

**EXPEDIENTE No.:** \*\*\*\*  
**QUEJOSA/VÍCTIMA:** QV1  
**VÍCTIMA:** V1  
**RESOLUCIÓN:** RECOMENDACIÓN  
No. 18/2017  
**AUTORIDAD**  
**DESTINATARIA:** SECRETARÍA DEL SALUD DEL  
ESTADO DE SINALOA

Culiacán Rosales, Sinaloa, a 13 de diciembre de 2017.

**Dr. Alfredo Román Messina**  
**Secretario de Salud del Estado de Sinaloa**

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1° y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, 4° Bis, 4° Bis C y 77 Bis de la Constitución Política del Estado de Sinaloa; 1°, 3°, 7°, fracciones I, II y III, 16 fracción IX, 27 fracción VII, 55, 57, 58 y 64 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa; así como 94, 95, 96, 97 y 100 de su Reglamento Interior, ha examinado los elementos contenidos en el expediente número \*\*\*\*, relacionado con la queja interpuesta por QV1, por presuntas transgresiones a sus derechos humanos y de V1, que son atribuidos a personal tanto del Centro de Salud Rural Disperso “\*\*\*\*\*” así como del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y a fin de evitar que sus datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 5°, párrafo segundo y 51 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa y 10 de su Reglamento Interior. Dichos datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, previo el compromiso de que ésta dicte las medidas de protección correspondientes.

3. Cabe señalar que la denominación con que se hace referencia a las autoridades mencionadas en la presente Recomendación, es la que les correspondía a la fecha en que sucedieron los hechos y se integró el expediente de queja.

## **I. HECHOS**

4. En su escrito de queja QV1 mencionó que el día lunes 3 de agosto de 2015, aproximadamente a las 04:00 de la mañana, se le presentaron dolores de parto a V1, por lo que hubo la necesidad de llevarla al Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, donde quedó internada, pasándola con los paramédicos.

5. Que como a las 08:00-09:00 de la mañana de ese mismo día, le pidieron medicamento para hacerle una cesárea, y le solicitaron que firmara de consentimiento, realizándole dicha operación a las 12:23 horas.

6. Que una vez practicada la cesárea, no le dijeron nada, fue hasta las 18:00-19:00 horas cuando le informaron que su hija tenía preeclampsia y que por esa razón se le subía la presión, dejándola internada el resto del día lunes, martes y fue al día siguiente miércoles 5 de agosto del mismo año, que la dieron de alta, informándole a su vez, que la presión se le iba a estar controlando con el medicamento que le dieron.

7. Que fue el miércoles como a las 15:00–16:00 horas, cuando V1 se sentía mal, por lo que QV1 la llevó a la Cruz Roja en “\*\*\*\*\*” donde le dijeron que llevaba temperatura de 38.9 grados centígrados, aplicándole una inyección y le indicaron que se fuera a reposar a su casa.

8. Al día siguiente, jueves 6 de agosto, la llevó de nueva cuenta al Hospital General Mochis, debido a que le daban convulsiones, mismas que nunca le habían dado, por lo que la pasaron a terapia intensiva, y el día sábado la pasaron al Hospital General de Culiacán, donde hasta la fecha de presentación de la queja, luchaba por vivir.

9. Asimismo, precisó la quejosa, que en el Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, no les dijeron que su hija había tenido alta presión y hemorragia, siendo hasta el día jueves 6 de agosto que les comentaron de las complicaciones que tuvo.

10. Por otra parte, manifestó que a V1 no le hicieron análisis antes de darla de alta para que se hubieran dado cuenta que estaba baja de plaquetas y hemoglobina.

11. Que fueron muchas horas desde el día que dieron de alta a V1 hasta el día que regresó con ella enferma; por lo que quiere que se investigue y castigue a los médicos que participaron en esa mala atención.

## II. EVIDENCIAS

**12.** Acta circunstanciada de fecha 11 de agosto de 2015, donde se hace constar que se agregó a la presente investigación notas publicadas por el medio de comunicación denominado “\*\*\*\*”, de fechas 7, 8, 9 y 10 de agosto de 2017, cuyos encabezados refieren “\*\*\*\*”; “\*\*\*\*”; “ \*\*\*\*”; “\*\*\*\*”; “\*\*\*\*”; “\*\*\*\*”.

**13.** Acta circunstanciada de fecha 11 de agosto de 2015, donde se hizo constar que se agregaron a la investigación que nos ocupa las actas circunstanciadas que personal de esta Comisión elaboró los días 8, 9 y 10 de agosto, al constituirse en el Hospital General de Culiacán, así como de llamada que se le realizó a la hermana de V1.

**14.** Acta circunstanciada de fecha 11 de agosto de 2015, donde se asentó la comunicación que de nueva cuenta se tuvo con la hermana de V1, quien expresó tener interés en presentar la queja correspondiente, pero que será en otra ocasión debido a que andan muy ocupadas y preocupadas sobre la salud de V1.

**15.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 11 de agosto de 2015, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, solicitándole el informe de ley respecto a hechos que se atribuyen a personal de dicho nosocomio.

**16.** Oficio número \*\*\*\*, de esa misma fecha, dirigido a la Directora del Sistema DIF en Ahome, a quien se le solicitó rindiera el informe de ley correspondiente.

**17.** Oficio número \*\*\*\*, fechado el 11 de agosto de 2015, dirigido a la Titular de la Agencia Segunda del Ministerio Público en el Municipio de Ahome, Sinaloa, a quien se le solicitó un informe relacionado con los hechos que nos ocupan.

**18.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 14 de agosto de 2015, a través del cual la Directora del Sistema DIF Ahome dio respuesta al informe solicitado, manifestando, entre otras cosas, lo siguiente:

“(…) el día 21 de mayo de 2015, SP1 entrevistó a QV1, la cual manifestó que V1 estaba siendo atendida a través del Hospital General de Los Mochis, ya que estaba afiliada al Seguro Popular, así mismo, en el área legal la referida señora presentó los estudios clínicos que le realizaron a V1, así como de la atención que se le estaba brindando.

Se tiene conocimiento de que el día 25 de mayo de 2015, SP2 acompañó a QV1 y V1 ante la Agencia Especializada en Delitos Sexuales y Violencia Familiar de esta ciudad, con la finalidad de

interponer la denuncia penal correspondiente, siendo atendida por SP3.

Se le brindó orientación a través de la Procuraduría de la Defensoría del Menor, la Mujer y la Familia del Sistema DIF-Ahome. Así mismo, se ha acudido al Hospital General de la ciudad de Los Mochis, y al de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, y se ha estado en contacto con los familiares, quienes son las personas que están a cargo de la misma (...)

(...) Esto en virtud de que QV1 manifestó que V1 estaba siendo atendida a través del Hospital General de Los Mochis, ya que estaba afiliada al Seguro Popular. Así mismo, en el área legal la referida señora presentó los estudios clínicos que le realizaron a V1, así como de la atención que se le estaba brindando.

Se tiene conocimiento de que su estado de salud es crítico pues está en coma, así mismo, su bebé se encuentra en buen estado de salud. Su mamá, QV1 y sus hermanas, se están haciendo cargo de V1, así como de su bebé.

El día 21 de 2015, SP4 informó mediante oficio número \*\*\*\*, que con fecha 18 de mayo de 2015, la señora... había acudido al Centro Comunitario ubicado en “\*\*\*\*\*” Ahome, Sinaloa, con la finalidad de solicitar atención psicológica para V1, ya que ésta se encontraba embarazada (...), pero ésta no proporcionó dato alguno de esta persona y dicha psicóloga la concientizó para que acudiera el día 19 de mayo de 2015 a las oficinas de la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia del Sistema DIF-Ahome y pudiera recibir atención correspondiente al caso, cita a la cual no acudió.

Por lo anterior, el día 21 de mayo de 2015, SP1 se constituyó al domicilio de QV1 y de V1, en donde fue atendida por dicha señora, a la cual se le manifestó que el motivo de la visita era porque no había acudido a la cita que se le había brindado, por lo que se le dejó citatorio, para que acudiera a las oficinas y poder brindar la atención correspondiente al caso.

El día 25 de mayo de 2015 QV1 y V1 acudieron al área legal de la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia del Sistema DIF Ahome ante SP5, donde QV1 manifestó la situación de V1, así mismo exhibió estudios clínicos de la atención médica que ya estaba recibiendo, y que ya estaba siendo atendida en el Hospital General de Los Mochis, y se comprometió a interponer la denuncia

penal correspondiente, por lo que ese mismo día fue acompañada por SP2, siendo atendidas QV1, por SP3, de la citada agencia, la cual citó a QV1 para el día siguiente, con el fin de continuar con el trámite y darle seguimiento.

El día 26 de mayo de 2015, SP5 se comunicó vía telefónica con QV1 y le preguntó si ya estaba en la referida agencia, a lo que la señora manifestó que acababan de tomarles declaración a ella y a V1 y que le habían brindado protección.

El día 7 de agosto de 2015, SP5 y SP6 se constituyeron en el Hospital General de Los Mochis donde se entrevistaron con QV1, a la cual se le preguntó sobre la situación de V1, la cual respondió que la dejáramos en paz, y que ya había hecho todo lo que se había pedido ante el Ministerio Público.

El día 8 de agosto de 2015, nuevamente acudimos al Hospital General de Los Mochis y fue que apoyamos a la familia de V1, con el traslado a la ciudad de Culiacán, Sinaloa, pues estaban canalizando a V1 al Hospital General de aquella ciudad, para continuar con su atención médica. En esta ocasión se le brindó apoyo de pañales y leche para la bebé.

El día lunes 10 de agosto de 2015, SP2 se presentó a las oficinas del Ministerio Público, siendo atendida por (...) la cual le manifestó que con fecha 26 de mayo de 2015 se le había tomado comparecencia a QV1 y a V1, siendo atendida (...) quien tenía el trámite.”

**19.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 18 de agosto de 2015, signado por SP7, quien, en lo que interesa, expresó:

“En relación a lo solicitado le informo que en esta agencia social a mi cargo no se registró averiguación previa en relación a dichos hechos, pero en fecha 26 de mayo del año 2015, compareció ante la agencia Especializada en Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar la C. QV1 madre de la menor V1, quien entre otras cosas manifestara que no era su deseo presentar denuncia y/o querrela (...) enviándole copias debidamente certificadas de dicha comparecencia.”

**20.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 25 de agosto de 2015, dirigido al Subprocurador de Justicia Zona Norte, a quien se le solicitó informe respecto los hechos que ahora se resuelven.

**21.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 27 de agosto de 2015, que dirigió SP8, a personal de esta Comisión Estatal, manifestando, entre otras cosas, lo siguiente:

“Referente al caso de la menor V1 de \*\* años de edad, y su bebé, para esta última se solicita a (...) Procuradora de DIF Sinaloa el apoyo para su registro, el cual ya se llevó a cabo el día 14 de agosto del año en curso (...).”.

**22.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 1 de septiembre de 2015, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, a través del cual se solicitó informe relacionado con los hechos que nos ocupan.

**23.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 25 de agosto de 2015, signado por el Subprocurador Regional de Justicia Zona Norte del Estado, quien dio respuesta al informe solicitado, mismo que manifestó sobre el inicio de la Averiguación Previa 1, así como de las diligencias que se han desahogado en dicha indagatoria, la cual es tramitada ante la Agencia Especializada en Delitos Sexuales y Violencia Familiar de Culiacán, Sinaloa.

**24.** Oficio número \*\*\*\* de fecha 17 de agosto de 2015, signado por el Director del Hospital General Mochis “Jesús Kumate Rodríguez”, quien remitió copia fotostática del expediente clínico de V1, y a su vez envió respuesta a oficio, según escrito signado por SP9.

**25.** Acta circunstanciada de fecha 20 de septiembre de 2015, a través de la cual personal de esta Comisión Estatal hace constar que se agregó al expediente que nos ocupa nota periodística publicada el 20 de septiembre de 2015 en el periódico “\*\*\*\*”, cuyo encabezado señala “\*\*\*\*”.

**26.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 25 de septiembre de 2015, dirigido al Agente del Ministerio Público del Fuero Común Especializada en Delitos Sexuales y Violencia Familiar de Culiacán, Sinaloa, donde se le solicitó informe relacionado con la investigación delictuosa que involucra a V1.

**27.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 2 de octubre de 2015, signado por SP10, quien informó que en esa Agencia a su cargo se inició la Averiguación Previa 1, detallando las diligencias que se han desahogado dentro de dicha indagatoria; asimismo, adjuntó copia certificada de ésta.

**28.** De las copias certificadas que conforman el expediente de Averiguación Previa 1 se advierten las siguientes diligencias:

**28.1.** Comparecencia de fecha 10 de agosto de 2015, tomada a QV1, donde interpuso denuncia y/o querrela por los hechos delictuosos de los que fue víctima su hija V1.

**28.2.** Declaración rendida en fecha 4 de septiembre de 2015, por V1, donde expresó la forma como se llevaron a cabo los hechos delictuosos de los que fue víctima.

**29.** Escrito presentado ante esta Comisión Estatal, en fecha 22 de abril de 2016, por QV1 y V1, donde vienen haciendo diversas manifestaciones respecto a los hechos de los que resultaron víctimas, y a su vez vienen ampliando la queja en contra de diversos servidores públicos, quienes a su juicio incurrieron en responsabilidad durante el ejercicio de sus funciones.

**30.** Oficio con folio número \*\*\*\*, de fecha 4 de mayo de 2016, dirigido a SP11, a quien se le solicitó el informe de ley respecto los hechos que nos ocupan.

**31.** Oficio con folio número \*\*\*\*, de esa misma fecha, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, a quien se le solicitó informe respecto las manifestaciones vertidas por QV1 y V1.

**32.** Oficio con folio número \*\*\*\*, de fecha 19 de mayo de 2016, a través del cual SP11 remitió resumen y expediente clínico de V1.

**33.** En el documento consistente en Informe de Consulta Médica que se adjuntó, se advirtió, entre otras cosas, lo que enseguida se anota:

“(...) V1 (...) es atendida por el Centro de Salud Rural Disperso \*\*\*\* (unidad de primer nivel de atención), siendo su primera consulta, hasta la semana 27 de gestación informándole a la paciente y sus familiares el diagnóstico de alto riesgo por la edad y peso de acuerdo a la normatividad y referida a Hospital General los Mochis para atención por especialidad de ginecología, no sin antes informarle a la paciente y familiares la importancia de acudir de manera inmediata a Hospital General (segundo nivel)

PRIMER CONSULTA: Fue atendida en el Centro de Salud Rural Disperso de \*\*\*\* el día jueves 07 de mayo de 2015 acompañada de su hermana en donde se le confirma la sospecha de embarazo de la menor con ultrasonido que ellas traían reportando embarazo de 27 semanas de gestación, aceptando no haber llevado control prenatal por desconocer dicho embarazo, la atención fue dada por AR1 en el que se otorga diagnóstico de embarazo confirmado y por la edad de la paciente (\*\* años) y el sobrepeso se considera embarazo

de alto riesgo a la exploración física presenta los siguientes signos vitales: (...) ingresándola a control prenatal e iniciando con la administración de ácido fólico, fumarato ferroso y nutrivida, se le da orientación de embarazo de alto riesgo por edad de la paciente y datos de alarma obstétricos, así como hoja de referencia hospital general de los Mochis al servicio de ginecología firmado de recibido su hermana (...) así como solicitando laboratoriales prenatales y ultrasonido obstétrico para completar expediente (...)

SEGUNDA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL: Otorgada el día 04 de junio de 2015 a las 12:51 por SP11, reportando en la nota de consulta a femenino de \*\* años de edad con diagnóstico de embarazo de alto riesgo por ser menor de edad, el día de hoy asintomática con embarazo de 31 semanas de gestación con signos vitales con peso de 82 kg. (IMC de 29.7 sobre peso), temperatura de 37 grados, presión arterial 110/70 mmhg (...)

(...)

CUARTA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL: Otorgada por AR2 en día 29 de julio del 2015 a las 13:56 hrs, con diagnóstico confirmado por ultrasonido de 37.3 semanas de gestación, la paciente se refirió débil, astenia, adinámica y a la exploración física se encuentra con peso de 94kg. (obesidad por IMC 34.11), temperatura de 36.5 grados, presión arterial 140/90 mmhg, frecuencia respiratoria 23 por min. y frecuencia cardíaca de 90 por min., facies de angustia, abdomen con fu.-38 cm, (...) resto de exploración sin datos patológicos de importancia, continua con laboratorios pendientes y cita para el día viernes 31 de julio de 2015 a ginecología en hospital general, Explicándole a la paciente y familiar lo importante de los signos de alarma obstétricos para que acudan a la brevedad posible y no esperar a la cita si es necesario a la institución antes mencionada que lleva el control (...)

QUINTA CONSULTA: Otorgada el día jueves 1 de octubre del 2015 (...) acude a consulta con AR1, presentando peso de 84 kg. (IMC de 30.4 obesidad) presión arterial de 140/90 mmhg, frecuencia respiratoria 20 por min. y frecuencia cardíaca de 80 por min., dolor abdominal posterior a cesárea complicada por eclampsia y síndrome de hellp, insuficiencia renal y purpura trombocitopénica. A la revisión clínica encontrando diastesis de músculos rectos abdominales caracterizada por cicatriz infraumbilical con diastesis antes referida, por lo que se envía al Hospital General para valoración por especialidad de cirugía (...)"

**34.** Oficio con folio número \*\*\*\* de fecha 23 de junio de 2016, a través del cual personal de esta Comisión Estatal solicitó al Director del Hospital General de Culiacán, se sirva rendir informe en relación con los hechos que nos ocupan.

**35.** Oficio número \*\*\*\* de fecha 28 de junio de 2016, signado por el Director del Hospital General de Culiacán “*Dr. Bernardo J. Gastélum*”, al cual adjuntó copia fotostática debidamente certificada del expediente clínico electrónico de V1, y donde dio respuesta al informe solicitado, expresando:

“La menor aludida fue Referida del Hospital General de los Mochis con la finalidad de valorar plasmaféresis, ingresando a este hospital a las 16:06 horas del día 08 de agosto de 2015 que por su estado de salud subió directamente a la Unidad de Cuidados Intensivos, con los diagnósticos de: Puerperio mediato de 6 días quirúrgico patológico. Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo de aparición en el puerperio. Síndrome de Hellp e insuficiencia Renal Aguda (...)

Se desconoce quién la acompañó en el traslado (...) A las 09:12 horas del día 11 de agosto de 2015, se le retiraron los puntos de sutura de la herida quirúrgica a la paciente en comento (...)

(...) desde su ingreso se le diagnosticó problema renal toda vez que la paciente estaba anúrica (no secreción de orina), por lo que se le inició de inmediato Hemodiálisis (...) y posteriormente Plasmaféresis (...)”

**36.** Oficio número \*\*\*\*, de fecha 15 de agosto de 2016, dirigido Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, a quien se le requirió por la respuesta al informe que le fue solicitado a través del oficio \*\*\*\* de fecha 4 de mayo de 2016.

**37.** Oficio número \*\*\*\* de fecha 24 de mayo de 2016, signado por el Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, donde viene dando respuesta a la petición de informe que se le formuló, refiriendo, entre otras cosas, sobre las atenciones que le fueron brindadas a V1, en la etapa de embarazo así como de parto y puerperio.

**38.** Escrito presentado ante esta Comisión Estatal en fecha 23 de septiembre de 2016, por P1, autorizada por QV1 y V1, donde viene ofreciendo opinión médica privada respecto al estado de salud de V1, y a su vez viene formulando diversas manifestaciones.

**39.** Escrito presentado ante esta Comisión Estatal en fecha 24 de mayo de 2017, por P1, quien viene haciendo referencia a que V1 presenta actualmente problema de salud visual, derivado del infarto cerebral causado por la indebida atención post parto que se le brindó.

**39.1.** A dicho escrito se adjuntó un documento de fecha 20 de diciembre de 2016, donde refiere, entre otras cosas:

“Por medio de la presente hago constar que V1 de \*\* años de edad con diagnóstico de SINDROME DE HELLP desarrollado en agosto del 2015. Acudió a consulta oftalmológica el pasado 25 de noviembre del presente año por referir ‘que los objetos se le movían’ y como parte del protocolo de revisión de su padecimiento.

A la exploración oftalmológica, se encontró ASTIGMATISMO MIOPICO LEVE y HEMIANOPSIA HOMÓNIMA IZQUIERDA (se anexa el reporte del campo visual y se le prescriben receta de anteojos).

Le recomiendo que acuda a interconsulta con el neurólogo para completar la revisión neurológica.

El resto de la exploración oftalmológica y neuro-oftalmológica no muestra alteraciones.”

**40.** Acta circunstanciada de fecha 23 de noviembre de 2017, donde se hizo constar llamada telefónica que se tuvo con QV1, quien puntualizó, entre otras cosas, que su hija el día 3 de agosto de 2015 realizó una primer revisión pasadas las 04:00 horas, toda vez que había sido trasladada por paramédicos de la Cruz Roja, pero no la dejaron internada hasta aproximadamente las 09:00 horas, que fue donde decidieron dejarla internada...

**41.** Acta circunstanciada de fecha 30 de noviembre de 2017, donde se hizo constar la llamada telefónica que personal de esta Comisión Estatal le realizó a SP11, verificando sobre el procedimiento que se sigue en las “referencias” que se realizan por parte del Centro de Salud para el que prestaba sus servicios.

**42.** Opinión técnica emitida por el médico que auxilia en las labores a esta Comisión Estatal, misma que fue recibida en fecha 6 de diciembre de 2017, donde se determinó, entre otras cosas:

## **“CONCLUSIONES**

1era. En definitiva, la paciente tuvo que ser referida con carácter de urgente del 1er. nivel de atención al Hospital General el día 29 de julio de 2015, ello ante la presencia de un Embarazo de Alto Riesgo (Por edad materna) el cual en esos momentos además se complicaba por la presencia de cifras tensionales elevadas; dicho envío debió efectuarse con la finalidad de que se realizara lo más pronto posible toma de laboratorios de control e internamiento hospitalario para monitorización continua.

2da. La omisión mayor en el presente caso se da el día 31 de julio de 2015, día en el que la paciente es valorada en el Hospital General y al continuar con cifras tensionales elevadas, de manera atinada se indica su valoración en Urgencias para proceder a internamiento y eventual interrupción del embarazo.

SIN EMBARGO LO ANTERIOR NO OCURRIÓ DE ESTA FORMA, sometiendo a la paciente y al producto a un riesgo innecesario en su salud, ello al no proceder con el internamiento hospitalario e interrupción de embarazo de término complicado por la presencia de cifras tensionales elevadas y que requería desde ese momento de manejo hospitalario estricto, monitorización continua del binomio madre-hijo, solicitud urgente de controles de laboratorio y eventualmente realización de cesárea lo más pronto posible para no generar un deterioro mayor en la salud materna y fetal. ESTA OMISIÓN EN PARTICULAR NO CUENTA CON NINGUNA JUSTIFICACIÓN y contribuyó a la evaluación poco satisfactoria que días después presentó la paciente; es decir, no se llevó a cabo el internamiento hospitalario de forma injustificada y no hay evidencia de que mínimamente se haya implementado manejo anti-hipertensivo en este momento.

3era. A su ingreso hospitalario el día 03 de agosto de 2015 por la mañana, se tiene que NO HAY HOJA DENOMINADA PARTOGRAMA, Hoja Médica en la que se registra de manera puntual la monitorización del binomio madre-hijo desde el ingreso de la paciente a Tococirugía y hasta momentos previos a la resolución del embarazo; lo cual contribuye una OMISIÓN GRAVE, ya que sin este registro no hay forma de documentar la evolución clínica que presentó en este lapso el binomio madre-hijo.

4ta. Posterior a la realización de la cesárea, en notas médicas se asienta que cursó aparentemente con cifras tensionales normales; sin embargo, en nota diversa del día 04 de agosto de 2015, efectuada por servicio de Medicina Interna / Psicología, puntualmente se tiene registro de cifras tensionales elevadas de 130/100, por lo que derivado de lo anterior SE CONSIDERA QUE EL EGRESO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE AL DÍA

SIGUIENTE FUE PRECIPITADO; reiterando que tan solo un día previo cursó con cifras tensionales elevadas, siendo que lo anterior se vio agravado también por el hecho de que durante su estancia hospitalaria (Días 03 al 05 de agosto de 2015) NO SE DOCUMENTÓ EN NINGUNA DE LAS NOTAS MÉDICAS LOS RESULTADOS DE LABORATORIO ESPECÍFICOS REALIZADOS A LA PACIENTE (Perfil Toxémico). Todo lo anterior reviste suma trascendencia, ya que su egreso hospitalario se debió de haber dado alrededor de 72 horas posteriores a la resolución de su embarazo y este realizarse una vez corroborado que en dicho periodo de tiempo la paciente no presentara cifras tensionales elevadas (lo cual no ocurrió en el presente caso) y que también hasta corroborar que todos los controles de laboratorio se encontraran dentro de límites normales (lo cual no es posible documentar que así haya ocurrido en el presente caso).

5ta. En relación al padecimiento final que presentó la paciente a su re-ingreso hospitalario, como lo fue la PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA, se tiene que dicho padecimiento está catalogado por la Literatura Médica Ad Hoc como una patología sumamente grave, se tiene que en medio hospitalario la presencia de éste se documentó de forma adecuada y en lo general se puede establecer que se procedió a dar el manejo debido en el Hospital General de Los Mochis y en su momento a realizar en tiempo y forma y de manera adecuada la Referencia al Hospital General de Culiacán.

Cabe hacer mención que en el presente caso en particular, la paciente presentó 3 condiciones consideradas como factores predisponentes para la aparición de dicho padecimiento, siendo estos: embarazo, obesidad exógena considerable (peso mayor a 90 kgs. al final de su embarazo Y EL PRINCIPAL, UNA PRE-ECLAMPSIA QUE SE TORNÓ DE MAYOR GRAVEDAD AL NO RECIBIR OPORTUNAMENTE EL TRATAMIENTO ADECUADO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (Hospital General de Los Mochis). Siendo que al final, acorde con la literatura médica, si bien es cierto que por sí solo a ninguno de los mencionados factores puede atribuirse la causa directa de este padecimiento, sí resulta posible establecer que los citados factores predisponentes confluyeron en conjunto y favorecieron la aparición de dicha patología, misma que llevó al borde de la muerte a la paciente, situación que no ocurrió, pero finalmente le condicionó la presencia de secuelas en diversos órganos.

### III. SITUACIÓN JURÍDICA

43. El personal médico tanto del Centro de Salud Rural Disperso “\*\*\*\*” como del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, realizaron una atención deficiente, al incurrir en diversas omisiones al no brindarle a V1 la

atención de salud que requería de acuerdo a los problemas que presentaba durante su embarazo, parto y puerperio.

**44.** Aunado a la omisión de los profesionales de la salud al prestar dicho servicio, se encuentra la omisión en la que incurrió el personal administrativo para llevar a cabo el traslado de la paciente al Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastelum”, toda vez que éste se hacía necesario de manera urgente, debido el estado de gravedad que presentaba V1 y la falta de capacidad del hospital donde se encontraba recibiendo atención médica, lo cual hacía imposible que se le aplicara el tratamiento que requería.

**45.** Tales omisiones derivaron en la puesta en peligro innecesaria de V1, toda vez que no sólo fue afectada su salud, quedando con afectaciones que aún son atendidas, sino además se puso en riesgo su vida.

#### **IV. OBSERVACIONES**

##### **DERECHO HUMANO VIOLENTADO: Derecho a la protección de la salud**

###### **I. HECHO VIOLATORIO ACREDITADO: Negligencia médica.**

**46.** Previo a entrar al análisis del derecho que nos ocupa, es necesario destacar que como concepto de éste se tiene que “es la prerrogativa que tiene todo ser humano a disfrutar de bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, accediendo a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.”<sup>1</sup>

**47.** Tomando como referencia dicho concepto, es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4, párrafo cuarto, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas, toda vez que al Estado a través de sus instituciones de salud, le asiste la obligación de otorgar el acceso y las condiciones óptimas para facilitar a los usuarios el goce y disfrute de este derecho, a fin de que puedan aspirar a una vida integral, de calidad y libre de padecimiento; por lo que no sólo es necesario tener los elementos que permitan otorgar un servicio de salud a quienes lo solicitan, sino que es primordial contar con el recurso humano especializado en la materia, con personal capacitado para cualquier circunstancia de emergencia, que brinde certidumbre en el buen

---

<sup>1</sup> Soberanes Fernández. José Luis. “Manual para la Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos. Editorial Porrúa México.P.307.

manejo de los procedimientos técnicos y conocimientos médicos necesarios en la práctica de la protección de la salud y de la vida de las personas.

**48.** El incumplimiento de tales obligaciones posiciona a los profesionales de la salud a incurrir en la mala práctica médica, a la cual se le define como una violación de los principios médicos fundamentales o la inobservancia de los señalamientos de la Lex Artis o “estado del arte médico” que es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares.

**49.** En otras palabras, la Lex Artis implica la obligación del profesional de la salud a proporcionar al paciente los cuidados necesarios para lograr el fin deseado, a través de los conocimientos de su ciencia y pericia, actuar con prudencia a efectos de evitar ser responsable de un desenlace funesto de la enfermedad que padece el paciente o por la no curación de la enfermedad.

**50.** Lo anterior, implica que el profesional de la salud sólo podrá ser responsable de sus actos, cuando se demuestre que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar de que sabía que era el indicado.

**51.** En esa tesitura, es necesario que se realice un análisis separado sobre las omisiones en que incurrió el personal médico que brindó atención a V1 durante el embarazo, parto y puerperio, y que a su vez incurrieron en una práctica negligente, según las observaciones que a continuación se expresan:

**A) Personal del “Centro de Salud Rural Disperso \*\*\*\*.”**

**52.** Atendiendo por una parte la obligación que tienen tanto el médico como el equipo multidisciplinario que coadyuva en el ejercicio profesional de atención a la salud a los pacientes o usuarios de los servicios de salud, según lo establecido por el artículo 138 Bis 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, *“es responsabilidad del médico tratante y del equipo multidisciplinario identificar, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el usuario refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, sin incurrir en ningún momento en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica ni que tengan como finalidad terminar con la vida del paciente.”*

**53.** Tomando como referencia lo anterior, el personal médico de la citada institución de salud, aún cuando sea considerada como de primer nivel, le asiste la obligación de atender la problemática de salud de la que conoce.

**54.** En el caso que nos ocupa, V1 acudió a dicho Centro de Salud el día 07 de mayo de 2015 para primera consulta, donde se le detectó que presentaba avanzado estado de embarazo, el cual fue diagnosticado como “embarazo de alto riesgo”, por las características de la gestante, toda vez que como se expresó en el informe de Consulta Médica rendido en fecha 16 de mayo de 2016, por SP11, AR1 y AR2, mismo que fue agregado al oficio de respuesta enviado por la entonces Encargada del Centro de Salud Rural Disperso “\*\*\*\*\*” SP11, los factores de riesgo encontrados fueron la edad de la paciente (\*\* años) y el sobrepeso.

**55.** Dicho término, “embarazo de alto riesgo”, según la NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en su apartado 4.3 refiere que es aquel *“en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario”*, lo que implica, que deberá existir el seguimiento respectivo para su atención.

**56.** En ese supuesto, la institución de salud está obligada, según lo establecido por el artículo 215 Bis 7, fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, al establecer que:

“Para la Atención Médica y el seguimiento del estado de salud de la Víctima, el responsable del establecimiento para la Atención Médica y el médico tratante, deberán tomar en consideración lo siguiente:

I. Realizar la referencia a un Hospital de mayor resolución, en el que se puedan brindar los servicios de especialidad que requiera la Víctima hasta el final de su tratamiento.

(...)”

**57.** También, el artículo señalado en el párrafo anterior, expresa que el traslado se llevará a cabo con recursos propios del establecimiento que hace el envío, y que de no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los del establecimiento para la atención médica receptora.

**58.** En el caso que nos ocupa, se pasó por alto lo establecido por dicha normatividad, pues no obstante que el personal médico del Centro de Salud formuló la referencia correspondiente, a través de AR1, a la Unidad “Hospital General Los Mochis”, según folio \*\*\*\*, de fecha 7 de mayo de 2015, ésta no se

realizó con las formalidades que la propia norma exige, como es, que se remitiera directamente de unidad a unidad a efecto de tener la certeza de que ésta fue recibida y a su vez atendida oportunamente por personal del hospital al que fue “referida”, y a su vez, que el problema de salud que ameritó la referencia, fuese atendida.

**59.** Asimismo, de las constancias que integran el expediente que ahora se resuelve, particularmente del acta circunstanciada de fecha 23 de noviembre de 2017, se advierte que, según comunicación telefónica que personal de esta Comisión Estatal tuvo con QV1, dicha hoja de referencia fue entregada por parte del Centro de Salud, a familiares de V1.

**60.** Dicha circunstancia fue corroborada con llamada telefónica que personal de esta Comisión Estatal realizó a SP11, entonces encargada del Centro de Salud Rural Disperso “\*\*\*\*” en fecha 30 de noviembre de 2017, quien expresó que efectivamente las referencias que en el Centro de Salud se realizan y particularmente la que se llevó a cabo con la paciente V1, le fue entregada a los familiares que la acompañaban.

**61.** Del expediente clínico que nos fue remitido, se advierte que los factores de riesgo que V1 tenía desde la primera consulta, permanecían y que a su vez se sumaban a éstos los síntomas advertidos en las consultas de fecha 16 de julio de 2015, donde presentaba miembros inferiores con edema maleolar; y la del día 29 de julio del mismo año, donde la valorada, según notas médicas correspondientes e informe de consulta médica que se adjuntó, presentaba el siguiente diagnóstico:

“de 37.3 semanas de gestación, la paciente se refirió débil, astenia, adinámica y a la exploración física se encuentra con peso de 94 kg. (obesidad por IMC 34.11) temperatura de 36.5 grados, presión arterial 140/90 mmhg, frecuencia respiratoria 23 por min. y frecuencia cardiaca de 90 por min. facies de angustia, abdomen con fu.-38cm, fcf.-135, extremidades inferiores edema maleolar +, y dolor de pie derecho, resto de exploración sin datos patológicos de importancia (...)”.

**62.** Circunstancias de salud que fueron pasadas por alto por AR2, quien en esas fechas fue quien la valoró, pues se concretó a dejar asentadas las anotaciones sin realizar acción alguna para que dicha persona fuese atendida del problema de salud que en esos momentos estaba presentando derivado de su estado de embarazo, y el cual, según documento emitido por el médico que presta los servicios para esta Comisión Estatal, eran datos de preeclampsia leve, los cuales resultaban poco favorables durante el embarazo, aunado al sobrepeso considerable que presentaba la paciente el cual era de 94 kgs.

**63.** El profesional de la salud ante esos datos de alarma, debió indicar mínimamente una monitorización de cifras tensionales, citando a la paciente al día siguiente para nueva valoración, lo cual no se hizo, concretándose a mencionar, según el informe al que se ha hecho referencia, que tenía cita para el día viernes 31 de julio de 2015 en Ginecología del Hospital General Mochis.

**64.** Para esta Comisión Estatal resulta inadmisibles, que los signos de alarma que presentaba V1 al momento de su valoración médica el día 29 de julio de 2015 fuesen ignorados por el profesional de la salud e, incluso, que omitiera indicarle algún manejo anti-hipertensivo, pues de las notas médicas no se advierte tal circunstancia.

**65.** Además se le puede reprochar a este profesionista de la salud, el hecho de que no se hubiese realizado la referencia de la paciente V1 al hospital de segundo nivel, a fin de que fuesen valorados los datos de alarma que presentaba y a su vez monitoreado continuamente sobre su evolución así como sobre la interrupción del embarazo, de considerarlo procedente o bien sobre la evolución del mismo.

**66.** Partiendo de lo antes expuesto, no es posible valorar el servicio brindado por el personal del Centro de Salud Rural Disperso “\*\*\*\*” como adecuado, toda vez que no sólo se omitió enviar la referencia por los medios legalmente exigidos, sino además la falta de seguimiento al mismo, pues únicamente se concretaron a presumir que dicho documento fue entregado ante la institución de salud “referida”, sin formular los requerimientos correspondientes a efecto de verificar que su paciente, quien requería atención de un hospital de segundo nivel, fuese atendida en su problemática de salud derivado del su estado de embarazo.

**67.** Circunstancia de omisión que le es reprochada al personal del citado Centro de Salud, particularmente a AR1, quien formuló la referencia, y se concretó a dar por hecho que ésta sería atendida por el Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, sin siquiera solicitar la Contrareferencia, como prueba de seguimiento a dicho caso.

**68.** Así también es factible reprochar a AR2, por incurrir el día 29 de julio de 2015 en severas faltas, pues pasó por alto los signos de alarma que presentaba V1, como fueron su peso, edad, hipertensión, así como demás síntomas que le precisó, los cuales ya fueron descritos en párrafos precedentes, mostrando con ello los citados profesionistas de la salud, un total desinterés en brindar el servicio de salud eficiente, y ante todo, apegado a las exigencias normativas que rigen su actuar.

**B) Personal del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”**

**69.** Es importante destacar que el nosocomio de referencia, atendiendo su categoría de Hospital General, según artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, “es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización”.

**70.** También establece que en dichos hospitales se deberán realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios.

**71.** Partiendo de lo anterior, es factible presumir que en dicho nosocomio se contaba en los meses de junio, julio y agosto de 2015, con infraestructura material y humana la adecuada para brindar los servicios de salud que en los hospitales con esa característica se brindan.

**72.** Ahora bien, analizado que fue el expediente clínico de V1, el cual a través de oficio número \*\*\*\* de fecha 17 de agosto de 2015, nos hizo llegar el Director del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, se advierte lo siguiente:

**72.1.** Que efectivamente en fecha 1 de junio de 2015, V1 acudió a consulta ante personal del Hospital de referencia, donde fue atendida por personal médico, quien al valorarla, según las notas médicas, el motivo de la consulta de V1 fue por embarazo, haciendo la anotación correspondiente respecto al padecimiento que ésta presentaba, destacando que se le indicaron los signos de alarma obstétrica.

**72.2.** Que fue el día 31 de julio del citado año, cuando de nueva cuenta V1 acudió a consulta al citado nosocomio, siendo valorada por AR3, quien expresó en sus notas médicas que el motivo de consulta: “embarazo de 37 sdg x usg, no tiene FUR, y trae hipertensión, EHIE, y que el padecimiento de V1 era cefalea, dolor tipo cólico, mov. Fetales ok USG, cefálico dorso a la izq. fcf 140x min. reactivo, liquido amnioico ligeramente disminuido oligo leve, fetometria entre 37 y 38 semanas”.

**72.3.** Asimismo, hace la anotación que la paciente “pasa a urgencias para protocolo de EHIE valorar interrupción del embarazo” y que T.A. es de 130/100, con peso de 95 kg.

**73.** Partiendo de las circunstancias de salud que en esos momentos presentaba V1, como eran embarazo de “37 semanas de gestación, hipertensión de

130/100, dolor tipo cólico, con líquido amniótico ligeramente disminuido, más el factor de la edad, el cual era valorado como relevante para considerar que se trataba de un embarazo de alto riesgo, acertadamente el médico tratante envió a la paciente al servicio de urgencias para manejo de protocolo de enfermedad hipertensiva del embarazo y valorar interrupción del mismo, sin embargo, al acudir a tal lugar, únicamente se le revisó, sin tomar ninguna determinación sobre su estado, tal y como lo expresó QV1 a personal de esta Comisión Estatal, a través de llamada telefónica de fecha 23 de noviembre de 2017, según se advierte de la acta circunstanciada correspondiente.

**74.** Para esta Comisión resulta alarmante la omisión grave en la que personal del área de urgencias del citado nosocomio incurrió el día antes citado, toda vez que se encontraba ante la presencia de un embarazo de alto riesgo, prácticamente ya de término y acompañado de la presencia de hipertensión arterial, condiciones clínicas que en su conjunto obligaban desde esos momentos al internamiento hospitalario de la paciente, así como implementar manejo anti-hipertensivo, sin dejar de lado la solicitud de controles de laboratorio urgentes para valorar la condición clínica de la madre en esos momentos.

**75.** Esta circunstancia no se advierte del expediente clínico que se hizo llegar a esta Comisión Estatal por parte del Director del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, pues ni siquiera existe el antecedente de que se le hubiese atendido en dicha área, no obstante, que según lo manifestado por QV1 en llamada telefónica que se le formuló, se le brindó la atención, aún y cuando ésta fuese deficiente e inadecuada.

**76.** Que al llevar a cabo el personal del área de urgencias del citado nosocomio esa conducta omisa de internamiento hospitalario, el cual el caso ameritaba, desde esos momentos se estaba sometiendo a la paciente a riesgos innecesarios para su salud, derivados de la presencia de presión arterial elevada, aunado a los otros factores de riesgo que concurrían en ese momento, permitiéndole a la paciente que se retirara a su domicilio, sin la indicación de que acudiera de nueva cuenta para el monitorio de la tensión arterial y su evolución.

**77.** Con la conducta omisa llevada a cabo por el personal del área de urgencias que atendió a V1, colocaba a esta en franca vulnerabilidad, dado el riesgo en que, de acuerdo al estado de salud que presentaba en esos momentos, se encontraba su embarazo y hasta su vida, pues los factores de riesgo no eran solo de ese momento, sino que ya se tenía como constante de días atrás.

**78.** Tales omisiones continuaron durante la atención brindada a V1, pues en fecha 3 de agosto de 2015 fue trasladada por personal de la Cruz Roja al

Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” debido al trabajo de parto que se le estaba presentando, siendo su arribo alrededor de las 04:00 horas, ingresándola para valoración, tal y como lo especificó QV1 a personal de esta Comisión Estatal, según se advierte de acta circunstanciada de fecha 23 de noviembre de 2017. Posteriormente V1 fue trasladada al área de toco-cirugía, donde la atención brindada fue carente de todo profesionalismo, pues únicamente se le revisó y de manera pronta se le indicó que saliera a caminar, “que todavía no lo podía tener”, pasando por alto todos los factores que previamente venían catalogando a dicho embarazo como de “alto riesgo”.

**79.** Fue hasta pasadas las 09:00 horas de ese día 3 de agosto de 2015, que de nueva cuenta V1, debido a los dolores insoportables que presentaba, nuevamente pidió al personal del citado hospital se le atendiera, ingresándola al área de Toco-cirugía, donde fue valorada y médicamente atendida, ya que presentaba enfermedad hipertensiva del embarazo, siendo hasta las 12:23 horas en que se procedió a realizar la interrupción del embarazo vía cesárea.

**80.** Resulta difícil asimilar el hecho, de que para que V1, quien presentaba el cuadro médico de embarazo de alto riesgo, por los diversos factores que concurrieron, al cual se sumó el de hipertensión, fuese intervenida quirúrgicamente, tuvo que pasar por dos valoraciones, las cuales fueron realizadas en tiempos distintos, la primera pasados minutos de las 04:00 horas, de la cual de nueva cuenta, no dejaron registro alguno en dicho centro hospitalario, y la segunda valoración, realizada a las 09:14 horas, la cual motivó que se le diera por ingresada formalmente.

**81.** Tal circunstancia se advierte del escrito signado por SP9, donde especificó que el ingreso de V1 fue a las 09:14 horas del día 3 de agosto de 2015, por presentar dolor tipo cólico de 8 horas de evolución con dilatación de 1 cm.

**82.** También expresó el citado profesionista que fue a las 12:23 horas cuando V1 fue sometida a cirugía.

**83.** Es pertinente destacar que durante el tiempo en que la paciente permaneció hospitalizada, desde su ingreso oficial, hasta momentos previos a realizar la cesárea, según se puede advertir del expediente clínico, no se le realizó un monitoreo sobre las condiciones en las que se encontraba y la forma como estaba evolucionando, por lo que es más que evidente, que se estaban ignorando los factores de riesgo que en esos momentos presentaba la víctima y, desde luego, se estaba pasando por alto, la condición de mujer menor de edad, con tan sólo \*\* años.

**84.** Circunstancias anteriores que por ningún motivo debieron ser ignoradas por el personal de salud que brindó la atención médica a V1 el día 3 de agosto de

2015, tal y como lo establece la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, sino que el factor edad, sumado al resto de los factores, en ningún momento debió pasarse por alto, ya que por sí solo, es considerado elemento que conlleva a calificar el embarazo como de alto riesgo.

**85.** Ahora bien, podrá advertirse que fueron dos intervalos de tiempo por los que tuvo que pasar la paciente V1 desde el momento en que para el hospital se le tuvo como ingresada formalmente, siendo el primero el relativo a la demora para que se llevara a cabo la extracción del producto de la gestación a través de cesárea, la cual, en ningún momento resultaba necesaria, pues dicha paciente dadas las circunstancias adversas de salud en las que se encontraba, no era candidata a parto, pues según se advierte de las manifestaciones hechas por QV1, a su hija siempre se le consideró como candidata para cesárea, por tanto, ésta debió ser ingresada para dicho procedimiento quirúrgico desde el primer momento en que arribó al citado hospital, trasladada por paramédicos de la Cruz Roja, pues en éste se contaban con los antecedentes respectivos para adoptar esa determinación con la mayor prontitud.

**86.** En esa misma sintonía de omisiones actuaron los profesionistas de la salud que llevaron a cabo la cesárea a la que fue sometida V1, pues según las notas “nota post-anestésica” de fecha 3 de agosto de 2015, la paciente presentó un sangrado de 500 ml. aproximadamente y no se le practicó estudio de servicios auxiliares de diagnóstico ni tratamiento transoperatorio.

**87.** Estos aspectos no fueron tomados en cuenta por AR3, quien según informe rendido por el Jefe de Ginecología y Obstetricia, estuvo a cargo de dicha operación cesárea, cuando dicha cantidad de sangrado se encuentra sobre el rango normal en una cesárea sin complicaciones.

**88.** Tal circunstancia es considerada irregular, toda vez que dicho dato debió servir de sugerencia a los tratantes, para que desde ese momento se adoptaran medidas correspondientes a la detección de cualquier problema en la coagulación de la sangre de la intervenida, sin embargo de las notas médicas realizadas dentro del expediente clínico que nos fue remitido, no se advierte tal circunstancia.

**89.** Aunado a lo anterior, no podemos pasar inadvertido el dato relativo a la presión arterial de V1, durante el tiempo en que permaneció hospitalizada, pues el día 4 de agosto de 2015, un día después a su cirugía, ésta se encontraba a 130/100, lo que implica que como mera referencia, debió ser tomada en cuenta para su alta, el día siguiente 5 de agosto de 2015.

**90.** Sobre el particular es preciso destacar, que según las notas médicas que obran dentro del expediente de V1 en fecha 5 de agosto de 2015, que se hizo llegar a la investigación que se resuelve, se asentó que la causa de egreso se debió a “mejoría clínica”.

**91.** Al respecto se destaca, que la dada de alta de la paciente V1 fue una determinación irresponsable por parte del médico tratante AR4 toda vez que según se puede advertir de sus anotaciones en el expediente, ni siquiera se le revisó a la paciente su presión arterial, aún cuando se tenía el antecedente de que en la etapa de embarazo y el primer día de puerperio, presentaba signos de alteración.

**92.** Circunstancias que pareciera no haber tomado en cuenta el médico especialista, pues al persistir la paciente con cifras tensionales elevadas, era un dato que debió valorarse para determinar que ésta permaneciera hospitalizada y bajo monitorización estrecha por más tiempo, hasta en tanto se lograra estabilizar su estado de salud.

**93.** Al adoptar la determinación anterior, el profesionista de la salud contravino lo dispuesto en la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, particularmente en lo que se refiere al apartado 5.5 y demás que derivan de tal numeración, los cuales hacen alusión a la atención en la etapa del puerperio.

**94.** En ese contexto, de acuerdo al punto 5.5.1 se establece etapas para el monitoreo de evolución de la paciente, como es la relativa al término de 24 horas, considerado como puerperio inmediato.

**95.** El apartado 5.5.1.2 establece que toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

“En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas”.

**96.** También establece en su apartado 5.5.1.7, que durante el internamiento y antes de ser dada de alta, se deberá orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

**97.** Así también establece dicha normatividad la etapa de “puerperio mediato” que comprende del 2° al 7° día y “puerperio tardío” del 8° al 42° día.

**98.** De igual forma refiere que durante los tres periodos que contempla la etapa de puerperio, se deberá proporcionar a la madre un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer, y entre otras acciones se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.

**99.** En el caso que nos ocupa, esto no se llevó a cabo, pues no obstante que V1 se encontraba hospitalizada en el citado nosocomio, el control, particularmente de tensión arterial, no se realizó atendiendo las especificaciones de la norma, sino que éste según notas médicas del día 4 de agosto de 2015, a las 10:37 horas fue tomada y presentaba 110 /70, sin embargo a las 12:01, dicha tensión arterial se encontraba a 130/100.

**100.** Factor que desde luego debió ser tomado en cuenta al momento de ordenar su alta por parte AR4, cuando eran las 09:36 horas del día 5 de agosto de 2015, siendo su hora de salida a las 11:52 horas aproximadamente, concretamente, el egreso de dicha paciente se llevó a cabo 47 horas después de haber sido sometida a la cirugía cesárea.

**101.** Este dato resulta relevante, pues en ese lapso de horas, que contempla el puerperio inmediato y puerperio mediato, no se llevó por parte del personal de salud un verdadero monitoreo sobre la evolución del estado de salud de la paciente V1, por lo que no cumplió con un adecuado periodo de tiempo de observación, mínimamente de 72 horas, ello debido al antecedente de haber cursado con un embarazo que al momento de su resolución contaba con 6 días previos de venir presentando cifras tensionales elevadas.

**102.** A lo anterior se suma el hecho de que, según expediente clínico, y opinión técnica del médico que auxilia en las labores a esta Comisión Estatal, no se le practicó a V1 “perfil toxémico (control de laboratorio para pacientes que han cursado con hipertensión arterial durante el embarazo)”, a efectos de poder detectar a tiempo con los hallazgos de dichos controles, los motivos de las alteraciones que se le estaban presentando a la paciente V1.

**103.** Que al encontrarse aún en la etapa de puerperio de V1 el problema de hipertensión, era un dato para presumir que la paciente no se encontraba con una verdadera mejoría, tal y como lo expresó el especialista tratante, y esa circunstancia se reflejó al día siguiente en que fue dada de alta, el 6 de agosto de 2015, pues siendo las 08:34 horas reingresó al Hospital General Mochis “Dr.

Jesús Kumate Rodríguez”, con presencia nuevamente de cifras tensionales elevadas de 130/80, aunado a la alteración a su estado de conciencia, pues según se expresó por QV1 y se corroboró con la nota médica elaborada por SP12, de la especialidad de Ginecología del citado nosocomio, dicha paciente se encontraba agresiva, agitada, con una valoración en la Escala de Glasgow de 8, con ictericia de piel y tegumentos y con otro dato clínico que fue muy notorio también, como lo fue la presencia de alteración evidente en la coagulación sanguínea al momento de ser canalizada (no coagulaba).

**104.** Alteraciones que según se advierte eran de suma gravedad, las cuales ameritaron ser ingresada al área de terapia intensiva con diagnóstico de “encefalopatía probablemente hipertensiva, síndrome de Hellp y lesión renal aguda pre renal”.

**105.** Diagnóstico que según opinión del médico que auxilia en las labores a esta Comisión Estatal, acertadamente se dio y se procedió a su atención, dado que múltiples órganos y sistemas se encontraban severamente comprometidos y con alto grado de presentar complicaciones a corto, mediano y largo plazo e incluso con altas posibilidades de fallecer.

**106.** Con lo antes expuesto, se muestra que hubo una desatención o abandono de la paciente, pues las etapas por las que pasó, como fue embarazo, parto y puerperio, debieron estar monitoreados de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, como ya se ha hecho referencia, sin embargo, no se le atendió de manera oportuna los padecimientos, que según diagnósticos previos estaba presentando.

**107.** Asimismo es preciso destacar que derivado de la atención que se le brindó a V1, ésta recobró la conciencia, sin que su evolución general fuese satisfactoria, por lo que el día 7 de agosto se tuvo que presentó condiciones clínicas de mayor deterioro, integrándose los diagnósticos de coagulación intravascular deseminada y Púrpura Trombocitopénica Trombotica.

**108.** Ante tales circunstancias, la paciente requería realización de plasmaféresis, lo cual no era posible en el citado nosocomio, por lo que se ordenó su traslado al Hospital General de Culiacán, mismo que se llevó a cabo al día siguiente por la tarde.

**109.** Al respecto es preciso realizar un acto de reproche al personal administrativo del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, pues no obstante el tener conciencia del estado de salud crítico que presentaba V1 y el alto riesgo de fallecer, pues así lo expresaron en las notas médicas, injustificadamente omitieron realizar su traslado al Hospital General de Culiacán, pues éste se llevó a cabo hasta el día siguiente 8 de agosto, por la tarde.

**110.** Demora que por ningún motivo se encuentra justificada, pues no se estaba cumpliendo con el objetivo principal de todo hospital, como es preservar la vida de las personas en la medida en que su capacidad de ejercicio lo permita, y en el caso que nos ocupa, en dicho nosocomio no se contaba con los recursos para atender el problema de salud que V1 presentaba en esos momentos, sin embargo su homólogo en la ciudad de Culiacán sí se encontraba en esas posibilidades, ya que según la nota médica de fecha 8 de agosto de 2014, elaborada por SP13, refiere que “se envía a HG Culiacán por disponibilidad de plasmaferesis y manejo integral”.

**111.** Tal circunstancia por ningún motivo debió pasarse por alto, por el contrario, debió atenderse de manera inmediata el traslado correspondiente, procurando una atención médica necesaria y oportuna para la paciente, lo cual no se hizo.

**112.** Al llevarse a cabo dicha conducta omisa, personal administrativo del citado nosocomio incurrió en omisiones graves, pues la vida de la paciente V1 se encontraba en riesgo, debido a la complicación de salud que tenía, por lo que su traslado oportuno al hospital donde se le brindaría el tratamiento que requería era la única opción para preservar su vida.

**113.** Al llevar a cabo dicha conducta, aún más se puso en riesgo la vida de la paciente, contrariando con ello toda normatividad legal aplicable a su actuar dentro del ámbito de la salud, además de que dicha situación contrariaba lo contemplado por el Código de Conducta para el Personal de Salud 2002, en su apartado relativo a los estándares de trato profesional, al especificar que el personal de salud evitará la realización de técnicas o procedimientos para los cuales no se tengan las capacidades necesarias o para los que no se disponga de los recursos indispensables en la institución, para llevar a cabo éstos.

**114.** En el caso que nos ocupa, atendiendo la falta de capacidad del hospital que remitiría a la paciente, no se tenía la posibilidad de preservar la vida de V1, pues así se reconoció por parte de los profesionales de la salud, al asentar en su nota médica, que el riesgo de fallecer era alto, de estado de salud crítico con pronóstico reservado a evolución clínica, por tanto resultaba necesario dicho traslado, aunado a que, del expediente clínico no se advierte que hubiese existido impedimento alguno para que éste se realizara.

**115.** Aunado a la obligación que asiste al centro hospitalario de segundo nivel, de realizar los traslados correspondientes o remisiones a otros hospitales, o en caso de no contarse con ello, de pedir al hospital que se vaya a trasladar la colaboración correspondiente, máxime tratándose de dos instituciones hospitalarias pertenecientes a una misma dependencia, como es la Secretaría de salud del Estado de Sinaloa; pues el único interés que debió predominar al

momento de decidir que la paciente V1 sería trasladada, era mantener la estabilidad y mejoría de ésta y controlar los riesgos para la vida.

**116.** Citando al respecto lo estipulado por el artículo 75 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica donde se establece que “*el traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas*”, y en caso “*de no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los de la Institución receptora*”.

**117.** Atendiendo lo expresado con anterioridad, no es posible pensar que la demora en que incurrieron por parte del personal Administrativo del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” para llevar a cabo el traslado de V1 resultaba justificada, por el contrario, es reprochada tal conducta, pues no se advierte de la nota médica ni del expediente clínico, que existiera impedimento alguno para que éste se llevara a cabo, evidenciándose en consecuencia, no sólo un total desinterés en mostrar que el servicio que prestan fuese eficiente, sino además, se condicionó innecesariamente con dicha demora, la salud y hasta la vida de la paciente, pues el mismo se realizó el día 8 de agosto de 2015, arribando al hospital receptor (Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum”) a las 16:06 horas, con un diagnóstico de “Puerperio mediato de 6 días quirúrgico patológico. Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo de aparición en el puerperio. Síndrome de Hellp e insuficiencia renal aguda”.

**118.** Por último, es pertinente destacar que en escrito presentado por las hoy víctimas, así como por la profesionista que autorizaron, las promoventes, vienen argumentando que derivado de la deficiente atención brindada durante la etapa de puerperio ante el Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” se le condujo a pasar por un estado de salud grave y hasta con altas posibilidades de fallecer.

**119.** Por otra parte se refirió, que aún cuando su salud fue evolucionando considerablemente, derivado de dicho padecimiento ésta fue deteriorada, ya que después de haber egresado del nosocomio continuó con tratamiento de hemodiálisis debido a que sus riñones quedaron afectados, presenta dolor de cabeza constante, altos índices de triglicéridos, cuenta con una hernia producto de la cesárea que se le practicó, además que presenta el problema de hemianopsia homónima izquierda, donde resultó afectado aproximadamente el 50% de campo visual.

**120.** Al respecto es factible destacar, que si bien, en oficio número \*\*\*\* donde se da respuesta por parte del Director del Hospital General Mochis, se remitió adjunto el informe rendido por SP9, y en éste se argumenta en su parte última

que el diagnóstico de la paciente V1 fue “Purpura Trombocitopenica Trombotica (PTT), la cual tiene una incidencia anual estimada de 4 a 11 pacientes por millón de habitantes y una mortalidad que alcanza alrededor del 90%, y que se desconoce que la ocasiona”.

**121.** Sobre el particular, y tomando en consideración los datos asentados en el expediente clínico de V1 que nos fue remitido, así como la opinión técnica emitida por el médico que apoya en las labores de esta Comisión Estatal, en el caso que nos ocupa, la paciente presentó 3 condiciones consideradas como factores predisponentes para la aparición de dicho padecimiento, siendo estas el embarazo, obesidad exógena considerable (peso mayor a 90 kgs. al final de su embarazo y el principal, una Pre-Eclampsia que se tornó de mayor gravedad al no recibir oportunamente el tratamiento adecuado en el segundo nivel de atención).

**122.** Retomando lo anterior, así como la opinión técnica emitida por el Médico que apoya en las labores a esta Comisión Estatal, se puede aseverar que, aún y cuando el padecimiento que V1 presentaba en su etapa de puerperio y su diagnóstico al reingresar al citado nosocomio el cual fue Púrpura Trombocitopénica Trombotica, este último pudo no haber derivado específicamente de los problemas de salud que en esos momentos estaba presentando V1, debido a que la evolución del mismo no desencadena en ello, sin embargo, tampoco es posible descartar que dicho problema se pudiera presentar con los padecimientos que en V1 concurrían en esos momentos, dado que los factores de riesgo para que ésta enfermedad se generara, existieron de manera innecesaria, pues pudieron haberse evitado con una atención adecuada y oportuna de la paciente.

**123.** Con lo expresado en el presente capítulo de observaciones, está más que demostrado, que tanto personal de la salud, como administrativo, del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, incurrieron en actos meramente reprochables toda vez que no se cumplió a cabalidad con los criterios de organización y funcionamiento del servicio médico, pues el personal que integra las instituciones de salud deberán proporcionar una atención médica con calidad y seguridad, y sobre todo, comprometidos en salvaguardar la salud y la vida de las personas que ahí acuden a recibir los servicios.

**124.** Además de la normatividad invocada, los servidores públicos a los que se ha hecho referencia transgredieron otra normatividad tanto nacional como internacional, como es:

- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos para la Atención Médica.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4°.
- Ley General de Salud, artículos 1° y 2° fracciones I, II y V; 3° fracción IV y 23.
- Ley de Salud del Estado de Sinaloa, artículos 1° fracciones I, II, III y IV y 2° fracciones I, II, III, IV, V, VI y VII.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículos 12, puntos 1 y 2, inciso a).
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su apartado 10 puntos 1 y 2, incisos a) y b).
- Código Internacional de Ética Médica adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asamblea Médica Mundial en octubre de 1949, que establece como deber de los médicos en general: actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

**125.** En relación con lo anterior, la Observación General 14<sup>2</sup>, de fecha 11 de agosto de 2000, relacionada con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, señala, entre otras cosas, lo siguiente:

“1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. (...)

(...)

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos... En cambio entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

(...)

12. El derecho a la salud en todas sus formas y todos sus niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y

---

<sup>2</sup> Observación General No.14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. (Art 12 PIDESC), Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

centros de atención de la salud, así como de programas... Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud...personal médico y profesional capacitado...

b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte...

(...)

d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.”

**126.** Todo lo anterior significa que la calidad en los servicios médicos implica una atención esmerada que evite a toda costa la negligencia médica y como consecuencia directa el deterioro en la salud de los usuarios de este servicio.

**127.** Además, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”.

**128.** También consideró que “reconocer que la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud”.

**129.** El Organismo Nacional advirtió, además que, “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud. Es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

**130.** En el presente caso se vieron transgredidos no sólo derechos que emanan de la calidad de ser humano de V1, sino también en su calidad como paciente, pues tales conductas omisas se llevaron a cabo dentro de centros hospitalarios pertenecientes a la Secretaría de Salud, por tanto, se vieron transgredidos los Derechos de los Pacientes<sup>3</sup>, como son, entre otros:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un expediente clínico.

## **II. HECHO VIOLATORIO ACREDITADO: Violencia obstétrica**

**131.** De las evidencias que esta Comisión Estatal allegó al expediente que nos ocupa, se advierte que la indebida atención de V1, se tradujo en violencia institucional por parte de diversos médicos del citado nosocomio, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X y 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, tienen la obligación de evitar “dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”, entre ellas, la obstétrica, “aplicar las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia” y “respetar los derechos humanos de las mujeres”.

**132.** La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética ha definido a la violencia obstétrica como “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.

**133.** Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud, que también está relacionado con el ejercicio de otros

---

<sup>3</sup> [http://www.conamed.gob.mx/info\\_pacientes/der\\_gral\\_pacientes.php?seccion=81](http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/der_gral_pacientes.php?seccion=81)

derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida.

**134.** Este fenómeno de violencia ya es una constante en las instancias de salud pública y privada con las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres.

**135.** La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, son quienes finalmente deciden sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de éstas, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.

**136.** Situación que francamente puede advertirse en el hecho que nos ocupa, toda vez, que a V1, de manera innecesaria se le mantuvo no sólo a la espera de que su situación de parto avanzara, debido a que se le realizaron como ya se expresó en el apartado que antecede, dos revisiones en el área de toco-cirugía, siendo la primera pasados minutos de las 04:00 horas, y donde únicamente se le revisó sin realizar anotación alguna, y de manera pronta se le indicó que saliera a caminar, “que todavía no lo podía tener”; la segunda revisión fue pasadas las 09:00 horas cuando se le ingresó nuevamente y de manera oficial se le dejó internada.

**137.** Al realizar lo anterior, el personal de salud obligó a V1, que permaneciera sufriendo dolores que naturalmente se le estaban presentando en la espera de que el parto estuviera en término, situación que, según el antecedente clínico que ésta tenía, y los factores de riesgo que concurren en su embarazo y los cuales lo colocaban con calificativo de “embarazo de alto riesgo”, V1 no era apta para parto, sino que estaba considerada como candidata para cesárea.

**138.** Ante esa circunstancia, se le estaba colocando en una situación de sufrimiento innecesario, pues el personal de salud tenía consciencia, de acuerdo al antecedente que existía en el expediente clínico que tenían en poder de la institución para la que prestan sus servicios, que el alumbramiento sería a través del procedimiento quirúrgico y no de manera natural. El cual demoraron en iniciarlo, pues se llevó a cabo hasta pasadas las 12:00 horas del día 3 de agosto de 2015.

**139.** Ante esas circunstancias, se puede advertir que la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la

viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión frente al personal de salud.

**140.** Esta Comisión Estatal considera la especial protección de la que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia. En el presente caso implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud.

**141.** Lo anterior se robustece con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35 y 46, fracciones II y X, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia contra las mujeres; “brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas” y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

**142.** Se pudo corroborar por esta Comisión Estatal que el personal médico que intervino en la prestación médica brindada a V1 con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, violaron los derechos humanos a la protección de la salud y el derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica), ya que tenían a su cargo el deber de cuidado de V1 y su producto, en su calidad de garantes del derecho a la protección de la salud de las víctimas, que deriva del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, que en términos generales establece que las actividades de atención médica son preventivas, incluyéndose dentro de estas las de promoción general y las de protección específica; y las curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

**143.** Mientras que el artículo 61 Bis dispone que “toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos”.

**144.** La violencia obstétrica ejercida contra V1, vulneró sus derechos a la integridad personal (física, psíquica y moral) y a la protección de su salud, previstos en los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; en conexión con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 1, 2, 3, 10.1, 10.2.a., 10.2. b., 10.2.c. ,10.2.f. del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador; I, II y XI de la Declaración Americana de los Derechos

y Deberes del Hombre; de cuya interpretación integral resulta que el Estado, a través de sus instituciones públicas de salud, está obligado a garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones, a servicios de salud acordes a sus necesidades derivadas de su embarazo, parto y puerperio.

**145.** De igual forma, se transgredió lo dispuesto por los artículos 3, 4, incisos b) y e), 7, incisos a) y b) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, que establecen el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer; y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

#### **DERECHO HUMANO VIOLENTADO: Seguridad jurídica**

#### **HECHO VIOLATORIO ACREDITADO: Prestación indebida del servicio público**

**146.** Al analizar el presente hecho violatorio, es preciso destacar que los servidores públicos de la Secretaría de Salud del Estado de Sinaloa, particularmente del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” incurrieron en una prestación indebida del servicio público al llevar a cabo una conducta distinta a la exigida por la normatividad tanto nacional como internacional que regula su actuación, toda vez que en el ejercicio de sus funciones debieron mantenerse respetuosos de los derechos de la paciente V1, sin embargo no fue así, pues ante el caso concreto les asistía la obligación de actuar ante el problema de salud que presentaba, sin que existiera acto permisivo para que no lo hicieran.

**147.** Conducta que desplegaron durante el ejercicio de sus funciones como servidores públicos, por tanto, según lo establecido por el artículo 130 Constitución Política del Estado de Sinaloa, en concordancia con la Constitución Nacional, refiere:

“Para los efectos de las responsabilidades contenidas en este Título, se entiende por servidor público toda persona física que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en alguno de los tres poderes del Gobierno del Estado, en organismos autónomos previstos en esta Constitución y leyes locales, en los Ayuntamientos, así como en los organismos descentralizados, empresas de participación estatal mayoritaria, sociedades y asociaciones asimiladas a éstas y fideicomisos del Estado y Municipios en los Ayuntamientos y organismos e instituciones municipales.

Todo servidor público será responsable de los actos u omisiones oficiales en que incurra y que redunden en perjuicio de los intereses públicos fundamentales o de su buen despacho, independientemente de la jerarquía, denominación y origen del cargo. (...)

(...)"

**148.** Numeral del que claramente se desprende que servidor público es toda persona física que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en alguno de los tres poderes de Gobierno del Estado, en organismos autónomos previstos en dicha Constitución y leyes locales, en los Ayuntamientos, así como en los organismos descentralizados, empresas de participación estatal mayoritaria, sociedades y asociaciones asimiladas a éstas y fideicomisos del Estado y Municipios en los Ayuntamientos y organismos e instituciones municipales, y que serán responsables de los actos u omisiones oficiales en que incurra y que redunden perjudicando los intereses públicos.

**149.** En similares términos se pronuncia la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa, en cuyos artículos 2º, 3º y 14, aplicable en aquella fecha, la cual establece lo siguiente:

"Artículo 2. Es sujeto de esta Ley, toda persona física que desempeñe o haya desempeñado un empleo, cargo o comisión, de cualquier naturaleza en la administración pública estatal o paraestatal, municipal o paramunicipal, así como en las sociedades y asociaciones similares a estas, en Organismos que la Constitución Política del Estado de Sinaloa y Leyes que otorguen autonomía y, en los Poderes Legislativo y Judicial del Estado, con independencia de la jerarquía, denominación y origen del empleo, cargo o comisión, así como del acto jurídico que les dio origen.

(...)

Artículo 3. Los servidores públicos en ejercicio de su función serán sujetos de responsabilidad administrativa cuando incumplan con sus deberes o incurran en las conductas prohibidas señaladas en esta Ley, así como en aquéllas que deriven de otras leyes y reglamentos.

(...)

Artículo 14. Es responsabilidad de los sujetos de esta ley, ajustarse en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, a las obligaciones previstas en la misma, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que les correspondan conforme al ejercicio de sus funciones."

**150.** De ahí que con el carácter de servidor público, la persona está obligada a observar en el ejercicio de sus funciones los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, así como de cumplir eficientemente con el servicio encomendado y abstenerse de todo acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia del mismo.

**151.** También se desprende la obligatoriedad que tienen los servidores públicos de conducirse en el desempeño de sus funciones con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia y respeto a los derechos humanos, y en contrapartida, el actuar fuera de estos supuestos necesariamente implica un exceso o deficiencia del empleo, cargo o comisión, el cual deberá ser sujeto del inicio de una investigación administrativa de parte del órgano de control interno de la institución respectiva.

**152.** En ese contexto debe decirse que los servidores públicos señalados como responsables en la presente resolución, realizaron y actualizaron hechos violatorios de derechos humanos al despegar su actuación de lo establecido por la Constitución Federal y demás normatividad invocada respecto los principios exigidos, lo que implica que pueden ser objeto de sanciones administrativas.

**153.** Así pues, la prestación indebida del servicio público le será siempre atribuida a un servidor público, y en el caso que nos ocupa, no existe duda alguna que las autoridades señaladas como responsables en la presente Recomendación, tienen la calidad de servidores públicos, pertenecientes al ámbito estatal, por tanto, los actos que de manera conjunta realizaron, derivan en una responsabilidad administrativa, toda vez que violentaron los principios que la normatividad invocada establece como obligatorios en el ejercicio de sus funciones.

**154.** Circunstancia que necesariamente implica un exceso o deficiencia del empleo, cargo o comisión encomendado, mismo que le es atribuido al personal que desde sus respectivas áreas, en su oportunidad tuvieron a cargo la atención o toma de decisión respecto al estado de salud de V1.

**155.** Tal es el caso de AR1, AR2, AR3 y AR4, los dos primeros médicos del Centro de Salud Rural Disperso \*\*\*\* y los dos últimos médicos gineco-obstetra del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”.

**156.** Así también incurrieron en tal conducta el personal del área de urgencias del Hospital General de referencia y, por último, el personal administrativo que tenía a cargo el trámite para el traslado de V1 al Hospital General de Culiacán, quienes a su vez incurrieron en demora innecesaria.

**157.** Así pues, tenemos que los servidores públicos de referencia, al haber ejercido las conductas omisas que se les reprochan, violentaron el artículo 15 fracciones I, VIII, XXXIII, de la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa vigente en aquellas fechas, que señala lo siguiente:

“Artículo 15. Todo servidor público, tendrá los siguientes deberes:

Fracción I. Cumplir con el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión, o incumplimiento de cualquier disposición jurídica, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

(...)

Fracción VIII. Observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión, tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a todas aquellas personas con las que tengan relación en el desempeño de su función; y abstenerse de incurrir en agravio, desviación o abuso de autoridad.

(...)

Fracción XXXIII. Abstenerse de realizar cualquier conducta de coacción psicológica que atente contra la integridad física o psicológica de una persona.

(...)”

**158.** Por lo que hace a la normatividad invocada, resulta evidente que los servidores públicos a los que se ha hecho referencia, se encuentran obligados a observar las disposiciones contenidas en este cuerpo normativo, pues su inobservancia puede ser igualmente motivo de responsabilidad administrativa, pudiendo derivarse en sanción o remoción de su empleo, cargo o comisión.

**159.** En ese sentido, al haber quedado plenamente acreditado que las autoridades señaladas como responsables en la presente Recomendación ejercieron indebidamente sus atribuciones, necesariamente debe investigarse tales conductas, a fin de deslindar las responsabilidades administrativas que resulten en el presente caso.

**160.** Resulta aplicable citar la siguiente tesis por considerar que tienen relación con los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen la función de todo servidor público:

“Época: Novena Época

Registro: 184396

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Tipo de Tesis: Jurisprudencia

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Tomo XVII, Abril de 2003

Materia(s): Administrativa

Tesis: I.4o.A. J/22

Página: 1030

**SERVIDORES PÚBLICOS. SU RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA SURGE COMO CONSECUENCIA DE LOS ACTOS U OMISIONES PREVISTOS EN LA LEGISLACIÓN QUE RIGE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO.**

La responsabilidad administrativa de los servidores públicos surge como consecuencia de los actos u omisiones -que se definan ya sea por la propia legislación bajo la cual se expidió el nombramiento del funcionario, la ley que rige el acto que se investigó, o bien, por las que se contemplan en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos- pues, de no considerarse así, bastaría que el ordenamiento jurídico respectivo no previera las obligaciones o deberes que a cada funcionario le corresponden, para dejar impunes prácticas contrarias a la legalidad, honradez, imparcialidad, economía y eficacia que orientan a la administración pública y que garantizan el buen servicio público, bajo el principio unitario de coherencia entre la actuación de los servidores públicos y los valores constitucionales conducentes, sobre la base de un correlato de deberes generales y la exigibilidad activa de su responsabilidad. Tan es así que la propia Constitución Federal, en su artículo 109, fracción III, párrafo primero, dispone que se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, lo que constriñe a todo servidor público a acatar y observar el contexto general de disposiciones legales que normen y orienten su conducta, a fin de salvaguardar los principios que la propia Ley Fundamental estatuye como pilar del Estado de derecho, pues la apreciación de faltas implica constatar la conducta con las normas propias o estatutos que rigen la prestación del servicio público y la relación laboral y administrativa entre el servidor público y el Estado.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Revisión fiscal 316/2002. Titular del Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 29 de enero de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretario: Alfredo A. Martínez Jiménez.

Revisión fiscal 357/2002. Titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en Pemex Exploración y Producción. 12 de febrero de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretaria: Claudia Patricia Peraza Espinoza.

Revisión fiscal 37/2003. Titular del Área de Responsabilidades de la Unidad de Contraloría Interna en el Instituto Mexicano del Seguro Social, encargado de la defensa jurídica de este órgano de control y del titular del ramo. 12 de marzo de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretaria: Alma Margarita Flores Rodríguez.

Revisión fiscal 22/2003. Titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en su carácter de encargado de la defensa jurídica de dicho órgano interno y en representación del Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo. 12 de marzo de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretaria: Alma Margarita Flores Rodríguez.

Revisión Fiscal 50/2003. Titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en Pemex Exploración y Producción, en representación del Titular de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. 2 de abril de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretaria: Claudia Patricia Peraza Espinoza.”

**161.** Por todo lo anterior y como consecuencia de ello, es necesario que tales hechos sean investigados por el correspondiente órgano interno de control de la Secretaría de Salud del Estado de Sinaloa, y se apliquen las sanciones administrativas que conforme a derecho procedan de manera independiente de la responsabilidad en que pudieran haber incurrido los servidores públicos de referencia.

**162.** Lo antes analizado permite a esta Comisión considerar que la conducta desplegada por las autoridades responsables, transgredieron diversas disposiciones del orden jurídico nacional con lo cual violentaron los derechos humanos de V1, así como de QV1.

## **DERECHO HUMANO VIOLENTADO: Derecho a la legalidad**

### **HECHO VIOLATORIO ACREDITADO: Irregular integración del expediente clínico**

**163.** Partiendo de la importancia que un expediente clínico representa durante la atención médica de una paciente, toda vez que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud.

**164.** El expediente es considerado como *“conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”*.

**165.** Tomando en consideración la relevancia que éste representa y que a su vez el expediente clínico es la fuente informativa respecto la salud del paciente, esta Comisión Estatal patentiza la idea, de que el expediente de cada uno de los pacientes, deberá contener todos y cada uno de los elementos exigidos.

**166.** Por tanto, se procedió a realizar un análisis sobre la información contenida en el expediente clínico de V1, el cual fue integrado por personal del Hospital General Mochis “Jesús Kumate Rodríguez” en la ciudad de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, llamando la atención la falta de formalidad en su elaboración, así como también el desacato a la Norma Oficial Mexicana antes referida, en cuanto a que, en primera, las notas médicas en su totalidad carecen de la firma de quien los elaboró, supervisó y del responsable.

**167.** Por su parte, el médico que apoya en las labores de esta Comisión Estatal, hace mención en el cuerpo del dictamen que emitió, que existen datos en el expediente clínico de que el personal del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” actuó sin observar las disposiciones normativas en la elaboración correcta de las notas médicas que conforman el expediente clínico, las cuales se empezaron a advertir desde el primer momento de la hospitalización, el día 3 de agosto de 2015 y que consistieron:

- a) “No se cuenta con evidencia en el expediente clínico de ninguno de los controles de laboratorio, es decir, no se cuenta con controles de laboratorio de ingreso, ni pre-operatorios, ni de control efectuados previo a la realización cesárea o posteriores a la realización de la misma (...)”

- b) Se omitió la elaboración de la hoja médica denominada Partograma, ya que no existe la nota médica específica en la que de manera pormenorizada se realiza el registro de las condiciones materno-fetales desde su ingreso al servicio de Tococirugía y hasta momentos previos a realizar la cesárea.

En ese contexto, no existe nota médica que indique la evolución y estado materno fetal que presentó V1 desde su ingreso a las 09:14 horas hasta las 12:23 horas en que se efectuó la cesárea, ni evolución del binomio materno-fetal durante dicho periodo de tiempo.

- c) El día de su egreso no se registran puntualmente las cifras de tensión arterial, como tampoco se estableció el tratamiento anti-hipertensivo con el que se dio de alta a la paciente.

**168.** La Norma Oficial en comento, tiene como objetivo establecer criterios tecnológicos, científicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, pues su naturaleza obliga a todos los prestadores de servicios de atención médica de los sectores públicos, social e inclusive de carácter privado, ya que de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo vigente, se busca mejorar la atención de los servicios de salud en todos los sectores.

**169.** Una de las formalidades exigidas por la norma en comento es precisamente plasmar la rúbrica y el nombre de la persona que elabora el documento que forma parte del expediente clínico, así como de quienes supervisan y/o son responsables del paciente y del mismo expediente.

**170.** Asimismo, cada uno de los documentos deberán contener como mínimo fecha de ingreso/egreso del paciente, los motivos de cada uno de ellos, los diagnósticos iniciales y finales, los resúmenes de la evolución y del estado de salud actual, el manejo que se le dé durante su hospitalización, los tratamientos y recomendaciones, así como exponer de manera detallada los procedimientos o tratamientos que se le realicen, entre otros.

**171.** El acto mismo de realizar todas y cada una de las anotaciones, atenciones, manejos, valoraciones, medicamentos, procedimientos, tratamientos, propuestas de alternativas de tratamiento y demás, así como las acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras en el expediente clínico genera certeza jurídica por parte del servidor público, mismas que se constituyen como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del sistema nacional de salud.

**172.** Así como plasmar la firma autógrafa da autenticidad a dicho documento, puesto que su ausencia en el documento público afecta la validez del mismo.

**173.** La normatividad legal invocada relativa al expediente clínico, es clara, al exigir de manera expresa los requisitos correspondientes del llenado e integración del expediente clínico, situación que no ocurre en el caso que nos ocupa, tal y como ha quedado expuesto, toda vez que se advierte de dicho expediente clínico omisiones y errores, lo que constituye inobservancia de reglamentos y responsabilidad profesional.

**174.** Es más que claro, que no obstante las exigencias legales que establece la Norma Oficial citada, el personal de salud dirigió su actuación de manera irregular, omisa y escasa de información, aunado a ello, omitieron durante la estancia de la paciente en tal lugar, informarle a ella y a sus familiares, sobre el estado de salud en que se encontraba, los procedimientos que realizaban, los estudios que requería, etc.

**175.** Tal circunstancia, no sólo fue manifestada por QV1, sino que además se puede inferir, debido a la escasa información que se contiene en las notas médicas, pues en éstas en ningún momento se especifica que se les proporcionó información a los familiares, salvo el día en que la agraviada se encontraba en estado de gravedad, según nota médica de fecha 7 de agosto de 2015, a las 17:22 horas.

**176.** Así también, los otros dos momentos en que se le comunicó a QV1 sobre el estado de salud, fue cuando se le informó de que se le realizaría a V1 la cesárea, recabándole la autorización correspondiente, así como también en el momento en que se le realizaría un estudio, que según refirió, le pedían que lo pagara debido a que no contaban con el equipo necesario en dicho hospital.

## **V. CAPÍTULO DE REPARACIÓN DEL DAÑO**

**177.** La Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha pronunciado en diversas oportunidades, respecto de la obligación de reparación de los daños, al referir de manera constante en sus jurisprudencias, que *“es un principio de Derecho Internacional que toda violación a una obligación internacional que haya causado un daño genera una nueva obligación: reparar adecuadamente el daño causado”*.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de Septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), capítulo IX, obligación de reparar, párrafo 70. y Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia, sentencia de 30 de noviembre de 2012 (Excepciones preliminares, Fondo y Reparaciones), capítulo VIII -reparaciones, párrafo 290.

**178.** En el ámbito nacional, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, prevé la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público 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 hubieren ocasionado, afirmándose lo anterior en el artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone lo siguiente:

“(…)

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

(…)”

**179.** Luego entonces, atendiendo la disposición constitucional anteriormente citada, tenemos que se constituye en un deber del Estado el reparar las violaciones a los derechos humanos, con la finalidad de proteger y garantizar tales derechos y que la reparación del daño debe realizarse en los términos que establezca la ley.

**180.** En ese contexto, la Ley General de Víctimas, cuerpo normativo de orden público, de interés social y observancia en todo el territorio nacional, en su numeral 65, inciso C, dispone que todas las víctimas de violaciones a los derechos humanos deberán ser compensadas, en los términos y montos que determine la resolución que emita en su caso un organismo público de protección de los derechos humanos.

**181.** En los mismos términos del numeral anterior se pronuncia el artículo 71 fracción III de la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa.

**182.** Incluso, tanto el ordenamiento jurídico general como el estatal, en su párrafo último de los numerales 65 y 71, respectivamente, establecen que tal determinación de compensación debe darse sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o administrativas que pudieran fincarse en virtud de los hechos que las victimizaron.

**183.** Debe decirse que, para efectos de la Ley General de Víctimas, la calidad de víctimas se adquiere con la acreditación del daño o menoscabo de los derechos en los términos establecidos en esa Ley, con independencia de que se identifique, aprehenda, o condene al responsable del daño o de que la víctima participe en algún procedimiento judicial o administrativo, según lo estipulado en el párrafo cuarto, del numeral 4 de ese ordenamiento normativo.

**184.** En ese sentido, la reparación del daño que en su caso se determine por parte de un organismo público de protección de los derechos humanos, al haber acreditado violaciones a derechos humanos, debe tenerse como independiente, y por tanto, no guarda vinculación o sujeción alguna con las medidas resarcitorias y de reparación que en su caso pudieran otorgarse dentro de un diverso procedimiento, ya sea penal o administrativo.

**185.** Mucho menos resulta condicionante la acreditación de responsabilidad penal, administrativa o de cualquier otra índole de la autoridad o servidor público señalado como responsable de la violación de derechos humanos, para hacer efectiva la reparación del daño determinada por un organismo público de protección de los derechos humanos.

**186.** Por otro lado, la Ley General de Víctimas, en sus artículos 2 fracción I, 4 y 6 fracción XIX, reconocen y garantizan los derechos de las víctimas de delito y violaciones a derechos humanos; además establecen que se denomina víctimas directas a aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, y que son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

**187.** Asimismo, la fracción V, del artículo 6 de la ley en cita, define a la compensación como la erogación económica a que la víctima tenga derecho en los términos de dicha Ley; y la fracción XXI del mismo, señala que es violación de derechos humanos todo acto u omisión que afecte los derechos humanos reconocidos en la Constitución o en los Tratados Internacionales, cuando el agente sea servidor público en el ejercicio de sus funciones o atribuciones o un particular que ejerza funciones públicas.

**188.** En ese sentido, atendiendo a los preceptos normativos recién referidos, no existe duda de que V1, se constituye en el presente caso en víctima directa de violación a derechos humanos, atento a los actos reclamados, al haber quedado acreditado el daño o menoscabo de sus derechos en los términos establecidos

en la Ley, y que QV1 en este caso, resulta en una víctima indirecta dentro del procedimiento de queja instaurado ante este Organismo Estatal.

**189.** Ahora bien, acorde al numeral 26, relacionado con el diverso 64, fracciones I y II, ambos del señalado cuerpo normativo, las víctimas tienen derecho a ser reparadas por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones de derechos humanos, comprendiendo entre otras medidas las de compensación.

**190.** Además, la compensación ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso y que se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, y que estos perjuicios, sufrimientos y pérdidas incluirán, entre otros y como mínimo la reparación del daño sufrido en la integridad física de la víctima y la reparación del daño moral sufrido por la víctima o las personas con derecho a la reparación integral, entendiendo por éste, aquellos efectos nocivos de los hechos del caso que no tienen carácter económico o patrimonial y no pueden ser tasados en términos monetarios.

**191.** El daño moral comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas e indirectas, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y toda perturbación que no sea susceptible de medición pecuniaria.

**192.** En los mismos términos se pronuncia la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa, en sus numerales 1, 3, 5 fracciones V, IX, XXI, XXII, 7 fracción II, 34, 35, 36 fracción III y 70 fracciones I y II.

**193.** Luego entonces, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en su carácter de organismo público de protección de los derechos humanos, ha acreditado que AR1, AR2, AR3 y AR4, así como personal del área de urgencias y personal administrativo del Hospital General Mochis “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, violentaron los derechos humanos de V1, al no haber velado por su vida e integridad física como era su obligación.

**194.** En ese sentido y al haber quedado acreditadas las violaciones a derechos humanos de V1, particularmente al derecho humano a la protección de la salud, traducido en negligencia médica, así como violencia obstétrica, este Organismo Estatal considera que la Secretaría de Salud del Estado de Sinaloa, como dependencia pública a la que pertenecen los servidores públicos señalados como responsables en la presente resolución, tienen el deber ineludible de reparar de forma directa y principal, aquellas violaciones de derechos humanos de las cuales son responsables sus integrantes, implementando medidas de

satisfacción en favor de la víctima, ello de manera independiente y desvinculada de cualquier diverso procedimiento penal y/o administrativo que se entable en contra de las autoridades señaladas como responsables, en estricto apego a las disposiciones constitucionales y legales citadas en el presente capítulo.

**195.** Según las normas y principios que rigen en el sistema universal de protección de derechos humanos, las víctimas tienen derecho a una reparación integral y efectiva, apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso.

**196.** Asimismo, esta Comisión Estatal considera que también resulta necesario que los hechos investigados por la vía administrativa sean resueltos a la brevedad posible, en caso de que aún no haya ocurrido, y en virtud de lo anterior, se apliquen las sanciones administrativas que conforme a derecho procedan.

**197.** Con base en lo expuesto anteriormente y al tener como marco el artículo 1º de la Constitución Política del Estado de Sinaloa, que precisa como objetivo último en nuestra entidad federativa la protección de la dignidad humana y la promoción de los derechos fundamentales que le son inherentes, así como al artículo 4º Bis, segundo párrafo, que afirma que los derechos humanos tienen eficacia directa y vinculación a todos los poderes públicos, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, de manera respetuosa se permite formular a usted, señor Secretario de Salud del Estado de Sinaloa, como autoridad superior jerárquica, las siguientes:

## **VI. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** Instruya a quien corresponda, a efecto de que se realicen las acciones pertinentes para determinar los montos económicos que con motivo de las complicaciones de salud sufridas por V1, fueron sufragados por QV1 y sus familiares, y se proceda a realizar la reparación del daño correspondiente a través de una compensación, de conformidad con la Ley General de Víctimas, la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa, y los estándares internacionales identificados en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, mismos que nos vinculan, debiendo remitir a esta Comisión Estatal las pruebas que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Paralelo a lo anterior, se realicen acciones necesarias para que, en las instituciones de salud de esa dependencia, se le brinde a V1 la atención médica que aún requiera, hasta su total restablecimiento, derivado de los hechos analizados en la presente Recomendación, enviando a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Ordene se inicie procedimiento administrativo en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como de personal que en fecha 31 de julio de 2015 omitieron brindar a V1 la atención médica que requería, así como también a personal administrativo que tenía a cargo el trámite para el traslado de V1 al Hospital General de Culiacán, quienes a su vez incurrieron en demora innecesaria, quienes, de acuerdo a los razonamientos vertidos, incurrieron en omisiones en la prestación del servicio público que desempeñaban cada uno de éstos en la fecha que se suscitaron los hechos desde su respectiva área. Asimismo, informe a este Organismo la resolución final emitida en dicho procedimiento.

En el entendido, que de considerarse oportuno dentro de dicho procedimiento, se de vista a la Fiscalía General del Estado de los hechos analizados en la presente Recomendación, a fin de que conforme a sus atribuciones determine si la conducta eminentemente omisa que se reclama a dichos servidores públicos resulta o no constitutiva de delito, y resuelva lo que en derecho proceda.

**CUARTA.** Se dé a conocer el contenido de la presente Recomendación entre el personal de los diversos nosocomios que dependen de esa Secretaría de Salud, ello con el ánimo de contribuir a la prevención y evitar la repetición de los actos similares a los que por esta vía se reprochan.

**QUINTA.** Se brinde capacitación tanto a profesionales de la salud, como a personal que contribuye de manera directa o indirecta con ellos, sobre las acciones y procedimientos a realizar para evitar incurrir en omisiones como las señaladas en la presente recomendación.

## **VII. NOTIFICACIÓN Y APERCIBIMIENTO**

**198.** La presente Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular por parte de servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualesquiera otras autoridades competentes, para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsanen las irregularidades cometidas.

**199.** Notifíquese al doctor Alfredo Román Messina, Secretario de Salud del Estado de Sinaloa, como autoridad superior jerárquica, la presente Recomendación, la cual quedó registrada en los archivos de esta Comisión bajo el número 18/2017, debiendo remitírsele con el oficio de notificación correspondiente, una versión de la misma con firma autógrafa del infrascrito.

200. Que de conformidad con lo estatuido por el artículo 58 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa, cuentan con un plazo de cinco días hábiles computable a partir del día hábil siguiente de aquél en que se haga la notificación respectiva, para que manifieste a esta Comisión Estatal si aceptan la presente Recomendación, solicitándosele expresamente que en caso negativo, motiven y fundamenten debidamente la no aceptación; esto es, que exponga una a una sus contra argumentaciones, de modo tal que se demuestre que los razonamientos expuestos por esta Comisión carecen de sustento, adolecen de congruencia o, por cualquiera otra razón, resulten inatendibles.

201. Todo ello en función de la obligación de todos de observar las leyes y específicamente, de su protesta de guardar la Constitución lo mismo la General de la República, que la del Estado, así como las leyes emanadas de una y de otra.

202. También, se le hace saber que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tuvo una importante reforma en materia de derechos humanos la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el pasado 10 de junio de 2011.

203. En ese sentido, el artículo 1° y segundo párrafo del apartado B del artículo 102 de la misma, señalan lo siguiente:

*“Artículo 1. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.*

*Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.*

*Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.*

**Artículo 102.**

(...)

**B. (...)**

*Los organismos a que se refiere el párrafo anterior, formularán recomendaciones públicas, no vinculatorias, denuncias y quejas ante las autoridades respectivas. Todo servidor público está obligado a responder las recomendaciones que les presenten estos organismos. Cuando las recomendaciones emitidas no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa; además, la Cámara de Senadores o en sus recesos la Comisión Permanente, o las legislaturas de las entidades federativas, según corresponda, podrán llamar, a solicitud de estos organismos, a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dichos órganos legislativos, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.”*

(...)

**204.** En consecuencia, aquellas autoridades a quienes se les dirija una Recomendación de parte de esta autoridad constitucional de derechos humanos, deben constreñirse a señalar que tiene por aceptada o no dicha Recomendación, más no señalar que la aceptan parcialmente.

**205.** En ese sentido, tanto la no aceptación, como la aceptación parcial, se considera como una negación al sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos previsto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1° y 77 Bis de la Constitución Política del Estado de Sinaloa, ya que se traduce en la no aceptación del mencionado pronunciamiento.

**206.** Esta posible actitud de la autoridad destinataria, evidenciaría una falta de compromiso con la cultura de la legalidad, así como a una efectiva protección y defensa de los derechos humanos y en consecuencia demuestra también el desprecio a la obligación que tienen de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con lo que establece el artículo 1° de la Constitución Nacional.

**207.** En este orden de ideas, las recomendaciones emitidas por los organismos públicos defensores de los derechos humanos del país, requieren, además de la buena voluntad, disposición política y mejores esfuerzos de las autoridades a quienes se dirigen, ser aceptadas y cumplidas conforme a los principios de

universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, reconocidos en el párrafo tercero, del multicitado artículo 1º constitucional.

**208.** Es importante mencionar, que de una interpretación armónica al artículo 58 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa y 100, párrafo tercero de su Reglamento Interior, cuando una autoridad o servidor público acepta una Recomendación, asume el compromiso de dar a ella su total cumplimiento.

**209.** Ahora bien y en caso de aceptación de la misma, deberá entregar dentro de los cinco días siguientes las pruebas correspondientes a su cumplimiento.

**210.** La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Estatal de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública precisamente esa circunstancia.

**211.** Notifíquese a QV1 en su calidad de víctima, dentro de la presente recomendación, remitiéndosele con el oficio respectivo un ejemplar de esta resolución con firma autógrafa del infrascrito, para su conocimiento y efectos legales procedentes.

**Mtro. José Carlos Álvarez Ortega**  
**Presidente**