo Nacional se traduce en un retardo y entorpecimiento de la procuración de justicia en el caso de V1, a pesar de la pérdida de la vida de la víctima.

229. En este mismo sentido, es de subrayar que durante 2017, únicamente se realizaron citatorios a R, quien fue apercibida de que en caso de no comparecer en la fecha indicada, la Carpeta de Investigación sería enviada al archivo temporal por

su “*falta de interés*”, no obstante que para que proceda dicha determinación, se requiere que no haya elementos suficientes para acreditar el delito ni líneas de investigación para el esclarecimiento de los hechos, situación que denota falta de profesionalismo en el cumplimiento de su deber como representante de la sociedad en la persecución de los delitos, ya que trasladó la carga de la prueba a las agraviadas.

230. De las constancias de la Carpeta de Investigación fue posible observar que durante 2018 se dio una falta de inmediatez y debida diligencia en su integración y determinación, puesto que, entre febrero y agosto, no se realizó diligencia alguna.

231. Entre agosto y noviembre de 2018, la Carpeta de Investigación se remitió en tres ocasiones: 1. El 28 de agosto la Fiscalía de la Zona Norte de Ciudad Juárez la envió a la Fiscalía de la Zona Centro de Chihuahua; 2. El 4 de octubre, la Fiscalía de la Zona Centro la envió a la Unidad Especializada en Investigación de delitos contra el servicio público, el adecuado desarrollo de la justicia, la paz, la seguridad de las personas y de la fe pública; y 3. El 28 de noviembre, ésta Unidad la remitió a la Unidad Especializada de Delitos contra la vida de esa misma zona, donde actualmente se encuentra en integración todavía. Esta Comisión Nacional observa que en el periodo mencionado, la Fiscalía Estatal omitió realizar actuaciones para a la correcta integración de la Carpeta de Investigación, propiciando periodos de inactividad, lo que trae como consecuencia que a la fecha no se haya determinado la investigación, impidiendo así la impartición de justicia en favor de las víctimas del delito.

232. Es de resaltar que el 28 de agosto de 2018, cuando se derivó la investigación a la Zona Centro (Chihuahua), la Fiscalía de la Zona Norte argumentó que la remisión atendía a que el deceso de V1 ocurrió en dicha ciudad, sin contar con la base técnica que permitiera establecer si la causa de tal defunción se encontraba relacionada con la atención médica recibida en marzo de 2015 en el Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez; además en ningún momento R fue informada de dicha remisión.

233. No deja de ser preocupante para esta Comisión Nacional que la Comisión Estatal, tuvo acceso a la Carpeta de Investigación, donde estableció que el 16 de julio de 2015, la Fiscalía Estatal inició una investigación a partir de una solicitud del Centro Médico, cuando en realidad, tal como lo hicieron saber V1 y R en sus quejas y ampliaciones, ante la negativa para recibirles su denuncia tuvieron que acudir a la Delegación de la entonces PGR en Ciudad Juárez, instancia que una vez que llevo a cabo las diligencias iniciales, determinó remitirla por incompetencia a la Fiscalía Estatal, quedando radicada la investigación en la Unidad Especializada de Delitos contra la vida, por el delito de “*práctica indebida del servicio público*”⁷⁵ en agravio de V1.

234. Por todo lo anterior, este Organismo Nacional, considera que el personal encargado de la integración de la Carpeta de Investigación, omitió en su investigación, la búsqueda de la verdad de los hechos, además, y no garantizó los derechos de V1 cuando ésta se encontraba con vida, con la finalidad de prevenir una conducta penal de mayor gravedad, permitiendo que la investigación dilatara en exceso, encontrándose aún en integración sin constancia de actuaciones efectivas, a más de 3 años de la muerte de V1.

235. En este contexto, el MP tiene la obligación de determinar su competencia, tomar las medidas jurídicas necesarias para la integración de la Carpeta de Investigación “*tan pronto como tenga conocimiento de la posible existencia de un delito, así como dar seguimiento a las denuncias que se le presenten y allegarse de todos los elementos necesarios de manera oportuna, para lograr el esclarecimiento de los hechos*” que permitan conocer la verdad histórica de los mismos.⁷⁶

236. Este Organismo Nacional, observó que durante la integración de la Carpeta de Investigación, intervinieron diversos agentes del MP, adscritos a la Fiscalía Estatal,

⁷⁵ Artículo 320 del Código Penal del Estado de Chihuahua.

⁷⁶ CNDH. Recomendaciones 31/2017 de 21 de agosto de 2017, párrafo 158, y 22/2017 de 31 de mayo de 2017, párrafo 126.

tanto en la Zona Norte como en la Zona Centro, quienes desahogaron diligencias en la tramitación del caso penal; sin embargo, de conformidad con el artículo 15 fracción IV del Reglamento Interior de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua corresponde a las Fiscalías Especializadas, “*coordinar las acciones que las y los agentes del MP y sus auxiliares, lleven a cabo con motivo de la investigación de los delitos, ejercicio de la pretensión punitiva y comparecencia ante los jueces y tribunales en primera y segunda instancia*”. Por ello, los titulares y coordinadores de las Unidades Especializadas encargadas de dar seguimiento al caso de V1, AR13, AR14, AR15 y AR16, se encontraban obligados a supervisar el diligente y eficaz desarrollo de la investigación con el objetivo de integrar debidamente la secuela procedimental hasta su conclusión procedente, sin perjuicio de que se determinen las responsabilidades correspondientes conforme al grado de participación de cada servidor público involucrado en la investigación penal del caso.

237. Por lo anterior, se dejó de cumplir con lo previsto por los artículos 8.1 de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*; 21 párrafo primero y segundo de la Constitución Mexicana; 118 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua; y 106 del Código de Procedimientos Penales de la entidad; los que prevén el derecho a la procuración de justicia, la obligación del MP de tomar las medidas jurídicas necesarias para la integración de las investigaciones ministeriales tan pronto como tenga conocimiento de la posible existencia de un delito, a dar seguimiento a las denuncias que se presenten y de allegarse de los elementos necesarios, de manera oportuna, para lograr el esclarecimiento de los hechos que permitan conocer la verdad de lo ocurrido, y en el mismo sentido a proteger a quienes han resultado víctimas de tales conductas con lo que se afecta el derecho de acceso a la justicia.

H. RESPONSABILIDAD.

238. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y A12 derivó de las omisiones, falta de diligencia y deficiente atención médica

brindada a V1, como se analizó en la presente Recomendación, con lo que se acreditó la violación al derecho a la protección a la salud, a la vida, a una vida libre de violencia obstétrica.

239. Se tiene acreditado que la integración de la Carpeta de Investigación iniciada con motivo de la denuncia presentada por R en favor de V1 en la Fiscalía Estatal, cuenta con irregularidades relacionadas con la debida integración de la Carpeta de Investigación y la deficiente investigación de los hechos, ya que de acuerdo a las constancias que hay en el expediente durante 2015 a 2018, han intervenido al menos 11 ministerios públicos de la Fiscalía de la Zona Norte, de la Zona Centro, la Unidad Especializada en Investigación de Delitos contra el Servicio Público, el Adecuado Desarrollo de la Justicia, la Paz, la Seguridad de las Personas y de la Fe Pública y a la Unidad Especializada de Delitos contra la Vida de esa misma zona quien a su vez declinó competencia nuevamente a la Zona norte de Ciudad Juárez, sin que hasta la fecha haya determinación. Por lo que se concluye la responsabilidad de AR13, AR14, AR15 y AR16 que en su calidad de fiscales especializado o coordinadores de unidad tenían el deber conducir la investigación.

I. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

240. Esta Comisión Nacional, advierte que las omisiones en la investigación de los casos por parte de la Comisión Estatal, ha motivado la emisión de pronunciamientos por parte de este Organismo Nacional, en atención a las irregularidades en la integración de expedientes por violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera relevante resaltar la necesidad de que a nivel institucional, el seguimiento de los casos en esa entidad federativa se realice en estricto apego a los principios de inmediatez, eficiencia y debida diligencia que deben regir el actuar de los organismos protectores de derechos humanos.

241. Esta Comisión ha hecho patente la deficiencia estructural que prevalece en el sistema de salud del Estado de Chihuahua, la cual impide el otorgamiento de servicios integrales de salud a las personas usuarias en las instituciones hospitalarias, entendiéndose como una circunstancia reiterada que desfavorece a las víctimas y contraviene los estándares nacionales e internacionales, en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta los elementos anteriormente pormenorizados, este Organismo Nacional confirma las violaciones a derechos humanos acreditados en el apartado sobre derecho a la salud y derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica se acredita también una responsabilidad institucional del Hospital de la Mujer y el Hospital General, en donde V1 durante casi un año se le practicaron cirugías, tratamientos médicos durante su hospitalización y diversas consultas.

242. Lo anterior acredita una responsabilidad institucional que surge en diferentes grados de responsabilidades colectivas que a valoración de este Organismo Nacional estamos ante una modalidad de violencia institucional cometida por los prestadores de servicio de la salud.

243. Este Organismo considera que el grave estado de salud de V1 y posterior fallecimiento ocurrieron en el lapso que recibió la atención médica en el Hospital General. El 11 de febrero de 2016, se le practicó una cirugía y desde ese momento continuó en estado crítico hasta su fallecimiento.

244. Conforme a la Opinión Médica de este Organismo Nacional se acreditó que V1 no recibió el tratamiento adecuado para sus padecimientos y por el contrario el personal médico que la atendió no realizó las gestiones médicas de manera integral para que V1 recuperara su estado de salud óptimo; falleciendo semanas después.

245. 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 se constató una falta de atención a la salud de manera integral y con calidad a V1 durante su puerperio.

246. Esta Comisión Nacional observó que de octubre de 2015 al 15 febrero de 2016, transcurrieron 4 meses para la realización de la segunda cirugía de reconstrucción, sin que a V1 y a R les informaran las razones claras para este retraso. Ante tales circunstancias, se establece que existe una responsabilidad institucional relacionada con la falta de atención por personal médico y tratamiento adecuado en el Hospital General que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta los elementos descritos, este Organismo Nacional considera, que con motivo de la falta de atención y tratamiento oportuno en el Hospital General, no fue posible brindar una atención integral que propició con el fallecimiento de V1.

247. Aunado a lo anterior, del análisis de los diversos expedientes clínicos generados, durante aproximadamente un año de atención médica a V1, se observaron irregularidades en su integración, las cuales también constituyen responsabilidad para quienes resulten responsables, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, respecto de la elaboración de las notas médicas, integración de la historia clínica y exploración física de V1, así como la falta de firmas, nombres o cédulas de los médicos y residentes en las notas médicas, como quedó acreditado, tanto en el Hospital de la Mujer como en el Hospital General.

248. Por lo anterior se incumplió el artículo 23 fracciones I, VI y XVII de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua.

J. Reparación integral del daño.

249. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Mexicana; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

250. En diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

251. En el “*Caso Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH asumió que: “[...] *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó que “[...] *las*

reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos".⁷⁷

252. Sobre el "deber de prevención", la CrIDH sostuvo que: "[...] *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...]*"⁷⁸.

253. Para esta Comisión Nacional, no pasa desapercibido que en la Recomendación 52/2017, se consideró como víctima únicamente a V1, sin embargo, de las constancias que obran en el EQ1 se observa que V2 es también víctima de las presentes violaciones a derechos humanos, puesto que durante el desarrollo y evolución de los padecimiento de V1, se le privó de los cuidados maternos indispensables para su pleno desarrollo en los primeros meses de vida, lo que trasciende con el fallecimiento de su madre V1, ya que su crecimiento y perspectiva de vida, se verá afectado de manera vitalicia por estos acontecimiento. Aunado a ello, las medidas de reparación deberán amparar también a R y V3 en razón del vínculo familiar existente con V1, el acompañamiento otorgado durante el desarrollo de los sucesos que dieron origen a las violaciones a derechos humanos que se

⁷⁷ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas. Párr. 300 y 301.

⁷⁸ "Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras". Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo), párr. 175.

analizan y los sufrimientos causados durante el proceso en el que V1 resultó violentada en sus derechos humanos.

254. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafo tercero y cuarto, 2, 7 fracciones II, VI, VII, VII, 26, 27, 62, 64, 65 inciso c) 67, 68, 74, 75, 88 fracción II y X, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción IV, 111, 112, 126 fracción VII y VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como el 6, 20, fracciones II, 22, fracciones IV y 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 Estatal de Víctimas de Chihuahua, en los siguientes términos:

i. Rehabilitación.

255. Debido a las afectaciones que los hechos documentados han generado en R, esta Comisión Nacional considera que se le deberá proporcionar atención psicológica y tanatológica que requiera; esta deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

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

ii. Satisfacción.

257. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y la denuncia que se presenten ante las instancias referidas y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

258. Se deberá incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas. Asimismo, la Fiscalía Estatal deberá implementar las acciones necesarias para investigar de manera eficaz y diligente, conforme a los estándares internacionales de protección de derechos humanos, los casos que con motivo de sus atribuciones se encuentren a su cargo y se envíen a este Organismo Nacional, las constancias que permitan acreditar su cumplimiento.

iii. Garantías de no repetición.

259. Estas garantías consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas para hacer efectivo los derechos de las víctimas.

260. En ese sentido, la Comisión Estatal deberá girar las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita una circular dirigida a su personal, en la que se les exhorte a observar en la elaboración de los pronunciamientos emitidos por el Organismo Local, lo dispuesto en la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, estableciendo la procedencia de la reparación del daño de manera específica ante las violaciones a los derechos humanos, se

realicen las investigaciones procedentes con debida diligencia, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

261. Se deberán impartir al personal del Hospital de la Mujer y del Hospital General, cursos en materia de 1) Derecho a la protección de la salud, 2) Derecho de acceso a la información en materia de salud, en específico en referencia a los estándares contenidos en la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”* y el contenido de la Recomendación General 29, *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”* y 3) Violencia obstétrica, con especial referencia a la Recomendación General 31/2017 emitida también por esta Comisión Nacional.

262. Se deberá impartir en la Fiscalía Estatal un curso integral dirigido al personal ministerial de las áreas involucradas en el presente caso, sobre debida diligencia en la integración y perfeccionamiento de las carpetas de investigación en materia delitos contra la salud y la vida.

263. Estos cursos deberán ser impartidos por personal especializado de acuerdo con el contenido de cada uno, con perspectiva de género y con especial atención al trato digno y humanizado de los servidores públicos del sector salud en esa entidad federativa.

264. En el término de seis meses deberán adoptarse medidas efectivas de prevención en el Hospital de la Mujer y el Hospital General, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

265. Además, se deberá dotar al Hospital General de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde.

266. Finalmente, deberá emitirse una circular dirigida al personal médico del Hospital de la Mujer y del Hospital General, en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al presente.

iv. Compensación.

267. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, por lo que al acreditarse violaciones a los derechos humanos de V2, V3 y R, la autoridad responsable, es decir el Gobierno del Estado de Chihuahua, deberá indemnizarlos en términos de la Ley General de Víctimas. Para ello se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto bio-psicosocial, y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad.

268. Para el cumplimiento de las acciones previstas en los puntos recomendatorios a que se hace alusión en este apartado, tal como lo prevé el artículo 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de ser aceptada la Recomendación las autoridades deberán enviar las pruebas correspondientes de que han cumplido con lo recomendado en los plazos señalados.

269. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula a ustedes, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A usted señor Gobernador del Estado de Chihuahua:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a R, V2 y V3 en términos de la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua que incluya la compensación suficiente con motivo del deceso de V1, se les inscriba en el Registro Estatal de Víctimas, se otorgue a R y V3 atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que se presente en contra del personal médico de la Secretaría de Salud que se identificaron en el cuerpo de la presente Recomendación como autoridades responsables AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 que incurrieron en omisiones en la integración del expediente clínico de V1, 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.

TERCERA. En términos de lo establecido en el presente documento recomendatorio, diseñar e impartir en el término de tres meses al personal médico del Hospital de la Mujer y en el Hospital General, cursos de capacitación en materia de 1) Derecho a la protección de la salud, 2) Derecho de acceso a la información en materia de salud y 3) Violencia obstétrica, los que deberán ser impartidos por personal especializado, y contener los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que

los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Realizar un proceso de equipamiento en el término de seis meses, con la finalidad de que el Hospital de la Mujer y el Hospital General cuenten con recursos para su óptimo funcionamiento que garanticen el disfrute del derecho a la protección de la salud de los usuarios con calidad y eficiencia, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

QUINTA. En el término de seis meses deberán adoptarse medidas efectivas de prevención en el Hospital de la Mujer y el Hospital General, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que se brinda, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital de la Mujer y del Hospital General, en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se instruya a la Fiscalía Estatal, para que implemente las acciones necesarias para investigar de manera eficaz y diligente, conforme a los estándares internacionales de protección de derechos humanos, los casos que con motivo de

sus atribuciones se encuentren a su cargo y se envíen a este Organismo Nacional, las constancias que permitan acreditar su cumplimiento.

OCTAVA. Se instruya a la Fiscalía Estatal para que se continúe con la debida integración y perfeccionamiento de la Carpeta de Investigación, con la finalidad de esclarecer la verdad de los hechos y en su caso, se determine la responsabilidad penal que pudiera existir, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional, en la queja que se presente ante la instancia competente, para el inicio del procedimiento por responsabilidades administrativas, en contra de las autoridades determinadas como responsables, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA. Diseñar e impartir en el término de tres meses al personal de la Fiscalía Estatal, un curso de capacitación en materia de debida diligencia en la integración y perfeccionamiento de las carpetas de investigación en materia delitos de peligro a la vida o la salud de las personas, y remita los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo; el cual deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA PRIMERA. Designe a 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 a este Organismo Nacional.

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

PRIMERA. Garantizar que en todos los casos que resulte procedente deberá observarse en los pronunciamientos del Organismo Local, lo dispuesto en la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, estableciendo la procedencia de la reparación del daño de manera específica ante las violaciones a los derechos humanos, y se realicen las investigaciones procedentes con debida diligencia.

SEGUNDA. En el término de un mes se emita una circular dirigida a su personal, en la que se le exhorte a observar en la elaboración de los pronunciamientos emitidos por el Organismo Local, lo dispuesto en la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, estableciendo la procedencia de la reparación del daño de manera específica ante las violaciones a los derechos humanos, se realicen las investigaciones procedentes con debida diligencia, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Designe 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.

270. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Mexicana, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de actos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en los términos que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que

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

271. 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.

272. 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 de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

273. 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 Mexicana, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, o a las legislaturas de las entidades federativas, según corresponda, requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ