EXPEDIENTE No.: ****
QUEJOSA/VÍCTIMA: QV1
VÍCTIMA: V2
RESOLUCIÓN: RECOMENDACIÓN
No. 12/2018
AUTORIDAD
DESTINATARIA: SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO
DE SINALOA

Culiacán Rosales, Sinaloa, a 30 de agosto de 2018.

Dr. Efrén Encinas Torres
Secretario de Salud del Estado de Sinaloa.

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1° y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 2°, 3°, 4° Bis y 77 Bis de la Constitución Política del Estado de Sinaloa; 1°, 2°, 7° fracciones I, II y III, 16 fracción IX, 28, 55, 57, 58, 59 y 61 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa; así como 1°, 4°, 77 párrafo cuarto, 94, 95, 96, 97 y 100 de su Reglamento Interior, normatividad vigente en la época en que ocurrieron los hechos, ha examinado los elementos contenidos en el expediente número ****, que derivó de la queja presentada por QV1, por supuestos actos violatorios de derechos humanos cometidos en su perjuicio, así como del recién nacido V2 (finado), consistentes en el derecho a la protección de la salud con motivo de la negligencia médica, al no proporcionarle una adecuada prestación del servicio público en materia de salud, atribuidos a personal médico del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus datos personales se divulguen, 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 que ésta dicte las medidas de protección correspondientes.

I. HECHOS

3. Que el día 30 de marzo de 2015, esta Comisión Estatal recibió escrito de queja de QV1, en el cual hizo valer presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en su perjuicio y en el de su finado hijo V2.

4. En el citado escrito de queja, QV1 manifestó que el día 19 de marzo de 2015, acudió alrededor de las 11:00 horas a su cita de control de embarazo al Centro de Salud ubicado en la colonia **** de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, dónde el médico que la atendió, al ver el ultrasonido que llevaba, le señaló que era momento de canalizarla al Hospital General de Los Mochis, porque se encontraba en término para que naciera su bebé, pero como no presentaba síntomas de trabajo de parto, ocuparía que le provocaran el parto.

5. Que aproximadamente las 12:30 horas de ese mismo día se trasladó a dicho Hospital, dónde al llegar fue atendida, al parecer por dos pasantes en medicina, quienes le realizaron un tacto y un ultrasonido, informándole que su bebé venía bien y que todavía tenía líquido amniótico. Sin embargo, le comentaron que iban a provocar el parto, para lo cual debía regresar hasta la noche con un medicamento que le recetaron.

6. Que cerca de las 22:00 horas regresó al Hospital, ingresando por urgencias, encontrándose uno de los doctores que la había atendido a mediodía, sin embargo, fue otro doctor quien nuevamente le realizó el tacto y un ultrasonido, manifestándole que todo estaba bien, que podía esperar dos semanas más, acto seguido QV1 solicitó que se le realizara cesárea, debido a que su bebé estaba muy grande, pero el médico insistió que no era necesario, que se esperara las dos semanas, y si en una semana no se presentaban los dolores, que regresara para otra revisión, por lo que la hoy quejosa regresó a su casa.

7. Sin embargo, aproximadamente a las 03:00 horas del día 23 de marzo de 2015, comenzó a sentir dolor y desecho, agregando que antes de dirigirse al Hospital se le rompió la fuente, y que al llegar a urgencias fue atendida por el mismo médico que ya la había revisado anteriormente, quien realizó el tacto y le manifestó que tenía 5 centímetros de dilatación, realizándole también un ultrasonido y canalizándola para administrarle suero, señaló que dicho médico le indicó que ya se encontraba en trabajo de parto, por lo que esperarían a que subiera la dilatación, lo cual no sucedió.

8. A las 07:00 horas del mismo día, llegó otro médico quien al revisarla le dijo que le practicarían una cesárea ya que su bebé se encontraba delicado. Naciendo su bebe a las 08:45 horas, a quien no escuchó que llorara, y fue hasta las 14:00 horas que pasaron a V2 al área de neonatos. Igualmente, manifestó QV1 que se dio cuenta que su bebe no respiraba bien, que se esforzaba mucho, que no abría sus ojos, y que le señalaron que no le podía dar pecho, ya que lo tenían sedado para que no se estresara, por lo que le restringieron las visitas, no podía verlo más que en un determinado horario.

9. Siendo hasta el día 27 de marzo de 2015, alrededor de las 02:00 horas, que recibió una llamada del Departamento de Trabajo Social del Hospital General de

Los Mochis, Ahome, Sinaloa, solicitando su presencia porque su hijo había tenido complicaciones, y al llegar fueron informados por el pediatra que su bebé se había infartado dos veces y había fallecido.

10. Concluyendo su escrito de queja manifestando que consideraba que se cometieron violaciones a sus derechos humanos y de su bebé, ya que no fue atendida oportunamente, lo que provocó que su hijo V2, naciera con problemas de salud y por ello falleciera el día 27 de marzo de 2015.

II. EVIDENCIAS

11. Queja presentada por QV1 el día 30 de marzo del año 2015, ante esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa.

12. Oficio número **** de fecha 9 de abril de 2015, a través del cual se solicitó informe al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, respecto a los hechos motivo de queja.

13. Oficio número **** de fecha 16 de abril de 2015, a través del cual el Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, remitió el informe solicitado en el que comunicó lo siguiente:

a) Que en ese Hospital fue atendida QV1 y su hijo V2, ingresando en fecha 23 de marzo de 2015, a las 03:45 horas, siendo dada de alta el día siguiente a las 09:34 horas.

b) Que desde su ingreso QV1 fue atendida por AR1 y AR2, y su bebé por AR3.

c) Que QV1 dio a luz, el día 23 de marzo de ese mismo año, a las 03:45 horas, y que al recién nacido de término, le fue diagnosticado “síndrome de aspiración meconial/sufrimiento fetal agudo”, razón por la cual falleció el día 27 de marzo de 2015, a las 01:30 horas.

d) Que tanto la madre como el recién nacido, e incluso los familiares, fueron atendidos en todo momento y se les proporcionó toda la atención y medicamentos que ocuparon, y en ningún momento se les dio mal trato, ni hubo actitudes de prepotencia por parte de algún trabajador del Hospital.

e) Copia fotostática del expediente clínico de QV1.

14. Opinión médica de fecha 1 de junio de 2015, emitida por el médico que presta sus servicios a este Organismo Estatal, en la que determinó que sí existió falta de atención oportuna a QV1 por parte del personal médico del Hospital

General de Los Mochis, ya que se acreditó que existió negligencia médica al momento de dar a luz, lo cual trajo como consecuencia la muerte de su hijo recién nacido V2, consistiendo en mala praxis por parte del personal médico del Hospital.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. El día 19 de marzo de 2015, QV1 acudió al área de urgencias del Hospital General de Los Mochis, por recomendación del médico del Centro de Salud **** de esa misma ciudad, quien llevó el control de su embarazo y le indicó que ya era momento de que naciera su bebe.

16. Al ser revisada en dicho Hospital, le informaron que todo se encontraba bien, que regresara ese mismo día por la noche para ser nuevamente valorada. Al regresar, la pasaron a revisión manifestándole que todo se encontraba bien, que se podía esperar dos semanas más y que no era necesario que le fuera practicada una cesárea en ese momento.

17. El día 23 de marzo del mismo año, aproximadamente a las 03:00 horas, QV1 tuvo desecho y dolor, y antes de dirigirse al Hospital se le reventó la fuente, por lo que acudió de inmediato al área de urgencias del citado Hospital General, dónde al ser revisada presentaba 5 centímetros de dilatación, por lo que la canalizaron para esperar a que aumentara la dilatación, situación que al no acontecer, y después de revisar a V2, se le informó se le practicaría una cesárea. Al término de dicha intervención quirúrgica, le informaron que su bebé se encontraba delicado, percatándose que este no respiraba bien, casi no se movía y se mantenía con sus ojos cerrados. Además, le comunicaron que lo tenían sedado por su estado de salud, para no estresarlo, restringiéndole sus visitas, sin mantenerla informada respecto al estado de salud del recién nacido V2.

18. El día 27 de marzo de 2015, alrededor de las 02:00 horas, recibió una llamada por parte del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, solicitando su presencia porque su hijo había tenido complicaciones, y al llegar fueron informados por el pediatra que su bebé se había infartado dos veces y por ello había fallecido.

19. De las constancias que obran en el presente expediente, se cuenta con la opinión médica por parte del médico que presta sus servicios para esta Comisión Estatal, en la cual determinó que se no se observó lo dispuesto por 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, ya que existió falta de atención oportuna a QV1, así como un mal manejo al realizarle conducción de parto con oxitocina, asimismo, concluyó que hubo negligencia médica al momento de dar a luz, en virtud de

que los médicos no estuvieron al pendiente de la frecuencia fetal del producto, y como consecuencia de esta mala praxis se generaran condiciones adversas para el producto del embarazo, aunque lograron extraerlo, lo hicieron en malas condiciones al bronco aspirar meconio, por lo que V2 murió posteriormente por esta causa, lo que es atribuible a AR1, AR2, AR3 y AR4.

IV. OBSERVACIONES

20. Antes de analizar los elementos de convicción con los que cuenta esta Comisión Estatal, es importante hacer algunas consideraciones respecto al derecho de protección de la salud.

21. El derecho a la protección de la salud es el que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo, implica a su vez el derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad, de parte de los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas cuya supervisión corre a cargo del Estado.

22. Igualmente, implica un beneficio para el titular, quien tiene la libertad de acceder a los servicios de asistencia médica siguiendo los requerimientos establecidos por la Ley, pero en cuanto al servidor público impone una obligación de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios, de realizar una adecuada prestación y en su caso supervisión de los mismos.

23. En cuanto al acto, implica una conducta de un servidor público que niegue, impida o interfiera en la posibilidad del individuo de acceder a los servicios de salud, una acción u omisión por parte de un servidor público del sector salud que pueda causar, o que efectivamente cause, de manera actual o inminente, una alteración en la salud del individuo, o bien que conlleve a una prestación deficiente.¹

24. Así entonces al analizar los elementos allegados al expediente número **** con los que cuenta esta Comisión Estatal, se logró la convicción de que en el caso planteado por QV1, se actualizan violaciones a los derechos humanos de la protección de la salud, la vida y la legalidad, traducido en negligencia médica, en la pérdida de la vida de un recién nacido y a los derechos de la niñez, así como la prestación indebida del servicio público.

25. Lo anterior, ya que se advirtió que en cuanto al partograma del propio expediente clínico, no se observó lo establecido por Normas Oficiales, tales como la NOM-007-SSA2-1993, NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y

¹ Recomendación 11/2013, emitida por esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, capítulo IV Observaciones, p. 6.

procedimientos para la prestación del servicio, y la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

26. En el mismo sentido, se desprende del expediente clínico (Resumen Clínico del Servicio de Gineco-Obstetricia, de fecha 23 de marzo de 2015 a las 03:45 horas), que se *inició conducción con oxitocina a dosis respuesta*.

27. Al respecto el punto 5.4.1.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, dispone:

No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma Institucional al respecto.

28. En el mismo tenor tenemos que en el formato de Vigilancia y Atención del Parto del Expediente Clínico, se observó que sólo fue llenado por la enfermera en lo que a ella correspondía, mientras que el apartado correspondiente a llenar por parte del médico responsable, es decir AR1, no se hizo, lo cual resulta una omisión inexplicable de la normatividad.

29. En otra parte del expediente clínico, específicamente en el “Resumen Clínico del Servicio de Gineco-Obstetricia”, firmado por el Jefe de Gineco-Obstetricia, se mencionó que el 23 de marzo de 2015, se *inicia conducción con oxitocina a dosis respuesta, y durante el transcurso de trabajo de parto se detectó líquido amniótico amarillento por lo que se suspendió conducción y se indica cesárea por sufrimiento fetal crónico agudizado obteniendo producto único vivo a las 08:45 horas del 23 de marzo de 2015, del sexo masculino con peso 4,595 gr con Apgar 7/9 sin complicaciones trans/operatorias.*

30. Sin embargo, en el resumen clínico de fecha 06 de abril de 2015, elaborado por el médico tratante del servicio de Neonatología AR3, señaló “que se realiza cesárea de urgencia donde se obtiene a recién nacido masculino con depresión respiratoria importante, se observa líquido meconial espeso, no llora ni respira al nacer, se realiza aspiración traqueal, a la auscultación se perciben espertores crepitantes, quejido respiratorio y disociación toracoabdominal, APGAR de 6-7, silverman 5, se observa cianosis periférica, por lo que sube a piso a neonatología.”

31. No pasa desapercibido para esta Comisión Estatal que entre los puntos anteriores, hay una discrepancia significativa, ya que en el punto 28 se señala que el producto fue obtenido sin complicaciones, mientras que en el punto 29 se señala que se obtuvo nacido masculino con depresión respiratoria

importante, que se observó líquido meconial espeso, y que no lloró ni respiró al nacer.

32. Atendiendo al resultado que derivó en la muerte del recién nacido por síndrome de aspiración meconial/sufrimiento fetal agudo, se considera que en este caso hay datos en el expediente clínico de que esta complicación debió haberse detectado y el personal médico haber actuado diferente a como lo hicieron, sin perder de vista la normatividad que los rige.

DERECHO HUMANO VIOLENTADO: Derecho a la protección de la salud.

HECHO VIOLATORIO ACREDITADO: Negligencia médica.

33. De acuerdo al informe de fecha 16 de abril de 2015, que remitió el Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, se advierte que QV1 fue ingresada en ese hospital con fecha 23 de marzo de 2015, a las 03:45 horas, fue dada de alta el día siguiente a las 09:34 horas.

34. Que a QV1 se le practicó cesárea el día 23 de marzo de 2015, dando a luz a las 08:45 horas, diagnosticándose a V2 como un recién nacido de término con síndrome de aspiración meconial/sufrimiento fetal agudo.

35. Asimismo, señaló que el 27 de marzo de 2015, el recién nacido V2 falleció cuando serían las 01:30 horas por el mismo diagnóstico del nacimiento.

36. Además, en este documento se mencionó, que tanto la madre como el bebé e incluso sus familiares fueron atendidos en todo momento y se les proporcionó toda la atención y medicamentos que ocuparon, y en ningún momento se les dio mal trato, ni hubo actitudes de prepotencia de ningún trabajador de ese hospital.

37. Es importante señalar que la protección jurídica del derecho a la protección de la salud y el respeto a la dignidad humana son las coordenadas básicas que regulan las cuestiones comprendidas dentro de la responsabilidad médica.²

38. Igualmente, cabe hacer mención de que el bienestar implica la adaptación integral del medio físico, biológico y social en que el individuo vive y realiza sus actividades; ambos, salud y bienestar deben gozar de la protección por parte del Estado, ya que todo daño que se produzca en la salud del individuo puede generar responsabilidad penal, civil, administrativa y por violaciones a derechos humanos.

² Mariñelarena, Jorge Luis, "Responsabilidad Médica, Revista virtual, Cirujano General", Volumen 33 Supl. 2-2011. <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112m.pdf>

39. Así la praxis médica se fundamenta sobre el conocimiento de las ciencias médicas.

40. Por lo tanto, cuando se violen normas del adecuado ejercicio profesional, queda configurada la mala praxis, la cual se entiende como la omisión por parte del médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a éste, o también cuando el médico, a través de un acto propio de su actividad y en relación causal y con culpa, produce un daño determinado en la salud de un individuo.

41. Es por ello que el no ceñirse a las normas establecidas, originando un perjuicio, hace al médico responsable de su conducta y de los daños que ocasiona.

42. Según se desprende del informe remitido por el Director del Hospital General de Los Mochis, los médicos que atendieron a QV1 fueron AR1 y AR2, y al recién nacido V2 fue AR3, sin embargo, dentro de las constancias del expediente clínico se desprende que AR4, estuvo involucrado en la atención del recién nacido, al momento de ingresar a neonatología, razón por la cual se señalan a todos ellos como autoridades responsables, los cuales incurrieron en negligencia médica, violentando el derecho humano de la quejosa y su bebé, ya que la falta de atención oportuna, tuvo como consecuencia que éste último haya presentado el síndrome de aspiración meconial/sufrimiento fetal agudo al momento de su nacimiento.

43. Igualmente, del expediente clínico se advierte que la paciente acudió a revisión obstétrica al Hospital General de Los Mochis en dos ocasiones antes de su ingreso al servicio de gineco obstetricia, y en las dos ocasiones que la revisaron, se refirieron adecuados movimientos fetales sin trabajo de parto y se detectó producto único vivo con frecuencia fetal de 140 y 130 latidos por minuto, respectivamente.

44. Además, se advierte que en la nota de valoración obstétrica ambulatoria de fecha 23 de marzo de 2015 y en la nota de ingreso de la paciente a toco cirugía del mismo día a las 03:45 horas, firmadas ambas por AR1, la paciente ingresa por dolor en hipogastrio con presencia de salida de líquido, y que durante la toco valoración se realizó exploración y se encuentra producto único vivo, cefálico dorso a la izquierda, con frecuencia cardiaca fetal de 135 latidos por minuto, con líquido amniótico en adecuada cantidad y placenta grado 2-3, determinado durante rastreo ultrasonográfico; al tacto vaginal el cérvix con cinco centímetros de dilatación y con ruptura de membranas, por lo que se decide el ingreso a toco cirugía para vigilancia y auto conducción del trabajo de parto.

45. Asimismo, dicha nota de valoración es acorde con el resumen clínico del servicio de gineco obstetricia firmado por el Jefe de Gineco Obstetricia, quien agregó que se inició conducción con oxitocina a dosis respuesta y durante el transcurso del trabajo de parto se detectó líquido amniótico amarillento por lo que se suspendió conducción y se indicó cesárea por sufrimiento fetal crónico agudizado.

46. Además, en dicha opinión, se desprende que del expediente clínico remitido a este Organismo Estatal no hay registro de que se haya estado vigilando el parto (*tal como se indica cuando se decide el ingreso de la paciente y de lo cual hay evidencia que no se hizo, confirmado por el no llenado del formato de Vigilancia y Atención del Parto*) y tampoco se señala que se haya hecho el registro de la frecuencia cardiaca fetal en particular, tal como lo obliga la NOM-007-SSA2-1993 en su punto 5.4.9, que a la letra señala:

El registro e interpretación de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal deberá ser por lo menos cada 30 minutos en la fase activa y cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto.

47. Esta omisión significa que hubo negligencia médica al no haber registro en el expediente clínico que se estaba con la paciente o que se abandonó en el trabajo de parto, sin causa justificada.

48. Ahora bien, respecto a la conducción del trabajo de parto con oxitocina y posteriormente suspender dicha conducción e indicar cesárea por sufrimiento fetal crónico agudizado, en virtud de detectar líquido amniótico amarillento, el médico que presta sus servicios a esta Comisión Estatal, a través de la opinión médica emitida manifestó que esto es normal de observar en pacientes con trabajo de parto, por lo tanto no es parámetro indicativo de cesárea, tal como lo quisieron hacer ver en el expediente clínico los médicos ginecólogos tratantes.

49. De igual manera en la nota post operatoria del expediente clínico de fecha 23 de marzo de 2015 a las 12:34 (referente a la cesárea clásica planeada y realizada en la paciente), se apuntó que: *se obtiene producto vivo, sexo masculino, peso: 4, 595 kilogramos, 60 cm, se aspiran secreciones, se pinza y se corta cordón umbilical, se pasa a perinato para cuidados inmediatos.*

50. En la misma nota, en el apartado de “Hallazgo Transoperatorio”, se señaló: *líquido amniótico con tinte amarillento*, y en el apartado de “Incidentes y accidentes”, se reportó: *ninguno*”.

51. Al ingresar el recién nacido al área de neonatología con fecha 23 de marzo de 2015 a las 11:01 horas, en la nota de ingreso se señala por un lado, que el RN de término de horas de vida extrauterina que ingresa al Servicio de Neonatología con el dx de síndrome de aspiración meconial, y por el otro, que se

mostró con dificultad respiratoria, con cianosis periférica, a la auscultación se perciben estertor es crepitantes, quejido espiratoria, y disociación toraco/abdominal. Pero llama la atención que no se menciona tratamiento, colocando solamente *ver indicaciones*, correspondiéndole ello a AR4, quien incurrió en omisión inexcusable.

52. Toda vez que debió mencionar el tratamiento, señalando solamente *ver indicaciones*, ya que esto es contrario a la indicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en cuanto al punto 8, en relación a que las notas médicas de hospitalización deben de llevar entre otras cosas, precisamente el tratamiento, por lo cual hay aquí una omisión inexcusable de inobservancia de reglamento.

8. De las notas médicas en Hospitalización

8.1. De ingreso.

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

8.1.1. Signos vitales;

8.1.2. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

8.1.3. Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

8.1.4. Tratamiento; y pronóstico.

53. Atendiendo al resultado que derivó la muerte del recién nacido por Síndrome de Aspiración Meconial/Sufrimiento Fetal Agudo, se considera que en este caso hay datos en el expediente clínico de que esta complicación debió haberse detectado, y el personal médico debió haber actuado diferente a como lo hicieron, en razón de que del resumen clínico de fecha 6 de abril de 2015, elaborado por AR3 del servicio de Neonatología, señala: *ingresa a ginecología por ruptura prematura de membranas, bradicardia fetal, por lo que se realiza cesárea de urgencia donde se obtiene recién nacido masculino con depresión respiratoria importante, se observa líquido meconial espeso, no llora ni respira al nacer, se realiza aspiración traqueal, a la auscultación se perciben espertores crepitantes, quejido respiratorio y disociación toracoabdominal, APGAR de 6-7, Silverman 5, se observa cianosis periférica, por lo que sube a piso de neonatología.*

54. El dato de la bradicardia fetal, resulta importante en virtud de que con ello, viene a corroborar que existió falta de atención oportuna a la paciente QV1, confirmado por la complicación del embarazo que presentó y que fue causado por un mal manejo al realizarle conducción del parto con oxitocina; también se

sostiene que hubo negligencia médica al momento de dar a luz, en virtud de que los médicos no estuvieron al pendiente de la frecuencia fetal del producto, y como consecuencia de esta mala praxis se generaron condiciones adversas, por lo que el producto del embarazo, aunque logran extraerlo, lo hacen en malas condiciones al bronco aspirar meconio, por lo que el recién nacido muere posteriormente por esta causa, lo que es atribuible a complicaciones presentadas por mal manejo del parto por parte del personal médico del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.

55. Con las conductas y omisiones por parte de los médicos que estuvieron involucrados en la atención de QV1 y V2, se violentaron además de la Norma Oficial Mexicana ya citada, diversos ordenamientos jurídicos, estatales, nacionales e internacionales, los cuales a continuación se señalan:

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:**

“Artículo 4º. (...)

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

(...).”

- **Ley General de Salud:**

“Artículo 1º. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El Bienestar físico y mental del hombre, para contribuir el ejercicio pleno de sus capacidades;*
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;*
- (...)*
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.*

(...)

Artículo 3. *En los términos de esta ley, es materia de salubridad general:*

(...)

IV. *La atención materno-infantil.*

(...)

Artículo 23. *Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”.*

- **Ley de salud del Estado de Sinaloa:**

“Artículo 1. *La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sus disposiciones son del orden público, de interés social y de observancia general en la entidad, establece la competencia que en materia de salud corresponde al Estado de Sinaloa y regula:*

- I. *Las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado;*
- II. *La competencia concurrente del Estado con la Federación en materia de salubridad general;*
- III. *La forma en que los municipios prestarán y controlarán los servicios de salud; y*
- IV. *Las obligaciones de las dependencias y entidades públicas, privadas y de la población en general para cumplir con los objetivos de la presente ley.*

Artículo 2º. *Son finalidades de la presente ley:*

I. *El bienestar físico y mental del género humano, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;*

II. *La protección y la prolongación de la vida humana así como el mejoramiento de su calidad;*

III. *La protección y el enriquecimiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;*

IV. *La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población, en la preservación, conservación y restauración de la salud;*

V. *El acceso a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente, las necesidades de la población;*

VI. *El conocimiento de los servicios de salud para su adecuado aprovechamiento y uso; y*

VII. *El desarrollo de la enseñanza, la investigación científica y tecnológica para la salud.”*

56. Por otro lado, en el ámbito internacional, México ha ratificado los siguientes instrumentos en materia de derechos humanos que incluyen el derecho a la protección de la salud:

- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre;
- La Declaración Universal de Derechos Humanos;
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

57. Lo anterior, significa que el Estado Mexicano se ha comprometido a garantizar para sus habitantes el más alto nivel posible de salud física y mental.

58. Igualmente, la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, señala:

Principios

1. Derecho a la atención médica de buena calidad

a) *Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.*

(...)

c) *El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.*

d) *La seguridad de localidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.*

(...).

59. En relación con lo anterior, el 11 de agosto de 2000, la Organización de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, relacionada con “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, la cual 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. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. 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.”

60. Igualmente resulta importante señalar que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, emitió la Recomendación General 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirma que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho 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.

61. Así, la conducta del personal médico del Hospital General de Los Mochis, que atendió a la agraviada y a su finado hijo, no fue eficaz ni profesional y sus omisiones tanto en la práctica como al momento de llenar su expediente clínico, vulneraron el derecho a la protección de la salud tanto de QV1 y del recién nacido V2, entre otras cuestiones, por el hecho de no observar las normas de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como criterios y procedimientos para la prestación del servicio, por los razonamientos señalados en líneas anteriores.

62. El personal encargado de prestar los servicios de salud, definitivamente debe formarse, en las áreas específicas de cada disciplina, pero también debe saber las implicaciones legales de su trabajo, que conozca cuáles son las posibilidades de su vinculación, sus facultades y obligaciones jurídicas.

63. En ocasiones nos encontramos que como los profesionales sanitarios carecen de una cátedra inicial sobre derechos humanos, no conocen la

dimensión tan profunda, tanto desde el punto de vista jurídico como ontológicamente hablando de todos y cada uno de estos derechos.

64. No debemos olvidar que la gestión eficiente de los servicios públicos, es una función que debe garantizar el Estado a través de la contratación de personal calificado, con vocación, con conocimientos y disposición para prestar tal o cual servicio.

65. En este sentido es importante precisar que por derecho a la protección de la salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se entiende un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia; es decir, que una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

66. Los instrumentos internacionales que protegen el derecho a la salud son los siguientes: artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; artículo XI de la Convención Americana de los Derechos del Hombre; artículo 1º del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

67. Aunado a todo lo anterior, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconoce al derecho a la salud como un *derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos*, señala lo siguiente:

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. 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.

9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra

todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

68. En esa misma Observación General, se señalan los elementos esenciales e interrelacionados que forman parte del derecho a la salud, entre los que destacan los siguientes:

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

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.

DERECHO HUMANO VIOLENTADO: Derecho a la vida.

HECHOS VIOLATORIOS ACREDITADOS: Violación por la pérdida de la vida de un recién nacido y violación a los derechos de la niñez.

69. El derecho a la vida es un derecho universal, es decir que le corresponde a todo ser humano. Es un derecho necesario para poder concretizar todos los demás derechos universales. El derecho a la vida significa tener la oportunidad de vivir nuestra propia vida. Si no hay vida, no tiene sentido que existan los demás derechos fundamentales.³

70. Sin duda, pues, entre los derechos del hombre, el más importante es el derecho a la vida, pues es la razón de ser de los demás, ya que no tendría sentido garantizar la propiedad, la religión o la cultura, o el resto de sus derechos si el sujeto al que se los concede no goza de aquél.

³ Derecho a la vida, Humanium. <https://www.humanium.org/es/derecho-vida>

71. El derecho del niño a la vida implica también el hecho de asegurarles la posibilidad de crecer y desarrollarse en un ambiente favorable. Es indispensable, por tanto, que puedan beneficiarse de servicios médicos adecuados, de una alimentación equilibrada, de una educación de buena calidad, así como de un ambiente saludable. Asegurar que los niños tengan la posibilidad de desarrollarse de una forma sana y natural en cualquier tipo de situación (paz, guerra, catástrofe natural, etc.) constituye no solo una obligación de los Estados sino también una responsabilidad de los padres.⁴

72. Cuando hablamos de infantes, el derecho a la vida con frecuencia lo asociamos al derecho a la supervivencia, así, los tratados de derechos infantiles imponen a los países la obligación de cumplir con las necesidades básicas de este en términos de nutrición, salud, comida, refugio, etc., para permitir su supervivencia.

73. Ahora bien, respecto la salud del recién nacido V2, esta fue alterada, debido a la mala práctica realizada durante la atención proporcionada a su progenitora, la cual resultó deficiente y demorada, cuando lo que se requería era una atención inmediata, debido a las complicaciones que estaba presentando.

74. El derecho a la vida consiste en el derecho de mantener la vida o conservarla frente a los demás hombres, o si se quiere, en el derecho a que nadie nos la quite, y a que no pueda suprimirla ni cercenarla ni siquiera su propio sujeto.

75. Así, en atención al principio del interés superior del niño o niña, entendido como un conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que les permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible.⁵

76. Los derechos de los niños deben ser interpretados sistemáticamente, ya que en su conjunto aseguran la debida protección a los derechos a la vida, la supervivencia y el desarrollo del infante.

77. Por lo anterior, es de suma importancia dejar asentado que la negligencia médica con que actuaron los médicos que atendieron a V2 y a su progenitora antes, durante y después del parto, dejó consecuencias en la salud del recién nacido el cual tuvo como resultado su muerte.

78. Cabe señalar que, tal y como ya quedó precisado en el apartado de observaciones de la presente Recomendación, existe una discrepancia entre el resumen clínico firmado por el Jefe de Gineco-Obstetricia, de fecha 23 de marzo

⁴ Idem.

⁵ El Principio del Interés Superior de la Niñez, *Derechos Humanos de la Infancia*, México, 2003. http://www.derechosinfancia.org.mx/Derechos/conv_3.htm

de 2015 a las 3:45 horas, y el resumen clínico de fecha 6 de abril del mismo año, elaborado por el médico tratante del servicio de Neonatología, pues en el primer resumen se señaló que se obtuvo producto único vivo sin complicaciones transoperatorios, mientras que en resumen clínico emitido por el médico neonatólogo, se indicó que se obtuvo recién nacido masculino con depresión respiratoria importante, así como que se observó líquido meconial espeso y que el recién nacido no lloró ni respiró al nacer.

79. En esa tesitura, es que se reitera que se debió tomar en cuenta lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, que regula la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, ya que hubiese sido de gran ayuda, en virtud de que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del producto pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimiento normados para su atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas.

80. De igual manera, lo señalado por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en razón que al momento de ingresar el recién nacido a neonatología con fecha 23 de marzo de 2015, el médico tratante AR4 señaló en la nota de ingreso que el recién nacido de termino de horas de vida extrauterina que ingresó con el diagnóstico de síndrome de aspiración meconial, se mostraba con dificultad respiratoria, con cianosis periférica, a la auscultación percibiendo estertores crepitante, quejido respiratorio y disociación toraco abdominal, pero nunca menciona el tratamiento, colocando solamente *ver indicaciones*, contrario a lo que señala dicha norma, en su punto 8.

81. En atención al resultado que derivó con la muerte del recién nacido se considera que en el expediente clínico existen datos suficientes en el que esa complicación debió haberse detectado y personal médico haber actuado diferente a como lo hizo, ya que por la falta de atención oportuna que tuvo QV1 y el mal manejo al llevar a cabo el parto, tuvo como resultado que el recién nacido se bronco aspirara meconio, para posteriormente también no dar un buen seguimiento a su diagnóstico y tratamiento, contribuyendo así de manera culposa el desenlace fatal del bebé.

82. De lo expuesto con antelación, encontramos que el personal médico del Hospital General de la ciudad de Los Mochis, particularmente AR1 y AR2, que atendieron a QV1, no valoró adecuadamente las condiciones en que se encontraba la paciente a fin de preservar la salud del producto, pues contrario a ello, una vez confirmado la complicación del embarazo, éste tuvo un mal manejo al realizarle conducción del parto con oxitocina poniéndola en riesgo, pues al momento del parto los médicos no estuvieron al pendiente de la frecuencia fetal del producto.

83. Por otra parte debe mencionarse las omisiones de AR3 y AR4, ya establecidas en el cuerpo de la presente Recomendación, que inobservaron reglamentos en materia de salud y se cometieron imprudencias para el debido llenado del expediente clínico, el cual se ha detallado que tuvo deficiencias para la debida atención del recién nacido.

84. Por tal motivo se incurrió por parte de los citados servidores públicos en transgresiones no solo a la normatividad nacional invocada sino también, en el derecho internacional de los derechos humanos se encuentran los artículos 12.1 y 2º, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; artículo 6.1 y 24.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

DERECHO HUMANO VIOLENTADO: Derecho a la legalidad.

HECHO VIOLATORIO ACREDITADO: Indebida prestación del servicio público en materia de salud.

85. Asimismo, se desprenden diversas irregularidades en la prestación del servicio público en materia de salud y la deficiente atención materno-infantil durante el embarazo, parto o el puerperio.

86. Toda vez que de la documentación agregada al expediente que ahora se resuelve se ha constatado que se transgredió lo dispuesto en los artículos 32 y 33 de la Ley General de Salud, los cuales disponen que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con objeto de proteger, promover y restaurar su salud, y se deben considerar como actividades de atención médica las preventivas, las curativas y las de rehabilitación física o mental, circunstancias que en el caso que nos ocupa se dejaron de observar.

87. De igual forma, todo paciente tiene derecho a recibir un correcto diagnóstico y la atención necesaria durante su enfermedad, y en caso de que esto no le pueda ser brindado, se le remita a otro médico para que obtenga la atención adecuada, a fin de no incurrir en responsabilidad o negligencia, de conformidad con los artículos 51 y 89 de la Ley General de Salud; 21 y 49 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, circunstancia que en diversas ocasiones no se actualiza, debido a las diversas acciones y omisiones por parte de los servidores públicos encargados de brindar la atención médica.

88. Así entonces, la conducta del personal médico adscrito al Hospital General de Los Mochis, encargados de la atención médica de QV1, no fue eficaz ni profesional y sus omisiones vulneraron su derecho a la protección de la salud, entre otras cuestiones por el hecho de no observar normas de carácter público y

obligatorias para toda persona que preste los servicios de salud, en virtud de que no se implementó el conjunto de servicios que se deben proporcionar al individuo con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

89. Haciendo particular mención que AR1 y AR2 no se apegaron a lo determinado por 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.

90. La calidad del servicio debe centrarse en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano.

91. En torno a esto, se advierte que los médicos tratantes el día 23 de marzo de 2015 al ingresar la paciente al servicio de gineco-obstetricia, se inició conducción de oxitocina a dosis respuesta, al respecto la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, en su artículo 5.41.4 señala:

No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos devente tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto.

92. Sin embargo, no existe antecedente en el expediente clínico que indique que la conducción con oxitocina a dosis respuesta, se llevó a cabo bajo vigilancia estrecha por médicos, tal como lo señala dicha normatividad.

93. Lo anterior, en virtud de que en el expediente clínico únicamente se menciona que siendo las 03:45 horas se inicia conducción con oxitocina a dosis respuesta y durante el trascurso del trabajo de parto se detectó liquido amniótico amarillento por lo que se suspendió la conducción y se procede a practicar una cesárea por sufrimiento fetal crónico agudizado.

94. Asimismo, se advierte en el formato de vigilancia y atención del parto del expediente clínico, que éste solo fue llenado por la enfermera en lo que hace a su apartado; mientras que el apartado a llenar por parte del médico responsable AR1 no se hizo, lo cual se considera una omisión de inobservancia hacia el mismo reglamento en mención.

95. Por otra lado, en cuanto al partograma se advirtió que tampoco se cumplió con el artículo 5.4.1.1 de la Norma Oficial 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, que dice lo siguiente:

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma.

96. Lo anterior no se elaboró correcta y totalmente, ya que solo tiene una anotación en la fecha y hora de ingreso de la paciente al Hospital.

97. Debe destacarse además, que no hay registro de que se haya estado vigilando el parto, tal como se indica cuando se decide el ingreso de la paciente y de lo cual hay evidencia que no se hizo, confirmado por el no llenado del formato de Vigilancia y Atención del Parto, y tampoco hay registro en el expediente clínico, de que se haya hecho el registro de la frecuencia cardiaca fetal en particular, tal como lo señala la multicitada Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 en su artículo 5.4.9, que dice:

El Registro e interpretación de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal deberá ser por lo menos cada 30 minutos en la fase activa y cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto.

98. Esta omisión inexplicable significa negligencia médica al no haber registro en el expediente clínico que se estaba con la paciente o bien se abandonó en el trabajo de parto, sin causa justificada.

99. Para el médico asesor que presta sus servicios a este Organismo Estatal, lo antes mencionado, según lo señala en su dictamen emitido, ilustra el manejo y el criterio utilizado en la atención a la paciente, confirmando dos situaciones que de acuerdo a 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, así como el debido llenado del expediente clínico respecto de la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, son incorrectas.

100. Así pues, en primer término, se refirió a la conducción del parto con oxitocina y en segundo término, por suspender la conducción con oxitocina e indicar cesárea por sufrimiento fetal crónico agudizado, en virtud de detectar liquido amniótico amarillento (este último dato es normal de observar en pacientes con trabajo de parto, ya que no es parámetro indicativo de cesárea, tal como quieren hacerlo ver en el expediente clínico, los médicos ginecólogos tratantes).

101. Por ello, llegó a la conclusión, que sí existió negligencia médica en la atención de QV1, por la falta de atención oportuna por parte del personal médico del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, y al existir dicha negligencia al momento del parto, tuvo como consecuencia la muerte del recién nacido, consistiendo en mala praxis por parte de dicho personal.

102. Así, la conducta llevada a cabo por AR1, AR2, AR3 y AR3 médicos adscritos del Hospital General de Los Mochis involucrados en la atención de QV1 y V2, contravinieron, entre otras cuestiones, los artículos 2°, fracciones I y II, 3°, fracción IV, 27, fracción IV, 32, 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud; así como 74 y 75 de la Ley de Salud del Estado de Sinaloa, relacionado con el derecho a la protección de la salud y con dicha actuación incurrieron en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en los artículos 6 fracción IV y 14 de la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa.

103. No obstante lo anterior, la prestación indebida del servicio público principalmente se debió a que no se brindó un debido seguimiento al expediente clínico de QV1, de conformidad a las Normas Oficiales Mexicanas anteriormente señaladas.

104. Las irregularidades antes mencionadas resultan una preocupación para este Organismo Estatal, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

105. La sentencia del caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

106. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.⁶

107. Toda prestación indebida contraviene lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero, y 4°, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2° y 27 de la Ley General de Salud; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; los puntos 10.1, y 10.2, incisos a), d), e) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y

⁶ Recomendación 63/2012, Comisión Nacional de Derechos Humanos, www.cndh.mx. p. 8

Culturales; puntos 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; puntos 8.1 de la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el artículo 5º, inciso IV) del apartado e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; el apartado f) del párrafo I del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; y, y la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, reconocidos como ley suprema en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

108. Por último, resulta de suma importancia señalar que el sistema jurídico mexicano contempla la posibilidad de demandar la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional ante el órgano jurisdiccional competente, de igual forma se ha ratificado también que el Sistema No Jurisdiccional de Protección de los Derechos Humanos al atender lo sustentado en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130, de la Constitución Política del Estado de Sinaloa; 1794, 1799 y 1800 del Código Civil para el Estado de Sinaloa; y 55, de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sinaloa, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado.

109. La recomendación que se formule a la autoridad pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de la afectada en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

110. Al respecto, el artículo 3º fracción XXII, del Reglamento de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, indica que el hospital será corresponsable, objetivamente, con el personal médico de las acciones y omisiones en la prestación de los servicios de salud a los pacientes.⁷

111. Por último, este Organismo Estatal considera relevante mencionar que del expediente clínico se advirtió que la hoja de valoración obstétrica ambulatoria, la orden de internamiento, la autorización de intervención quirúrgica, el consentimiento bajo información, la autorización para ingreso a centro hospitalario, la nota médica de ingreso, la nota médica post anestesia, la nota médica preoperatoria, la nota médica post operatoria, la nota médica de egreso,

⁷ Recomendación 63/2012, Comisión Nacional de Derechos Humanos, www.cndh.org.mx, p. 10-11

así como diversas notas médicas, carecen de firma del médico que las elaboró; así como que la hoja de autorización de intervención quirúrgica, la hoja de autorización para ingreso a centro hospitalario y la carta de consentimiento bajo información para realizar procedimientos anestésicos, aún y cuando cuentan con la firma del paciente, carecen de la firma de dos testigos, violentando así lo dispuesto por la mencionada Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus artículos 5.10, 8.8.17, 10, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, 10.2.3.8 y Apéndice A (informativo).

112. Con base a lo anterior, con fundamento en los artículos 1º párrafo tercero y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º fracción III; 55 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para este Organismo Estatal en ejercicio de sus atribuciones a fin de que se proceda para la efectiva restitución de la afectada en sus derechos fundamentales, así como para la reparación de los daños y perjuicios que se ocasionaron, en contra del personal del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa se permite formular a usted, señor Secretario de Salud del Estado, como autoridad superior jerárquica, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de proceder a indemnizar a QV1 en los términos que establece la Corte Interamericana de Derechos Humanos, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron servidores públicos adscritos al Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, encargados de la atención a la citada quejosa, lo cual trajo como consecuencia la muerte de su recién nacido V2, adoptando las medidas necesarias para ello, enviando a este Organismo Estatal las pruebas con las que acredite su cumplimiento, incluyendo el reembolso de los gastos por concepto de atención pre, durante y postparto, además de los gastos funerarios correspondientes.

SEGUNDA. Diseñar e impartir a la totalidad de los servidores públicos de ese hospital un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en Materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, con el objeto de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, enviando a esta Comisión Estatal los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que la reciba, en los cuales se refleje su impacto efectivo.

TERCERA. Adoptar medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen los servidores públicos del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, con motivo de la atención médica que

brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se sirva instruir a quien corresponda para que se dé vista a la Contraloría Interna de los Servicios de Salud del Estado de Sinaloa, a efecto de que inicie procedimiento administrativo de investigación en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, señalados en el oficio de informe firmado por el Director del Hospital General de Los Mochis como los médicos tratantes de la hoy quejosa, así como cualquier otro servidor público que resulte responsable de la inadecuada atención médica de QV1, por las consideraciones descritas en el cuerpo de la presente recomendación y, en su caso, se finque responsabilidad y se apliquen las sanciones correspondientes, así como informar a esta Comisión Estatal el trámite que se realice desde su inicio hasta la resolución correspondiente.

QUINTA. Se dé a conocer a todo el personal de salud del Estado, el contenido de la presente resolución como un mecanismo de prevención y contención de futuras conductas similares o iguales a las reprochadas en el presente caso.

VI. NOTIFICACIÓN Y APERCIBIMIENTO

113. 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.

114. Notifíquese al Doctor Efrén Encinas Torres, Secretario de Salud del Estado de Sinaloa, de la presente Recomendación, misma que en los archivos de esta Comisión quedó registrada bajo el número **12/2018**, debiendo remitírsele con el oficio de notificación correspondiente una versión de la misma con firma autógrafa del suscrito.

115. Que de conformidad con lo estatuido por el artículo 58 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, cuenta 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 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.

116. 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.

117. 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.

118. En ese sentido, el artículo 1° y 102, apartado B, segundo párrafo 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.

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

120. 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, ya que se traduce en la no aceptación del mencionado pronunciamiento.

121. 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.

122. 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 1° constitucional.

123. 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 del Reglamento Interior de la misma, cuando una autoridad o servidor público acepta una Recomendación, asume el compromiso de dar a ella su total cumplimiento.

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

125. 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.

126. 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 suscrito, para su conocimiento y efectos legales procedentes.

Mtro. José Carlos Álvarez Ortega
Presidente