



COMISIÓN ESTATAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
SINALOA

Culiacán, Sinaloa, 18 de enero de 2022
Oficio: CEDH/VG-CT/01/2022

Por medio de la presente y de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 68 fracciones IV y VI y artículo 141 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, me permito solicitar al Comité de Transparencia de esta Comisión, analice la propuesta de esta Visitaduría General, en el sentido de testar aquellos datos personales clasificados como confidenciales, contenidos en las recomendaciones emitidas por esta Comisión durante el segundo semestre del ejercicio 2021.

Conforme lo establecen los artículos 22 fracción XI de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, los sujetos obligados deberán publicar y mantener actualizada la información relativa a las obligaciones de transparencia.

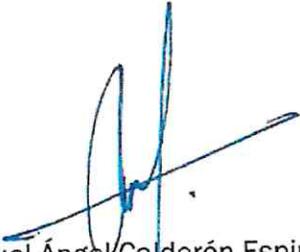
Aunado a lo anterior, los artículos 86 y 87 de la Ley mencionada con antelación, indican que es obligación de los sujetos obligados poner a disposición de las personas la información relativa al Título Cuarto de la Ley Local, en los portales oficiales de internet, así como en la Plataforma Nacional de Transparencia en los formatos de publicación que establezcan los Lineamientos Técnicos para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Cuarto en relación con el artículo 90 párrafo cuarto de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

En ese sentido, en lo que respecta a la información a publicarse, como lo es las "Recomendaciones emitidas en materia de derechos humanos", pongo a su consideración la clasificación de los datos personales considerados como confidenciales que se encuentran en las recomendaciones emitidas por esta Comisión durante el segundo semestre del ejercicio 2021, por contener información concerniente a personas físicas identificadas o identificables tal como lo establece el artículo 4 fracción XI de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sinaloa.

Por lo anterior, enuncio el listado de recomendaciones sometidas ante el Comité de Transparencia y los datos a testar.

No. de Recomendación	Datos a testar
17/2021	-Nombre del quejoso/víctima -Nombre de autoridades responsables -Nombres de servidores públicos -Cuenta de Facebook -Página de Facebook -Matrícula automovilística
18/2021	-Nombre del quejoso/víctima
19/2021	-Nombre de los quejosos/víctimas -Nombre de los quejosos -Nombres de servidores públicos -Nombre de testigos -Nombre de autoridades responsables -Número de averiguación previa -Número de expediente administrativo -Domicilio de la detención
20/2021	-Nombre de las quejas -Nombre de quejas/víctimas -Nombre de las víctimas -Nombre de autoridades responsables -Número de averiguación previa -Edad de las víctimas

Atentamente


 Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza
 Visitador General y Presidente
 del Comité de Transparencia



LISTADO DE DATOS TESTADOS

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 149, 160, 165 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, así como el artículo 4 fracción XI de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sinaloa, en la segunda sesión del Comité de Transparencia con fecha 18 de enero de 2022, se testaron los siguientes datos por clasificarse como confidenciales:

 COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS SINALOA	Área responsable	Visitaduría General
	Datos testados	<ul style="list-style-type: none">-Nombre de las quejas-Nombre de quejas/víctimas-Nombre de las víctimas-Nombre de autoridades responsables-Número de averiguación previa-Edad de las víctimas

Se acompaña a este documento la resolución de confidencialidad emitida por el Comité de Transparencia de esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa.



COMISIÓN ESTATAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
SINALOA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA

Acta de la segunda sesión extraordinaria del Comité de Transparencia

En la ciudad de Culiacán, Rosales, Sinaloa, siendo las doce horas del día dieciocho de enero de dos mil veintidós, constituidos previa convocatoria los integrantes del Comité de Transparencia de la citada Comisión, Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza, Visitador General; Mtro. Miguel Ángel López Núñez, Secretario Técnico y Lic. Daniela Verdugo Mejía, Directora de Administración, con carácter de Presidente y Vocales respectivamente, en la sala de juntas de este organismo público, ubicada en calle Ruperto L. Paliza 566 Sur en la colonia Miguel Alemán, en esta ciudad, con la finalidad de analizar la propuesta contenida en el oficio número CEDH/VG-CT/01/2022 de fecha 18 de enero de 2022 suscrito por el Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza, Visitador General de esta CEDH, por medio de la cual pone a consideración la clasificación de los datos personales considerados como confidenciales que se encuentran en las Recomendaciones emitidas por esta Comisión durante el segundo semestre del ejercicio 2021, lo anterior con fundamento en lo dispuesto por los artículos 66 fracción II y 141 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa.

I. PASE LISTA DE ASISTENCIA

El Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza, Visitador General, en su carácter de Presidente de este Comité de Transparencia, cede el uso de la voz al Mtro. Miguel Ángel López Núñez, Secretario Técnico de esta CEDH, para tomar lista de asistencia, quien hace constar que se encuentran presentes todos los integrantes de este Comité.

II. DECLARATORIA DE QUÓRUM LEGAL E INSTALACIÓN DE LA SESIÓN

En desahogo del segundo punto del orden del día, el Mtro. Miguel Ángel López Núñez, declara que en virtud de que nos encontramos presentes los integrantes del Comité, existe quórum legal para sesionar, por lo que el presidente de este Comité declara instalada la sesión.

III. ASUNTOS A TRATAR Y EN SU CASO, APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

En este numeral se somete a consideración de los integrantes de este Comité los puntos a tratar en esta sesión:

Pase de lista.

Declaratoria de quórum legal e instalación de la sesión.

Resolución correspondiente a la propuesta contenida en el oficio número CEDH/VG-CT/01/2022 de fecha 18 de enero de 2022, suscrito por el Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza, Visitador General de esta CEDH, por medio de la cual solicita la clasificación de los datos personales considerados como confidenciales, que se encuentran en las recomendaciones emitidas por esta CEDH durante el segundo semestre de 2021.

Por UNANIMIDAD se aprueba el orden del día de esta segunda sesión extraordinaria del Comité de Transparencia de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa.

IV. RESOLUCIÓN RELATIVA A LA DECLARACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES CONSIDERADOS COMO CONFIDENCIALES, EMITIDA EN EL EXPEDIENTE NÚMERO CEDH/CT/02/2022.

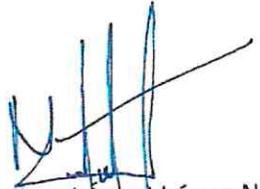
Una vez expuesta la propuesta de resolución del Comité, el Mtro. Miguel Ángel López Núñez recoge los votos y da cuenta de que por UNANIMIDAD se resuelve confirmar la clasificación de los datos personales por considerarse confidenciales, que se encuentran en las recomendaciones emitidas por esta CEDH durante el segundo semestre de 2021.

CLAUSURA DE LA SESIÓN.

Agotados todos los puntos previstos en el orden del día, el Presidente del Comité clausura la sesión, siendo las 12:30 horas del día 18 de enero de 2022.



Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza
Visitador General y Presidente
del Comité de Transparencia



Mtro. Miguel Ángel López Núñez
Secretario Técnico y Vocal
del Comité de Transparencia



Lic. Daniela Verdugo Mejía
Directora de Administración y
Vocal del Comité de Transparencia





COMISIÓN ESTATAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
SINALOA

EXPEDIENTE NÚMERO: CEDH/CT/02/2022

COMITÉ DE TRANSPARENCIA

Culiacán Rosales, Sinaloa, a dieciocho de enero de dos mil veintidós.

Analizado el expediente citado al rubro, formado con motivo de la petición formulada por el Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza, Visitador General de esta CEDH, por medio de la cual solicita la clasificación de los datos personales considerados como confidenciales que se encuentran en las recomendaciones emitidas por esta Comisión durante el segundo semestre del ejercicio 2021, este Comité de Transparencia integrado de acuerdo a lo previsto por el artículo 61 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, por el Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza, Visitador General y Presidente de este Comité de Transparencia; Mtro. Miguel Ángel López Núñez, Secretario Técnico de esta CEDH; y Lic. Daniela Verdugo Mejía, Directora Administrativa y Vocales de este Comité, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 66 fracción II de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, emite la presente resolución:

I. ANTECEDENTES Y TRÁMITE

1. La petición de referencia fue presentada por el Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza, Visitador General de esta CEDH, por medio de la cual solicita la clasificación de los datos personales considerados como confidenciales que se encuentran en las recomendaciones emitidas por esta Comisión durante el segundo semestre del ejercicio 2021.
2. Recibido el oficio antes citado, este Comité de Transparencia lo integró al expediente en el que se actúa, a efecto de contar con los elementos necesarios para el pronunciamiento de la presente resolución.

II. COMPETENCIA

Este Comité de Transparencia es competente para conocer y resolver el presente procedimiento de acceso a la información, de conformidad por los artículos 6° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 61, 66 fracción II y 141 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa.

III. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

PRIMERO. El Visitador General sustenta su petición a través de las siguientes consideraciones y fundamentos:

“(…)

Conforme lo establecen los artículos 22 fracción XI de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, los sujetos obligados deberán publicar y mantener actualizada la información relativa a las obligaciones de transparencia.

Aunado a lo anterior, los artículos 86 y 87 de la Ley mencionada con antelación, indican que es obligación de los sujetos obligados poner a disposición de las personas la información relativa al Título Cuarto de la Ley Local, en los portales oficiales de internet, así como en la Plataforma Nacional de Transparencia en los formatos de publicación que establezcan los Lineamientos Técnicos para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Cuarto en relación con el artículo 90 párrafo cuarto de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.

En ese sentido, en lo que respecta a la información a publicarse, como lo es las “Recomendaciones emitidas en materia de derechos humanos”, pongo a su consideración la clasificación de los datos personales considerados como confidenciales que se encuentran en las recomendaciones emitidas por esta Comisión durante el segundo semestre del ejercicio 2021, por contener información concerniente a personas físicas identificadas o identificables tal como lo establece el artículo 4 fracción XI de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sinaloa.

Por lo anterior, enuncio el listado de recomendaciones sometidas ante el Comité de Transparencia y los datos a testar.

No. de Recomendación	Datos a testar
17/2021	-Nombre del quejoso/víctima -Nombre de autoridades responsables -Nombres de servidores públicos -Cuenta de Facebook -Página de Facebook -Matrícula automovilística
18/2021	-Nombre del quejoso/víctima
19/2021	-Nombre de los quejosos/víctimas -Nombre de los quejosos -Nombres de servidores públicos -Nombre de testigos

	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre de autoridades responsables -Número de averiguación previa -Número de expediente administrativo -Domicilio de la detención
20/2021	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre de las quejas -Nombre de quejas/víctimas -Nombre de las víctimas -Nombre de autoridades responsables -Número de averiguación previa -Edad de las víctimas

En las relatadas consideraciones, solicito al Comité de Transparencia confirme la clasificación confidencial de los datos contenidos en las recomendaciones enunciadas, de acuerdo a lo previsto por la fracción II del artículo 66 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa.

SEGUNDO. Los artículos 86 y 87 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa establece respectivamente, que es obligación de los sujetos obligados poner a disposición de las personas la información a que se refiere el Título Cuarto de la citada ley, en los portales oficiales en internet correspondientes y a través de la Plataforma Nacional de Transparencia en los formatos de publicación que para tal efecto establezcan los lineamientos técnicos que emita el Sistema Nacional para asegurar que ésta sea veraz, confiable, oportuna, congruente, integral, actualizada, accesible, comprensible y verificable; y que la información correspondiente a las obligaciones de transparencia deberá actualizarse por lo menos cada tres meses, salvo que en la Ley o en otra disposición normativa se establezca un plazo diverso y deberá permanecer disponible y accesible, atendiendo a las cualidades de la misma, de conformidad con los criterios que para tal efecto emita el Sistema Nacional.

Por su parte, el artículo 99 fracción II inciso A de la misma Ley señala que los sujetos obligados pondrán a disposición del público y actualizarán en forma permanente la información en los respectivos medios electrónicos, en este caso, la relativa a las Recomendaciones emitidas en materia de derechos humanos.

En tanto que el artículo 165 establece que se considera información confidencial la que contiene datos personales concernientes a una persona física, identificada o identificable. Asimismo, el artículo 4 fracción XI de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sinaloa, dispone que se considera que una persona es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información, ya sea numérica, alfabética, gráfica, acústica o de cualquier otro tipo.

En el mismo sentido, el arábigo y fracción citados en última instancia, establece de manera enunciativa más no limitativa, que una persona es identificada o identificable en cuanto a sus características físicas y los siguientes datos generales: nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, nacionalidad, número telefónico particular, correo electrónico no oficial, huella dactilar, ADN, número de seguridad social o análogo y Registro Federal de Contribuyente.

Y finalmente, el artículo 155 fracción III de la Ley de Transparencia estatal dispone que la clasificación de la información se llevará a cabo en el momento en que se generen versiones públicas para dar cumplimiento a las obligaciones de transparencia previstas en la ley.

TERCERO. A partir de lo antes expuesto, y tomando en cuenta que al Visitador General le corresponde publicar y actualizar la información que refiere el artículo 99 fracción II inciso A de la LTAIPES, y que en los documentos a registrar (Recomendaciones) en los formatos de carga correspondientes al segundo semestre del ejercicio 2021, se encuentran datos personales, resulta procedente CONFIRMAR la declaración de clasificación de los documentos en cuestión.

Al momento de elaborar las versiones públicas de las Recomendaciones mencionadas en el oficio número CEDH/VG-CT/01/2022 y de la presente resolución, el Visitador General deberá testar sólo aquellos datos personales que en ellos se consignen, en apego a lo previsto en el artículo 160, 165 de la Ley de Transparencia estatal, en relación con el artículo 4 fracción XI de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y de esta manera dar cumplimiento a lo dispuesto en el Acuerdo (AP-CEAIP 04/2021) por el que se modifican los Lineamientos Técnicos para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Cuarto en relación con el artículo 90 párrafo cuarto de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como los criterios y formatos contenidos en los anexos de los propios lineamientos, en lo que corresponde al artículo 99 fracción II inciso A de la citada ley y las disposiciones contenidas en los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas.

Lo anterior, con fundamento en los artículos 66 fracción II, 141 y 155 fracción III de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa.

IV. RESOLUCIÓN

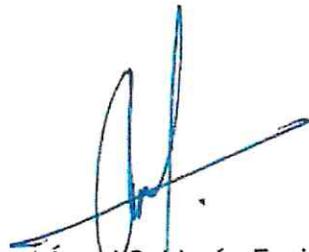
Por lo expuesto y fundado, se resuelve:

ÚNICO. Se CONFIRMA por unanimidad la clasificación de los datos considerados como confidenciales que se encuentran en las Recomendaciones enunciadas, según lo precisado en los puntos de Consideraciones y Fundamentos de esta resolución, autorizando la elaboración de su versión pública, y dar cumplimiento a la obligación de transparencia prevista en el artículo 99 fracción II inciso A de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa.

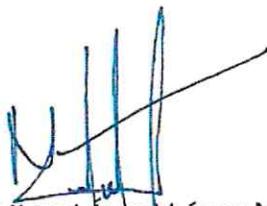
NOTIFÍQUESE al Visitador General de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa para el efecto conducente.

Así lo resolvió el Comité de Transparencia de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, en segunda sesión extraordinaria de fecha 18 de enero de 2022,

por unanimidad de votos de sus Vocales, los cuales son enunciados al rubro, haciendo constar que a la fecha de la presente resolución no existe nombramiento de Titular de Datos Personales.



Mtro. Miguel Ángel Calderón Espinoza
Visitador General y Presidente
del Comité de Transparencia



Mtro. Miguel Ángel López Núñez
Secretario Técnico y Vocal
del Comité de Transparencia



Lic. Daniela Verdugo Mejía
Directora de Administración y
Vocal del Comité de Transparencia



Expedientes No.: CEDH/VIIIBIS/VZN/AHO/002/16
CEDH/I/VZN/AHO/038/16
CEDH/I/VZN/AHO/040/16
CEDH/I/VZN/AHO/006/17
CEDH/II/VZN/AHO/046/17

Quejosos/Víctimas: Q1, Q2, QV3, Q4 y QV5
Víctimas: V1, V2, V4
Resolución: Recomendación
No. 20/2021

Autoridad
Destinataria: Secretaría de Salud del Estado
de Sinaloa y/o Director General de
los Servicios de Salud de Sinaloa.

Culiacán Rosales, Sinaloa, a 17 de diciembre de 2021

M.C. Héctor Melesio Cuén Ojeda
Secretario de Salud del Estado de Sinaloa y/o
Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, con fundamento en 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°, 2°, 3°, 7°, 16, 27, 28 y demás relativos de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa, ha analizado el contenido de los expedientes CEDH/VIIIBIS/VZN/AHO/002/16, CEDH/I/VZN/AHO/038/16, CEDH/I/VZN/AHO/040/16, CEDH/I/VZN/AHO/006/17 y CEDH/II/VZN/AHO/046/17, relacionados con las quejas en donde figuran como víctimas de violación a derechos humanos V1, V2, QV3, V4 y QV5.

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 de que ésta dicte las medidas de protección correspondientes.

I. Hechos

3. El 12 de enero, 9 y 15 de agosto de 2016, así como 1 de febrero y 14 de agosto de 2017, esta Comisión Estatal recibió escritos de queja suscritos por Q1, Q2, QV3, Q4 y QV5, respectivamente, iniciándose los expedientes de queja

CEDH/VIIIBIS/VZN/AHO/002/16,
CEDH/I/VZN/AHO/040/16,
CEDH/II/VZN/AHO/046/17.

CEDH/I/VZN/AHO/038/16,
CEDH/I/VZN/AHO/006/17 y

4. En tales escritos, Q1, Q2, QV3, Q4 y QV5, hicieron del conocimiento de este Organismo Estatal presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en perjuicio de V1, V2, QV3, V4 y QV5, por actos atribuidos a servidores públicos adscritos al Hospital General de Los Mochis, describiéndose los hechos de cada caso:

Expediente CEDH/VIIIBIS/VZN/AHO/002/16

5. Que el día 10 de enero de 2016, Q1, madre de V1, quien contaba en ese momento con ** años de edad, la llevó al Hospital Integral de Choix para atención médica, ya que se sentía mal debido a que contaba con nueve meses de embarazo y al atenderla le manifestaron que debían remitirla a Los Mochis, porque ahí no había más que un médico de guardia, decidiendo dirigirse a dicho Hospital General.

6. Que durante el trayecto Choix-Los Mochis, llegaron al Hospital Integral de El Fuerte, donde revisaron a V1 y le dijeron que todavía le faltaba para tener a su bebé, siguiendo su camino hasta llegar al Hospital General de Los Mochis, ingresando aproximadamente a las 19:00 horas, donde tuvieron que hacer fila para que la atendieran, sintiendo ya en esos momentos dolores fuertes de parto, y después de transcurrir tres horas fue atendida por AR1, quien después de realizarle un ultrasonido le informó que su bebé estaba bien y que su corazón estaba latiendo normal, por lo que procedió a realizarle el tacto y después otro ultrasonido, para posteriormente informarle que el corazón del bebé latía muy bajo y de nuevo le hizo otro ultrasonido, fue entonces que le manifestaron que su bebé ya estaba muerto desde hacía horas.

Expediente CEDH/I/VZN/AHO/038/16

7. Con fecha 7 agosto de 2016, Q2, madre de V2, quien en ese momento contaba con ** años de edad, señaló que llevó a su hija al Hospital General de Los Mochis, aproximadamente a las 11:00 horas, ya que empezó con labor de parto, por lo que una vez que la valoraron les manifestaron que sólo traía 3 centímetros de dilatación y por lo tanto tenía que regresar alrededor de las 19:00 horas. Al regresar, V2 traía mucho dolor de cintura y entumecimiento en las piernas, teniéndola en espera para su atención hasta las 21:00 horas, y al revisarla le dijeron que tenía lo mismo de dilatación y que regresara hasta el día siguiente, pero como son de Coahuila de Zaragoza, Ahome, decidieron quedarse en Los Mochis, por lo que alrededor de las 11:00 horas del día siguiente, V2 comenzó nuevamente con dolor en el vientre, llevándola al hospital, donde nuevamente le manifestaron lo mismo.

8. Derivado de lo anterior, pidieron apoyo a la doctora adscrita a la Coordinación Indígena de Ahome, quien habló con uno de los residentes del hospital y le pidió atención para V2, y fue así como la revisó el médico adscrito, quien le hizo un ultrasonido, diciéndoles que tenían que regresar por la tarde para ver que avances había tenido en su dilatación.

9. Cuando regresaron, su hija ya empezaba con malestares propios de trabajo de parto, atendiéndola una residente, quien lo hizo de manera prepotente y de mala gana, por lo que la doctora adscrita a la Coordinación Indígena de Ahome, nuevamente intervino, pidiéndole respeto y atención, pero ella sólo daba órdenes a los demás con el teléfono celular en la mano, ingresándola para su atención y después de eso ya no se le informó nada de su estado de salud.

10. Fue hasta la 1:00 horas del día siguiente, que una enfermera le avisa que su hija estaba en crisis, la cual se quería salir del hospital e intentaba bajarse de la cama, por lo que la llevaron hasta donde se encontraba y logró tranquilizarla; después de eso ya no la volvió a ver, transcurriendo más de doce horas sin que le dieran razón de su hija, lo cual considera injusto e inhumano ya que tiene derecho a ser informada del estado de salud del paciente.

11. Alrededor de las 13:30 horas del día 9 de agosto de 2016, V2 volvió a entrar en crisis ya que de nuevo se quería ir del hospital, por lo que nuevamente llevaron a Q2 hasta donde estaba y la tranquilizó, y fue hasta las 15:00 horas que le avisaron que ya había tenido una niña su hija.

Expediente CEDH/I/VZN/AHO/040/16

12. QV3 señaló que fue hospitalizada en el Hospital General de Los Mochis cuando contaba con 30 semanas de embarazo por la amenaza de parto prematuro, donde le realizaron estudios de sangre y orina el día de su hospitalización, indicándole que presentaba un centímetro de dilatación por lo que fue internada y posteriormente dada de alta.

13. Sin embargo, continuó con dolor y con 4 centímetros de dilatación cada vez que iba a checarse, donde le comentaban que aún no era tiempo, y en una de las ocasiones era tan fuerte su dolor que le tuvieron que aplicar dos ampollitas de keterolaco, para regresarla a su casa a descansar, pero al día siguiente su dolor continuaba, por lo que regresó al hospital y la revisó un doctor, reiterándole que tenía 4 centímetros de dilatación que regresara en tres horas más.

14. A las 15:00 horas regresó con un dolor intenso, pasándola nuevamente a valoración, realizándole un ultrasonido, primero una pasante que no encontró el latido del corazón de su bebé y después de dos ultrasonidos más, le dijeron que su bebé ya no tenía vida, por lo que la pasaron a la sala de partos, donde tuvo a su

bebé sin vida y cuando sacaron su placenta le dijeron que no tenía el desarrollo necesario para que éste viviera.

Expediente CEDH/I/VZN/AHO/006/17

15. Q4 señaló que el día 30 de enero de 2017, su hija V4 llegó al Hospital General de Los Mochis debido a que ya tenía los 9 meses de embarazo, los cuales había cumplido desde el 20 de enero de ese mismo año (misma que padece cefalea craneal, por causa de su primer parto) y al llegar a urgencias, regresaron a su hija diciendo que aún no era tiempo, por lo que se fueron a su casa caminando.

16. Al día siguiente comenzó a tener dolores de parto nuevamente y estando fuera del hospital parió, ya que no la quisieron apoyar con una camilla para ayudar a entrar, siendo otras personas (quienes se encontraban afuera) quienes las ayudaron sacando una camilla del hospital, siendo después de que V4 había tenido a su bebé que salió personal del hospital a auxiliarla.

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/046/17

17. Que el día 17 de julio de 2017, QV5 acudió al Hospital General de Los Mochis con labor de parto, atendiéndola en el área de obstetricia, realizándole un ultrasonido para revisar el estado de sus gemelos, pasándola a quirófano para practicarle una cesárea, y al nacer uno de sus bebés no se lo enseñaron diciéndole que había nacido mal y que no había llorado al momento de nacer, sin dar más explicación de a dónde se lo habían llevado y sin dejar que lo viera, sólo le decían que estaba estable y bien.

18. Después de dos días de estar en la sala de recuperación seguía preguntando por su bebé y el personal a cargo sólo le decía que estaba bien, por lo que el día 19 de julio cuando la subieron a piso, su esposo le comunicó que los doctores le informaron que su bebé estaba muy mal y que probablemente no resistiría, y en la madrugada del día 20 siguiente le informaron que había fallecido, y al cuestionar sobre el porqué, le manifestaron que su bebé traía un problema en los pulmones, cuando otro médico le dijo que el bebé traía estrés, siendo así que en ningún momento le aclararon la causa real del fallecimiento de su hijo.

II. Evidencias

19. A continuación se procede a enumerar las actuaciones practicadas por parte de este Organismo Estatal, en cada uno de los casos antes descritos:

Expediente CEDH/VIIIIBIS/VZN/AHO/002/16.

20. Escrito de queja de fecha 12 de enero de 2016, suscrito por Q1, en el cual denunció presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en perjuicio de V1,

por parte de servidores públicos adscritos al Hospital General de Los Mochis, asignándosele el número de expediente CEDH/VIIIIBIS/VZN/AHO/002/16, donde obran las siguientes diligencias.

21. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000064, de fecha 14 de enero de 2016, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, solicitando informe de ley en relación con los actos motivo de la queja.

22. Oficio número 0000007, de fecha 25 de enero de 2016, signado por el Director General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, a través del cual rindió informe de ley solicitado, en el que señaló lo siguiente:

22.1. Que V1 fue atendida el día 10 de enero de 2016, a las 20:00 horas, con un diagnóstico de ingreso de un embarazo de 37 semanas de gestación con óbito fetal, llegando al hospital por sus propios medios, acompañada por familiares, siendo atendida por AR1.

22.2. Que debido a su ingreso, se le tomaron los signos vitales, se llevó a toco cirugía por presentar óbito fetal y trabajo de parto en fase latente y se canalizó con soluciones para vena permeable, se tomaron muestras para exámenes de laboratorio y se inició conducción del trabajo de parto.

22.3. Se atendió parto vaginal en sala de expulsión, obteniendo producto único del sexo femenino que no lloraba, ni respiraba al nacer a las 19:55 horas del día 11 de enero de 2016, con datos clínicos de que ya tenía varios días de muerto en útero, con maceración de piel y moderadamente fétido. Se realizó el alumbramiento de placenta y membranas en sala de expulsión sin complicaciones.

22.4. El personal de trabajo social, de acuerdo al proceso de hospitalización y egreso de toda paciente en el servicio de ginecología, atendió directamente a la paciente y familiares orientándolas sobre los trámites administrativos y haciendo entrega del cuerpo del recién nacido a los mismos, lo cual constan en el expediente clínico; egresando V1 el día 12 de enero de 2016, a las 10:24 horas.

22.5. Que V1, quien llegó a esa unidad por sus propios medios y con un trabajo de parto en fase latente, se consideró una urgencia no sentida y de acuerdo a sus registros, la paciente fue registrada en trabajo social a las 19:19 horas del 10 de enero de 2016 y su atención fue dada 41 minutos después de registrarse, a las 20:00 horas, y antes de ella fueron revisadas cuatro pacientes y tomando en cuenta que el promedio de tiempo que utilizamos en revisar a una paciente es de 15 minutos, lo que considera que fue revisada en tiempo y forma. Además el producto presentaba datos de muerte in útero, reportando en el expediente que mostraba piel macerada.

23. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000429, de fecha 25 de agosto de 2016, dirigido al Director del Hospital Integral de Choix solicitando informe respecto a los hechos motivo de la queja.

24. Oficio número 0301/2016, de fecha 29 de agosto de 2016, signado por el Director del Hospital Integral de Choix, a través del cual rindió informe manifestando lo siguiente:

24.1. Que V1 fue atendida el 10 de enero de 2016, a las 13:35 horas, diagnosticándose un embarazo de 38 semanas de gestación más pródromos de trabajo de parto, la cual acudió a ese hospital por presentar dolores de trabajo de parto.

24.2. Que el médico que atendió a V1 fue AR8.

24.3. Que a su ingreso se le tomaron los signos vitales, así como la frecuencia cardiaca fetal y referencia a otra unidad médica.

24.4. Que ese Hospital Integral contaba con el equipo necesario para atender el alumbramiento de las mujeres que acuden a recibir atención médica, más no cuenta con el personal médico suficiente.

25. Dictamen médico legal, suscrito por el médico legista colaborador de este Organismo Estatal.

Expediente CEDH/I/VZN/AHO/038/16.

26. Escrito de queja de fecha 9 de agosto de 2016, suscrito por Q2 en el cual denunció presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en perjuicio de V2, por parte de servidores públicos adscritos al Hospital General de Los Mochis.

27. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000400, de fecha 9 de agosto de 2016, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, solicitando medidas precautorias, así como también rindiera informe de ley en relación con los actos motivo de la queja.

28. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000419, de fecha 17 de agosto de 2016, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, en el cual se requirió informe de ley en relación con los actos motivo de la queja.

29. Oficio número 0000220, de fecha 17 de agosto de 2016, signado por el Director General de Los Mochis, a través del cual rindió informe de ley solicitado, en el que señaló lo siguiente:

29.1. Que V2 ingresó el día 8 de agosto de 2016, a las 16:32 horas, la cual fue atendida por AR3, con un diagnóstico de trabajo de parto, con un útero gestante a expensas de producto único vivo en presentación cefálica, situación longitudinal con frecuencia cardiaca fetal normal de 140 latidos por minutos, al tacto vaginal cérvix 70% borramiento y 5 centímetros de dilatación, por lo que al no haber datos de compromiso materno-fetal se ingresa para vigilancia y atención del parto.

29.2. Que atendió el parto AR4, sin complicaciones a las 13:25 horas del día 9 de agosto de 2016, obteniendo producto único vivo del sexo femenino, egresando a la madre a piso en buenas condiciones generales posterior a mantenerla en observación para su satisfactoria recuperación y fue dada de alta el día 10 de agosto de 2016, a las 11:06 horas, en buenas condiciones clínicas con indicaciones precisas.

29.3. Que el Departamento de Trabajo Social o asistente médica son las encargadas de dar la información de todos los nacimientos en el hospital de acuerdo al manual de procedimientos técnicos-administrativos; por tanto, la información fue proporcionada por dicho Departamento, el día 8 de agosto de 2016 durante el transcurso del turno vespertino.

29.4. Que la paciente fue valorada por psicólogos del Programa de Violencia Intrafamiliar con el que cuenta dicho hospital y las acciones que llevaron a cabo se encontraban asentadas en su expediente.

30. Dictamen médico legal, suscrito por el médico legista colaborador de este Organismo Estatal.

Expediente CEDH/I/VZN/AHO/040/16

31. Escrito de queja de fecha 15 de agosto de 2016, suscrito por QV3, en el cual denunció presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en su perjuicio, por parte de servidores públicos adscritos al Hospital General de Los Mochis.

32. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000418, de fecha 17 de agosto de 2016, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, solicitando rindiera informe de ley en relación con los actos motivo de la queja.

33. Oficio número 0000221, de fecha 22 de agosto de 2016, signado por el Director General de Los Mochis, a través del cual rindió informe de ley solicitado, en el que señaló lo siguiente:

33.1. Que QV3 ingresó el día 11 de agosto de 2016, a las 16:17 horas, la cual fue atendida por AR3, con un diagnóstico de trabajo de parto en fase activa, solicitando exámenes de rutina en el servicio de acuerdo al Manual

de Procedimientos técnicos-médicos establecidos, dándole analgesia obstétrica.

33.2. Que el personal de trabajo social de acuerdo al proceso de hospitalización y egreso de toda paciente en el servicio de ginecología atiende directamente a la paciente y familiares orientándolos sobre los trámites administrativos de su ingreso/egreso y en el presente caso se realizaron los trámites para entrega del cuerpo del recién nacido.

33.3. Que la expulsión del producto fue a las 19:33 horas del día 11 de agosto de 2016 con diagnóstico de óbito fetal con placenta hipoplasica; se dictaminó la muerte con esa misma fecha y hora, por interrupción de la circulación materno-fetal.

33.4. Que la frecuencia de muerte fetal varía, siendo estimada en 1% y el 98% de los casos ocurren en países de bajo y mediano nivel socioeconómico y hasta en un 25-50% de los casos no se identifica la etiología de la muerte, por lo que se debe informar a los padres que no hay una causa específica en casi la mitad de las muertes fetales.

33.5. Que la muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar, tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina y a veces es difícil saber en qué embarazo ocurrirá.

34. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000427, de fecha 23 de agosto de 2016, dirigido al Agente del Ministerio Público del Fuero Común, de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal, Especializada en Delitos de Tramitación Común, de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, a través del cual se solicitó informe en colaboración respecto a los hechos motivo de queja.

35. Oficio número 4812/2016, de fecha 26 de agosto de 2016, suscrito por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común, de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal, Especializada en Delitos de Tramitación Común de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, en el cual rindió informe correspondiente, señalando lo siguiente:

35.1. Que esa Unidad registró la Carpeta de Investigación 1, en relación a los hechos en los cuales naciera sin vida el neonato del sexo femenino en el Hospital General de Los Mochis, con fecha 11 de agosto de 2016, cuya madre era QV3.

35.2. Que dentro de dicha carpeta de investigación se habían realizado diligencias necesarias para esclarecer los hechos, entre ellas la solicitud

pericial de autopsia al Jefe del Departamento de Servicios Periciales Zona Norte, para determinar la causa de muerte de la neonata, y la solicitud del expediente clínico, así como otros estudios periciales.

36. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000434, de fecha 29 de agosto de 2016, dirigido al Director de Investigación Criminalística y Servicios Periciales, a través del cual se solicitó informe en colaboración sobre los hechos puestos en conocimiento.

37. Oficio número 1593-D-J/2016, de fecha 5 de septiembre de 2016, signado por el Director de Investigación Criminalística y Servicios Periciales, en el que informó que el dictamen de histopatología de las muestras biológicas del neonato de sexo femenino, el cual fue solicitado por el Ministerio Público de lo Penal Especializada en Delitos de Tramitación Común, Región Norte del Estado, relativo a la Carpeta de Investigación 1, fue elaborado con fecha 5 de septiembre de 2016.

38. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000559, de fecha 14 de noviembre de 2016, dirigido al Agente del Ministerio Público del Fuero Común de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializada en Delitos de Tramitación Común en de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, mediante el cual se solicitó ampliación de informe sobre los hechos puestos en conocimiento.

39. Oficio número 6425/2016, de fecha 16 de noviembre de 2016, signado por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializada en Delitos de Tramitación Común en Los Mochis, Ahome, Sinaloa, en el cual informó lo siguiente:

39.1. Que esa Unidad del Ministerio Público le estaba dando el seguimiento correspondiente a los hechos en los cuales naciera sin vida el neonato del sexo femenino en el Hospital General de Los Mochis, con fecha 11 de agosto de 2016, por el delito de muerte por otros, en contra de quien o quienes resulten responsables, la cual en esa fecha se encontraba en trámite.

39.2. En la cual se estaban llevando a cabo cuanta diligencia había resultado necesaria para el esclarecimiento de los hechos; asimismo, señaló la conclusión y causa de muerte del estudio histopatología, practicado al neonato del sexo femenino.

40. Dictamen médico legal, suscrito por el médico legista colaborador de este Organismo Estatal.

Expediente CEDH/I/VZN/AHO/006/17.

41. Escrito de queja de fecha 1 de febrero de 2017, suscrito por Q4, en el cual denunció presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en perjuicio de V4, por parte de servidores públicos adscritos al Hospital General de Los Mochis.

42. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000031, de fecha 2 de febrero de 2017, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, solicitando medidas precautorias, así como también rindiera informe de ley en relación con los actos motivo de la queja.

43. Oficio número 000040, de fecha 7 de febrero de 2017, signado por el Director General de Los Mochis, a través del cual rindió informe de ley solicitado, en el que señaló lo siguiente:

43.1. Que V4 ingresó el día 31 de enero de 2017, a las 22:42 horas, la cual fue atendida por AR4, quien se encontraba como responsable del Área de Ginecología, presentando trabajo de parto con un periodo expulsivo y no hubo tiempo de pasar a sala de toco cirugía para atender su parto ya que lo expulsó en las afueras del hospital.

43.2. Cumpliendo con lo establecido a la NOM-007 de la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y GPC IMSS-052-08 Vigilancia y Manejo del Parto, la paciente y el recién nacido, ingresándola al área de toco cirugía para su revisión, realizando las acciones encaminadas a prevenir complicaciones en binomio, como lo son revisión de canal de parto de la madre y somatometría y exploración del recién nacido.

43.3. Que al ingreso se encontró consciente, tranquila, cooperadora, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando sin alteraciones, vagina con presencia de cordón umbilical, por lo que se pasó a la sala para alumbramiento y revisión de canal vaginal.

43.4. Que el Departamento de Trabajo Social o asistente médica son las encargadas a dar la información de todos los nacimientos en el hospital de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos-administrativos, por lo que la información fue proporcionada por dicho Departamento el día 31 de enero de 2017, durante el transcurso del turno nocturno.

43.5. Que V4 fue egresada el día 1 de febrero de 2017, a las 10:30 horas, por mejoría clínica.

43.6. Que la paciente fue atendida con oportunidad como está establecido en la Guía Práctica Clínica de la Vigilancia y Manejo de Parto solo que se presentó una situación no predecible como es el trabajo de parto precipitado y la única solución para evitarlo sería que toda embarazada en la fase latente del trabajo de parto (menos de 3 centímetros de dilatación) sin patología agregada fuera hospitalizada, situación que ocasionaría una sobre demanda de atención en el área de toco-cirugía que de por sí ya estamos rebasados apegándonos a lo establecido.

44. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000054, de fecha 30 de enero de 2018, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, en el cual se solicitó ampliación del informe solicitado.

45. Oficio número 0000103, de fecha 14 de febrero de 2018, signado por el Director del Hospital de Los Mochis, a través del cual informó lo siguiente:

45.1 Que V4 acudió el día 31 de enero de 2017, a las 00:40 horas al servicio de valoración, donde no se hace nota en el expediente clínico, se anota en una libreta de valoración, no encontrando en dicho expediente la valoración de CAPURRO.

45.2. Que de acuerdo a la revisión del expediente, donde se plasma que V4 fue valorada un día antes 31 de enero de 2017 en ese hospital y cursaba con embarazo de término sin trabajo de parto y que no había indicación en el momento de la revisión para hospitalizarse, ya que cursaba sin patología materna o fetal agregada y no tenía modificaciones cervicales, por lo que se dieron recomendaciones de acudir a regularizar trabajo de parto e indicaciones de alarma obstétrica como lo establece GPC IMSS-052-08 Vigilancia y Manejo del Parto.

45.3. Que existió distocia por anomalías de las fuerzas expulsivas, como el trabajo de parto precipitado que se presenta en un 2 a 3% de los embarazos a término y el único factor de riesgo que predispone a que se presente es que sea multigesta, tal situación hace que por causas no bien determinadas la paciente presenta actividad uterina exagerada, bien coordinada y con una duración del trabajo de parto, desde su inicio hasta la expulsión del feto, en menos de 3 horas.

45.4. Que a V4 se le atendió con oportunidad como está establecido en la Guía de Práctica Clínica de la Vigilancia y Manejo de Parto, sólo que se presentó una situación no predecible como es el trabajo de parto precipitado y la única solución para evitarlo sería que toda embarazada en la fase latente del trabajo de parto (menos de 3 centímetros de dilatación) sin patología agregada fuera hospitalizada, situación que ocasionaría una sobre demanda de atención en el área de toco-cirugía que de por sí ya estamos rebasados apegándonos a lo establecido.

46. Dictamen médico legal, suscrito por el médico legista colaborador de este Organismo Estatal.

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/046/17.

47. Escrito de queja de fecha 14 de agosto de 2017, suscrito por QV5, en el cual denunció presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en su perjuicio, por parte de servidores públicos adscritos al Hospital General de Los Mochis.

48. Oficio número CEDH/VZN/AHO/0000298, de fecha 14 de agosto de 2017, dirigido a QV5, en el cual se notificó el registro del expediente de queja.

49. Oficio número CEDH/VZN/000302, de fecha 15 de agosto de 2017, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, solicitando informe de ley respecto a los hechos puestos en conocimiento en el escrito de queja.

50. Oficio número 0000247, de fecha 28 de agosto de 2017, signado por el Director del Hospital General de Los Mochis, a través del cual rinde contestación al informe solicitado, señalando lo siguiente:

50.1. Que QV5 ingresó el día 17 de julio de 2017, a las 12:27 horas a ese Hospital, con el diagnóstico de embarazo gemelar de 35 semanas de gestación más trabajo de parto en fase activa más hipertensión asociada al embarazo a clasificar, siendo atendida por AR5, decidiendo interrumpir el embarazo por presentar hipertensión arterial, como lo marca la guía de práctica clínica SS_020_08_GRR.

50.2. Que el Departamento de Trabajo Social o asistente médica son las encargadas de dar información de todos los nacimientos y realizar la información en el Hospital de acuerdo al Manual de Procedimientos Técnicos-Administrativos.

50.3. La extracción fue por cesárea de los productos el día 17 de julio de 2017 con Gemelo 1, sexo masculino, a las 13:07 horas, quien no lloró, ni respiró al nacer, se pasa a perinatólogo para los cuidados inmediatos; Gemelo 2, a las 13:08 horas, del sexo masculino, quien lloró y respiró al nacer, se pasa a perinatólogo para los cuidados inmediatos del recién nacido y se pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnósticos de dificultad respiratoria e hidrops fetal.

50.4. Se declara la defunción del Gemelo 1 a las 00:00 horas del día 19 de julio de 2017 con diagnóstico de asfixia del nacimiento de hidropesía fetal. Comentando finalmente que el embarazo múltiple presenta un reto en el manejo, por tal motivo, la vigilancia del mismo debe ser diferente al de la gestación única, permitiendo anticipar posibles complicaciones y determinar un plan de vigilancia y manejo, pero en este caso, la paciente nunca llevó control prenatal e incluso al ingreso en esta unidad desconocía que era un embarazo gemelar.

51. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000537, de fecha 24 de noviembre de 2017, dirigido al Director del Hospital General de Los Mochis, en el cual se solicitó ampliación de informe de ley.

52. Oficio número 0000348, de fecha 29 de noviembre de 2017, signado por el Director del Hospital General de Los Mochis, a través del cual remite copia fotostática del expediente clínico de QV5 y de su bebé fallecido, mencionando que del otro bebé fue niño sano, no ingresó al área de neonatología por lo que no se le realizó expediente clínico.

53. Oficio número CEDH/VZN/AHO/000557, de fecha 6 de diciembre de 2017, dirigido a la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializada en Atención a Mujeres, Menores y Grupos Vulnerables de Víctimas del Delito, con sede en Los Mochis, Ahome, Sinaloa, en el cual se solicitó informe en colaboración respecto a los hechos puestos en conocimiento.

54. Dictamen médico legal, suscrito por el médico legista colaborador de este Organismo Estatal.

III. Situación Jurídica

55. En los expedientes CEDH/VIIIIBIS/VZN/AHO/002/16, CEDH/I/VZN/AHO/038/16, CEDH/I/VZN/AHO/040/16, CEDH/I/VZN/AHO/006/17 y CEDH/II/VZN/AHO/046/17, se inconformaron por actos cometidos por parte del personal del Hospital General de Los Mochis, Ahome, en distintas circunstancias.

56. En el primero de ellos, Q1 asegura que V1 llegó al Hospital General de Los Mochis con su bebé vivo en su vientre, bajo el argumento de que en el Hospital de Choix y El Fuerte le aseguraron que éste se encontraba bien y que al llegar al Hospital General de Los Mochis le realizaron ultrasonidos donde primeramente le informaron que el corazón del bebe latía bien y posteriormente le informaron que el bebé se encontraba sin vida desde hacía horas, por lo que tuvieron que inducir el parto vía vaginal.

57. En el segundo caso, V2 de ** años de edad, se encontraba con trabajo de parto, por lo que acudió al Hospital General de Los Mochis, donde pasó desde la mañana afuera de las instalaciones, sin atenderla, por considerar que todavía no era tiempo para ingresarla, sintiéndose muy mal, por lo que Q2 se encontraba muy preocupada ya que consideró que estaban cometiendo una negligencia médica al no estar atendiendo a V2. Además de señalar que una vez que recibieron atención, ésta fue de manera prepotente y grosera.

58. El tercer caso, señala QV3 que acudió al Hospital General de Ahome contando con 30 semanas de embarazo, presentando amenaza de parto prematuro, realizándole estudios de sangre y orina al momento de ser hospitalizada, indicándole que tenía un centímetro de dilatación.

59. Fue revisada en varias ocasiones, por continuar con dolor y solamente 4 centímetros de dilatación, manifestándole el personal que la atendió que todavía no

era tiempo, por lo que causó alta para irse a su casa a descansar; al día siguiente continuó con dolor y regresó al hospital, y como seguía presentando 4 centímetros de dilatación, le dijeron que regresara en tres horas, y al transcurrir el tiempo regresó porque no aguantaba el dolor, pasaron de nuevo a valoración, donde le realizaron un ultrasonido, no encontrando el latido del corazón de su bebé, informándole que su bebé ya no tenía vida, pasándola a quirófano para inducir su parto.

60. Dentro del cuarto caso, encontramos que Q4 refiere que V4 llegó al Hospital General de Los Mochis, contando con nueve meses de embarazo, al llegar a urgencias la regresaron, diciendo que aún no era tiempo, por lo que se tuvieron que ir a su casa caminando.

61. Al día siguiente empezó con dolores de parto nuevamente y estando afuera del hospital, V4 parió y la propia gente que se encontraba apoyaron en traer una camilla, y fue hasta entonces que el personal acudió a atenderla, ingresándola al hospital.

62. Argumentando además de que al día siguiente la querían dar de alta, pero Q4 no se encontraba de acuerdo porque no veía que se encontrara bien V4, además de que la misma padecía de cefalea craneal por causa de su primer parto.

63. Finalmente el quinto caso, señala QV5 que acudió al Hospital General de Los Mochis con labor de parto, atendiéndola en el área de obstetricia, realizándole un ultrasonido para ver el estado de los bebés gemelos, pasándola al quirófano para practicarle una cesárea y poder tener a sus bebés.

64. Al momento de nacer el primero de sus bebés no se lo enseñaron diciéndole que había nacido malo y que no había llorado, sin darle mayor explicación, solamente le manifestaban que estaba estable y que se encontraba bien, después de haber transcurrido dos días (sin que se le permitiera ver a su bebé), los médicos que la atendían le dijeron a su esposo que el bebé estaba en las últimas y que posiblemente no resistiría.

65. Por lo que al día siguiente le informaron que el bebé había fallecido y al cuestionarle el motivo, le dijeron solamente que traía estrés y en ningún momento le aclararon la causa real del fallecimiento.

66. Lo anterior trae como consecuencias violaciones a los derechos humanos de las señaladas víctimas en todos los expedientes, al estar acreditadas las marcadas inobservancias a los reglamentos y normas oficiales mexicanas, en las que se incurrió durante la integración de los expedientes clínicos.

IV. Observaciones

67. 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.

68. El derecho a la protección de la salud 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.

69. Implica una permisión 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.

70. 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.

71. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente que nos ocupa, esta Comisión Estatal considera que existen en los distintos casos, elementos que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, traducido en negligencia médica; derecho a la vida; el derecho de acceso a la información en materia de salud por la irregular integración del expediente clínico; y la prestación indebida del servicio público.

Derecho Humano Violentado: Protección de la salud.

Hecho Violatorio Acreditado: Negligencia médica.

72. La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como 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.

73. Por su parte, el artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Nacional, reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud; a su vez, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el artículo 50, señala que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.

74. Asimismo, el artículo 50 citado en el párrafo anterior, en su fracción II establece que las autoridades federales, de las entidades federativas y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria que sean necesarias a niñas, niños y adolescentes, haciendo hincapié en la atención primaria.

75. Por su parte, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, señaló en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” lo siguiente:

(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad¹.

76. En el mismo sentido, el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, afirma que:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel.

77. A su vez, el primer párrafo de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, establece:

La salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).

78. Del mismo modo, la Observación General No. 158 del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el “derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, establece en el párrafo 7:

(...) El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (...), a su vez, en el

¹ CNDH. “III. Observaciones”, p. cuatro.

párrafo 25, indica que (...) Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...).

79. Ahora bien, por lo que hace a la mala praxis, ésta se fundamenta sobre el conocimiento de las ciencias médicas.

80. En los casos hoy analizados, nos encontramos que personal del Hospital General de Los Mochis ha caído en un constante descuido, inobservando reglamentación de acuerdo a como debe de llevar a cabo la atención a cada uno de los pacientes que acuden a recibir atención médica, evidenciando una mala praxis médica

81. En el expediente CEDH/VIIIIBIS/VZN/AHO/002/16, la atención brindada a V1, por parte de AR1, AR2 y AR8, no fue adecuada según hechos suscitados a partir del día domingo 10 de enero de 2016, dándole la razón a Q1, ya que con las omisiones se dejó de cumplir con la materialización del derecho a la protección de la salud de la paciente y su producto del embarazo.

82. Lo anterior, toda vez que Q1 señala que acudieron al Hospital General de Los Mochis, a las 19:00 horas del domingo 10 de enero de 2016 y no atendieron bien a V1, ya que tuvo que hacer fila por tres horas cuando ya sentía dolores de parto y cuando la pasaron fue atendida por AR1, quien le realizó un ultrasonido y le dijo que el bebé estaba bien y que su corazón latía bien realizándole el tacto vaginal.

83. Posterior a ello, el mismo doctor la revisó de nuevo donde cambió la versión, diciéndole que el corazón del bebé le latía muy bajo por lo que realizó otro ultrasonido y según versión de Q1, este médico le dijo a V1 que su bebé ya estaba muerto y que estaba así desde hacía varias horas.

84. Considerando Q1 que no era cierto, ya que el doctor que atendió a V1 en el hospital de Choix le dijo que estaba bien, incluso porque con los ultrasonidos anteriores por el mismo AR1 indicaba que estaba bien, cuando al respecto dentro del expediente clínico solamente existe la evidencia de que se realizó un ultrasonido.

85. Además se incurrió en irregularidades al no cumplir con las formalidades que indica la Norma Oficial Mexicana NOM-0073-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

86. Lo anterior, toda vez que no se hizo partograma, y en la nota de ingreso elaborada por AR1 del expediente clínico, de fecha 10 de enero de 2016, a las 20:39 horas, se dice que la paciente presentaba abdomen globoso a expensas sin dolor a la palpación, y posteriormente, sin explicación o justificación alguna, se dice que le realizaron ultrasonido y le encuentran “*óbito en posición cefálica*”. Cabe señalar, que hubo impericia (omisión inexplicable) del médico al hablar de óbito y no de mortinato, ya que la NOM-0073-SSA2-1993 establece que éste último “se trata de

un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios”.

87. En el mismo sentido de omisiones tenemos que en la nota pos parto-óbito de fecha 11 de enero de 2016, de las 20:52 horas, AR2 dice que realizó episiotomía media lateral izquierda, pero no señala que su indicación fue por escrito y tampoco que le haya informado a la paciente, y al no existir registro documentado que se cumplió con esta disposición, significa una omisión inexplicable por parte del médico tratante en ese momento, incumpliendo con el numeral 5.4.1.8 de la Norma señalada en el párrafo anterior.

88. De igual forma, en la misma nota, AR2 dice que realizó alumbramiento con maniobras de “Andrews”, y con esta acción muestra impericia e imprudencia al realizar maniobras peligrosas para la paciente sin que se mencione en el expediente clínico la necesidad y justificación para llevarlas a cabo. Destacándose, al respecto lo establecido por la bibliografía especializada, en el sentido de que al respecto dice que la maniobra de Bransdt-Andrews es peligrosa si la placenta no está completamente desprendida, ya que requiere empujar el útero desde el segmento inferior hacia arriba, en dirección al ombligo.

89. Sin embargo, lo más trascendente es la omisión de los médicos tratantes al no agregar al expediente clínico el resultado del ultrasonido, y este descuido del personal médico de no agregar esta información imagenológica al expediente, constituye una omisión inexplicable calificada como inobservancia de reglamentos y es una evidencia de mala praxis médica, trayendo consigo el que no se permita conocer si la paciente llegó o no con su bebé vivo.

90. Por otro lado, en el expediente CEDH/I/VZN/AHO/038/16, se considera también que hubo malos tratos y atención inapropiada en la atención médica de V2 por parte de AR3 y AR4.

91. Particularmente, se considera que AR4 actuó con impericia, imprudencia y negligencia, ya que hay evidencia que no se aplicaron las normas y procedimientos para la atención del parto, como lo es, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, específicamente en su numeral 5.5.4, donde se establece que en la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, y en el expediente no hay registro de que esto se haya hecho; además, se señala que se debe evaluar las características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea, y tampoco hay registro en el expediente que esto se haya

hecho por parte de los médicos, lo cual significa una actuación inexplicable de inobservancia de reglamentos.

92. Asimismo, la norma referida, también señala que las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar, y que la frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos (numeral 5.5.10), empero no hay registro en el expediente clínico que esto se haya hecho por parte los médicos especialistas que atendieron durante casi 24 horas a la paciente hospitalizada, lo que evidencia que hubo negligencia ya que se abandonó a la paciente en la evolución del parto sin estar realmente pendientes de su evolución.

93. Además, en el expediente clínico no hay anotación del registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias, ni que la V2 haya sido informada antes y después de la exploración, en concordancia con lo establecido en numeral 5.5.10 de la norma de referencia.

94. Tampoco hay registro en el expediente clínico de que se haya hecho el registro e interpretación de los signos vitales, como el pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria, lo cual se debe hacer cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente, ni de la realización de el pinzamiento y corte del cordón umbilical, después de los 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. Lo anterior se hace referencia en numerales 5.5.12 y 5.5.16 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

95. Por último, el médico que atendió el parto (AR4), incumplió con el numeral 5.5.18 de la norma multireferida, que establece que “la revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar”, pero el especialista en ginecología dice en su nota pos parto del expediente clínico de fecha 9 de agosto de 2016 a las 13:34 horas, que “realiza revisión de cavidad digitotextil dejando limpia la misma, se repara episiotomía”, es decir, que no anota que haya informado a la paciente que lo iba a realizar y tampoco justifica que existiera sospecha de retención de restos placentarios para hacerlo”; lo que en términos de calificativa de actuación médica significa, impericia e imprudencia como omisiones inexplicables de mala praxis profesional médica.

96. Dentro del expediente CEDH/I/VZN/AHO/040/2016, se desprende que las diligencias de atención a QV3 se llevaron a cabo durante los turnos vespertino y

nocturno del día 11 de agosto de 2016, siendo atendida por AR3, AR4, AR6 y AR7 a las 16:17 horas, con diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación más óbito fetal.

97. Destacándose la atención llevada a cabo por AR3, quien según el expediente clínico fue el médico responsable de la atención a la paciente y el producto de la concepción, quien no cumplió a cabalidad su función de atención del parto, al no observar lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-0073-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, ya que no elaboró el partograma, siendo esta inobservancia de reglamentos es mala praxis médica con responsabilidad.

98. También hay datos de actuación con impericia y más inobservancia de reglamentos por parte de AR3 cuando decide citar a QV3, con datos de alarma dos horas después de haberla revisado (según nota de valoración obstétrica ambulatoria de fecha 11 de agosto de 2016); respecto a ello, la NOM-0073-SSA2-2016 en su numeral 5.5.10, establece que las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar, y la frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.

99. Esa falta de atención de AR3 para con la paciente y el producto de la concepción, trajo consigo el descuido en la atención de un parto normal que presentaba a QV3, originando que al no verificar y registrar las contracciones uterinas de la paciente y el latido cardiaco fetal, no tuvo control del trabajo de parto y no pudo detectar a tiempo la hipomotilidad, sufrimiento fetal y muerte del producto, lo que significa actuación negligente, traduciendo en iatrogenia con daño a la salud de la paciente y muerte del producto del embarazo de la misma por descuido y abandono.

100. Entonces pues, hubo mala praxis en la atención médica que se le brindó a QV3 y al producto de su embarazo, por parte de AR3, AR4, AR6 y AR7, quienes fueron los encargados de atenderla, los cuales actuaron con negligencia, impericia e inobservancia de reglamentos y normas oficiales aplicables, cuya actuación médica causó iatrogenia con daño a la salud de la paciente y muerte del producto de su embarazo.

101. Respecto al expediente CEDH/I/VZN/AHO/006/17, la autoridad señaló en su informe, que se atendió a V4 por presentar parto fortuito, ya que llegó al Hospital General de Los Mochis en la etapa avanzada del trabajo de parto con periodo expulsivo y no hubo tiempo de pasar a la sala de toco-cirugía para atender su parto, ya que lo expulsó en las afueras del hospital. Mencionando que se cumplió con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, así como de la GPC IMSS-

052-08 Vigilancia y Manejo del Parto; la paciente y el recién nacido se ingresaron al área de toco-cirugía para su revisión.

102. Señalando además, que realizaron las acciones encaminadas a prevenir complicaciones en el binomio, como lo son revisión del canal de parto en la madre y somatometría y exploración del recién nacido, así como que a su ingreso V4 estuvo consciente, tranquila, cooperadora, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, sin alteraciones, vagina con presencia de cordón umbilical, por lo que se pasó a sala para alumbramiento y revisión de canal vaginal.

103. Relativo a la atención médica otorgada a la recién nacida, sólo se puede establecer con precisión la fecha y hora de su nacimiento ocurrido en la vía pública, correspondiendo estos datos al 31 de enero de 2017, a las 21:40 horas, ya que de la revisión de las documentales remitidas por la autoridad, se tiene que no es posible establecer a qué hora se efectuó la primera atención a la recién nacida, asimismo, no es factible establecer qué personal médico la atendió, ni que medidas y manejo médico se implementaron de manera inmediata a su ingreso hospitalario.

104. Lo anterior fue posible establecerlo de manera puntual, ya que en el expediente clínico, la primera nota médica relativa específicamente a la atención brindada a la recién nacida se encuentra hasta las 01:20 horas del 1 de febrero de 2017, correspondiendo ésta al ingreso a neonatología, siendo que en ninguna de las notas médicas previas se hace mención de la atención médica otorgada a la recién nacida.

105. Es decir, no es posible objetivar por parte de la autoridad señalada la atención médica otorgada a la recién nacida inmediatamente posterior a su nacimiento, existiendo una brecha de tiempo de casi 4 horas entre el nacimiento y la nota de ingreso a neonatología, tiempo en el que no es posible determinar, entre otras cosas, el espacio físico hospitalario en el que permaneció todo este tiempo, las medidas y manejo médico implementados durante dicho periodo de tiempo y que personal le estuvo atendiendo durante este tiempo.

106. Dadas las circunstancias en que se resolvió el parto de la paciente, se vuelve de la mayor trascendencia para la recién nacida el hecho de recibir atención médica hospitalaria inmediata especializada, ello con el fin de verificar su estado general, y una vez valorada, lo más pronto posible comenzar con la implementación de medidas específicas tendientes a minimizar el mayor riesgo que enfrentan los productos que nacen bajo estas condiciones, como lo es la infección perinatal, ya que su nacimiento se dio evidentemente en la vía pública, en condiciones no higiénicas y sin la atención médica requerida, todo lo anterior torna en muy alto el riesgo de sufrir una infección por parte del recién nacido, aún siendo éste un producto de término, por lo que se vuelve imperativa su valoración integral e inicio cuanto antes de esquema de antibioterapia.

107. Respecto a que la paciente presentó la condición clínica denominada “*trabajo de parto precipitado*”, se tiene que dicha condición clínica no es posible fundamentar ni sostener que se haya presentado, ello en virtud de que no hubo atención médica hospitalaria las horas inmediatamente anteriores a que se presentara el parto, es decir, bajo la circunstancia en que se dio la resolución del parto, no es posible documentar médicamente en qué hora comenzó la paciente con el trabajo de parto, asimismo, no se puede establecer de manera exacta la hora en que comenzó con la fase activa del mismo. Es decir, al no haber registros de atención médica durante la mañana, ni por la tarde del día 31 de enero de 2017, previos a que se presentara el parto fortuito, simplemente no existe la presencia de elementos clínicos objetivos y verdaderos que permitan establecer y sostener que la paciente presentó efectivamente un trabajo de parto precipitado.

108. En conclusión, existió una omisión sensible respecto de la atención médica otorgada a la paciente, durante la valoración médica efectuada ese mismo día por la madrugada a las 00:40 horas, según informe rendido por la autoridad señalada, en donde se señala que en esos momentos cursaba con embarazo de término sin trabajo de parto y que no había indicación en el momento de la revisión para hospitalizarse, ya que cursaba sin patología materna o fetal agregada y no tenía modificaciones cervicales.

109. Finalmente, en el expediente CEDH/II/VZN/AHO/046/2017, la autoridad justifica en su informe que QV5 ingresó el día 17 de julio de 2017, a las 12:27 horas al Hospital General de Los Mochis, por un embarazo gemelar de 35 semanas de gestación, más trabajo de parto en fase activa, más hipertensión asociada al embarazo a clasificar, siendo atendida por AR5, por lo que el manejo consistió en colocación de venoclisis, manejo de líquido y anti-hipertensivos con el fin de estabilizar a la paciente para posteriormente interrumpir el embarazo como lo marca la G.P.C. SS-020-08-GRR.

110. La extracción por cesárea de los productos fue el día 17 de julio de 2017, con gemelo 1 del sexo masculino a las 13:07 horas, quien no lloró ni respiró al nacer, se pasa a perinatólogo para los cuidados inmediatos, gemelo 2 a las 13:08 horas, del sexo masculino, quien lloró y respiró al nacer, se pasa a perinatólogo para los cuidados inmediatos del recién nacido, se pasa a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnóstico de dificultad respiratoria e Hidrops fetal. Declarando la defunción a las 00:00 horas del día 19 de julio de 2017, con diagnóstico de asfixia del nacimiento e Hidropesía fetal.

111. Apuntando además como antecedente del caso, que la madre no llevó ningún control prenatal y desconocía de su embarazo, debido a ello no hay antecedentes de la realización de controles de ultrasonido obstétricos, previos a su llegada al hospital el día de los hechos.

112. De lo anterior se advierten 3 condiciones clínicas desfavorables de QV5, primero, que se trataba de un embarazo gemelar, y segundo, haber cursado con hipertensión arterial en embarazos previos y tercero que no contaba con control prenatal, por tanto debió considerarse desde un principio de un embarazo de alto riesgo y contar con vigilancia estrecha de la evolución del embarazo y haber sido canalizada y valorada de inmediato y de manera constante.

113. Además en los registros médicos relativos a la valoración inicial de la paciente en área de tococirugía, se tiene que no está debidamente documentado que se haya realizado ultrasonido obstétrico en el que se valorara la condición clínica de ambos fetos al momento del ingreso hospitalario, así como la cantidad de líquido amniótico presente y el grado de maduración placentaria, entre otros datos de interés para valorar la condición que presentaban justo en este momento ambos productos.

114. Con respecto al gemelo nacido en primera instancia, el cual presentó una afección congénita considerada como grave, siendo esta la presencia de hidrops fetal, condición que consiste en la presencia de líquido en espacios subcutáneo y en cavidades corporales como la torácica y abdominal, siendo que dicha afección se considera grave y compromete la vida en un periodo de tiempo muy corto, tratándose de una afección congénita, es decir, no está relacionado con algún tratamiento médico implementado.

115. No obstante, desde el nacimiento se tiene que el elemento objetivo y de mayor trascendencia que sustenta lo anterior es la nota de ingreso al servicio de neonatología, sin embargo, se tiene que ésta se elaboró casi 3 horas después del nacimiento del bebé, por lo que resulta muy complicado señalar la condición clínica del bebé inmediatamente posterior a su nacimiento y el manejo médico otorgado en esas 3 primeras horas; siendo que durante dicho periodo sólo se cuenta con unas indicaciones médicas (sin nota médica) y la hoja de hospitalización.

116. En las documentales proporcionadas se tiene que no se implementó de inmediato un protocolo de investigación de la causa del hidrops fetal, es decir, no se indicaron con carácter de urgente estudios de laboratorio adicionales a los de rutina, ni se solicitaron estudios radiológicos de cabeza y de todo el esqueleto, no se realizó ultrasonido, ni ecocardiograma, esta viene siendo la principal omisión en el presente caso, ya que en ninguna nota médica se hace alusión a que se esté en protocolo para la identificación de la causa de tal afección.

117. Se limitaron a la realización de placa radiológica A.P. TÓRACO—ABDOMINAL, describiendo sólo como hallazgos “presencia de líquido en cavidades torácica y abdominal”, sin que se describa el grado de afectación. Por lo que el único manejo específico que se indicó para tratar de eliminar el líquido se limitó a la indicación de un solo tipo de diurético, en este caso furosemida, situación que a su vez se dio de manera tardía, es decir, la administración del diurético se indicó casi 12 horas después del nacimiento del bebé y por desgracia, como se asentó en el párrafo

anterior, al no contar con la descripción exacta del líquido ubicado en cavidades torácica y abdominal, no se puede establecer si la indicación de este medicamento como único diurético bastó o no para el manejo que requería el paciente.

118. En ningún momento se implementó manejo adicional a la indicación de diurético, en concreto, no se indicó la colocación de sondas para tratar de drenar líquido de cavidades torácica y/o abdominal y con ello apoyar la acción del diurético.

119. Ante tales circunstancias en que ocurrió la muerte del Gemelo 1, víctima de las complicaciones del hidrops fetal, se tiene que en ningún momento se aclaró el origen de la afección de fondo, por lo que estaba indicada la realización de necropsia clínica, ello para corroborar la causa de muerte, pero sobre todo para aclarar la causa del hidrops fetal; situación que resultaba de suma trascendencia y en ningún momento se consideró en este caso.

120. De todos los casos analizados con antelación es coincidente señalar que se violaron normas del adecuado ejercicio profesional, quedando acreditada la mala praxis por parte de la autoridad señalada como responsable, 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 el paciente, omisiones que dio como resultado perjuicio a las víctimas, ya que 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 una persona.

121. Indudablemente, los médicos que atendieron a V1, V2, QV3, V4 y QV5, en el Hospital General de Los Mochis, incurrieron en negligencia médica por la manera en que manejaron cada uno de los casos ya señalados, pasando por alto la normatividad que los rige, y a su vez su falta de cuidado hacia las pacientes que se encontraban embarazadas.

122. En ese sentido, resulta necesario establecer que por negligencia médica debe entenderse lo siguiente:

La negligencia de un profesional de la salud puede incluir un error en el diagnóstico, tratamiento o control de una enfermedad y/o errores quirúrgicos, situaciones éstas que se agravan con la inadecuada administración del hospital o del establecimiento donde presta sus servicios.²

123. Por lo tanto, es importante que el personal encargado de prestar los servicios de salud se forme en las áreas específicas de cada disciplina, pero también debe conocer las implicaciones legales de su trabajo, que conozca cuáles son las posibilidades de su vinculación, sus facultades y obligaciones jurídicas.

² Ríos Estavillo, Juan José y Bernal Arellano Jhenny Judith, *Hechos violatorios de Derechos Humanos en México*. Edit. Porrúa-Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, México, 2010, p. 115.

124. 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.

Derecho Humano Violentado: Derecho a la vida.

Hechos Violatorios Acreditados: Violación al derecho a la vida y violación a los derechos de la niñez.

125. Se ha considerado que la vida tiene varios factores: la vida humana en sus formas corporales y psíquicas, la vida social de las personas por medio de la cual éstos realizan obras en común y la vida de la naturaleza que relaciona a los seres humanos con las demás especies vivientes. Entonces cuando este derecho es regulado son tomados en cuenta tres facetas de la vida que están divididas pero se toman como un todo al momento de ser reguladas, es decir, el correcto cumplimiento de estos tres puntos dentro de lo que representa el respeto por este derecho hacen que el ser humano no solo sobreviva, que tenga funciones vitales, sino que viva plenamente, lo que sugiere una integridad.

126. 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.

127. 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. 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.

128. Ahora bien, respecto la salud de los recién nacidos específicamente de V1, QV3 y QV5, quienes perdieron la vida, debido a la mala práctica llevada a cabo durante la deficiente atención proporcionada a sus progenitoras, por el mal manejo de parto por parte del personal médico del Hospital General de Los Mochis, Sinaloa, se tiene lo siguiente:

129. En el caso de V1, quien siendo adolescente, contando con tan sólo ** años de edad, la atendieron primeramente en el Hospital de Choix, donde le extendieron un documento de cómo se encontraba, en el que se registró que presentó abdomen globoso a expensas útero gestante con producto único vivo, con frecuencia fetal de

144 por minuto y, se le envía para atención de urgencia y hospitalización, por lo que fue llevada al Hospital General de Los Mochis.

130. Al llegar a dicho nosocomio, fue atendida con fecha 10 de enero de 2016, a las 20:00 horas, con diagnóstico de ingreso de un embarazo de 37 semanas de gestación con óbito fetal, por lo que fue pasada a la sala de partos, obteniendo producto único del sexo femenino que no lloró ni respiró al nacer a las 19:55 horas del día 11 de enero de 2016, con datos clínicos de que ya tenía varios días de muerto in útero con maceración de piel y moderadamente fétido.

131. Presentando este caso, omisiones en el expediente clínico, como lo fue que no hay evidencia de que existan los ultrasonidos que según Q1 le realizaron a V1, generando duda de su autenticidad, siendo un descuido por parte del personal médico de no agregar esa información imagenológica, lo cual es una inobservancia de reglamentos y es una evidencia de mala praxis médica, ya que, con dicha omisión, no permitió conocer si V1, efectivamente llegó con su bebé muerto dentro de su vientre.

132. En cuanto a QV3, quien señaló que la atención médica por trabajo de parto en el servicio de urgencias del Hospital General de Los Mochis, inició el 10 de agosto de 2016 y que ese día durante la atención medica le inyectaron para el dolor dos ampolletas de ketorolaco, el cual está contraindicado durante el parto.

133. Por lo que la falta de atención adecuada para con QV3 y su producto de concepción tuvo consecuencias, ya que no se llevaron a cabo los procedimientos para la debida atención de su parto, en virtud de que los médicos a cargo de su atención fueron omisos en el cumplimiento de dicho procedimiento, descuidando así la atención de un parto normal que presenta la paciente, originando al no verificar y registrar las contracciones uterinas de la paciente y el latido cardiaco fetal cada 30 minutos del producto de su embarazo, no tuvo control del trabajo del parto y no se pudo detectar a tiempo la hipomotilidad, sufrimiento fetal y muerte del producto, lo que significa actuación negligente, cuya mala praxis se traduce en iatrogenia con daño a la salud de la paciente y muerte del producto del embarazo de la misma por descuido y abandono.

134. Por su parte, en el caso de QV5, obedeció en que acudió con fecha 17 de julio de 2017 al Hospital General de Los Mochis, con labor de parto con un embarazo gemelar de 35 semanas de gestación, más hipertensión arterial inducida por el embarazo a clasificar, por lo que el manejo consistió en colocación de venoclisis, manejo de líquidos y anti-hipertensivos con el fin de estabilizar a la paciente para posteriormente interrumpir el embarazo.

135. La extracción fue por cesárea, el día 17 de julio de 2017, con Gemelo 1 del sexo masculino a las 13:07 horas, quien no lloró ni respiró al nacer, se pasa a perinatólogo para los cuidados inmediatos, Gemelo 2 a las 13:08 horas, del sexo

masculino, quien lloró y respiró al nacer, se pasó a perinatólogo para los cuidados inmediatos del recién nacido. Se pasó a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnóstico de dificultad respiratoria e hidrops fetal.

136. El Gemelo 1, no lloró al nacer, el cual no presentó esfuerzo respiratorio, por lo que fue necesaria su intubación, poniendo como antecedente que la madre no llevó ningún control prenatal y desconocía de su embarazo. Se declaró su defunción a las 00:00 horas, del 19 de julio de 2017, con diagnóstico de asfixia del nacimiento e hidropesía fetal.

137. De lo anterior, se podía advertir que QV5 presentó 3 condiciones clínicas desfavorables, por ello se debió considerar como un embarazo de alto riesgo, no obstante el expediente clínico no se encontraba conformado por todos los elementos requeridos, toda vez que no se cuenta con las correspondientes notas de enfermería, ni las relativas a la atención brindada a la paciente.

138. Además de que nunca se estudió a fondo la posible etiología (causa) de la grave afección que tenía el Gemelo 1 y como consecuencia de esta omisión se tiene que no se dio el tratamiento médico específico para su manejo, es decir, no se indicó ninguna medida específica para el manejo de la causa que ocasionaba la presencia de líquido de manera anormal en espacios extra-vasculares, siendo en este caso las áreas subcutáneas, tórax y abdomen.

139. Resultando de lo expuesto con antelación, que el personal médico del Hospital General de Los Mochis, en las distintas circunstancias que se han presentado como en los casos anteriormente expuestos, no han valorado adecuadamente las condiciones en que se encontraba cada paciente, inobservando reglamentos e imprudencia en su atención médica, lo cual no debió haber pasado precisamente por la condición de mujeres embarazadas en que éstas se encontraban, y que en los casos de V1, QV3 y QV5, ha tenido como desenlace la pérdida de los productos de su concepción.

140. En la misma tesitura, tenemos pues, que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se garanticen plenamente sus derechos, y en los casos de V1 y V2, quienes contaban con ** y ** años de edad, respectivamente, tenían derecho a que su derecho a la salud se encontrara plenamente satisfecho, tal y como lo mandata el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismo que establece lo siguiente:

Artículo 4.

(...)

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y

sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

141. El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es “*garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño*”.³

142. Es decir, la noción del interés superior del niño o niña significa, por otro lado, que el crecimiento de las sociedades depende en gran medida de la capacidad de desarrollar a quiénes actualmente se encuentran en esta etapa de la vida; desde esta perspectiva, dicha prioridad no es producto de la bondad de la sociedad adulta o de los sistemas de gobierno, sino que constituye un elemento básico para la preservación y mejoramiento de la raza humana.

143. 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.

144. Debido a la mala práctica de la que fueron víctimas V1 y V2 durante el parto, donde hubo malos tratos y atención inapropiados por parte del personal médico del Hospital General de Los Mochis, de una atención adecuada y pronta que les permitiera obtener un desarrollo pleno en su vida.

145. Por ello, en primer término debe destacarse que se logra acreditar la versión de Q1, al señalar que V1 no tuvo una buena atención médica, ya que en el expediente clínico no hay evidencia física de que se hayan realizado más de un ultrasonido, y ese descuido del personal médico de no agregar esa información imagenológica al expediente clínico, constituyó una omisión inexplicable calificada como inobservancia de reglamentos y es una evidencia de mala praxis médica.

146. Por su parte, en el caso de V2, también se logró acreditar que hubo omisiones que produjeron negligencia e inobservancia de reglamentos dentro del expediente clínico, ya que se abandonó a la paciente hospitalizada durante casi 24 horas en la evolución del parto sin estar realmente pendientes de sus cambios.

147. Lo que conllevó a afectar su necesidad de salud, vulnerando así el principio del interés superior de la niñez, el cual, como ya se señaló, vela por un desarrollo integral y una vida digna de los niños, niñas o adolescentes, que el presente caso se trataban y que se encontraba en labor de parto.

148. Es sumamente grave que el Hospital General de Los Mochis realice actos de esta naturaleza, no sólo porque se deja en claro la falta de compromiso y

³ “Observación General 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial”, párr. 4.

capacitación en materia de derechos humanos, sino porque una institución que presta servicios de salud debe tener como principal objetivo la salvaguarda de ésta, además de que debe actuar conforme a los valores de integridad, respeto, responsabilidad y ética.

149. En cuanto a lo que concierne a los derechos humanos, el artículo 1° establece la obligación que tiene todo servidor público en el ámbito de sus respectivas competencias, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de la persona.

150. En relación al citado artículo, doctrinarios nacionales han señalado “*todas las autoridades de todos los niveles de gobierno están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos fundamentales.*”⁴

151. En el mismo sentido, se ha señalado que “*las obligaciones de promoción, respeto, protección y garantía de los derechos corren a cargo de todos los poderes, incluso considerando que algún nivel de gobierno tenga obligaciones reforzadas hacia ciertos derechos. A partir de tales deberes generales, podemos afirmar que las autoridades de todos los niveles de gobierno también tienen la obligación positiva de tomar todas las medidas pertinentes para tutelar y hacer eficaz un derecho.*”⁵

152. Además, nuestra Constitución local exige a todo servidor público, incluyendo a las dependencias de salud, como parte integrante del Estado de Sinaloa, el cabal cumplimiento de estas obligaciones las cuales no deben ser contravenidas durante el ejercicio de sus funciones, ya que atentaría de forma directa contra la propia naturaleza jurídica del Estado de Sinaloa, y principalmente contra los derechos humanos reconocidos a favor de la persona en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los diversos tratados internacionales de los que México forma parte, tales como:

- **Convención sobre los Derechos del Niño:**

Artículo 24.

- I. Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.*

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:**

⁴ Carbonell, Miguel y Salazar, Pedro (Coordinadores), *La reforma constitucional de derechos humanos: un nuevo paradigma*, México, D. F., Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2011, p. 67.

⁵ *Ibidem*, p. 68.

Artículo 12.

1. *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

153. Igualmente, se debió tomar en cuenta las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, en virtud que según el contenido de la misma, 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 procedimientos normados para su atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas.

Derecho Humano Violentado: Acceso a la información en materia de salud.

A) Hecho Violatorio Acreditado: Irregular integración del expediente clínico.

154. La Comisión Nacional del los Derechos Humanos ha señalado que la historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.

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

156. De acuerdo a la NOM-Del Expediente Clínico, *“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección*

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

157. En ese contexto, se establece para el personal de salud, la obligatoriedad del manejo de un expediente clínico en el que se contengan todos los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras.

210. Así pues, de acuerdo al análisis realizado cada uno de los expediente clínicos, así como de las constancias y argumentos contenidos en la presente Recomendación, se acreditó una indebida integración de mismos, lo cual representa un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de cada paciente y sus productos, que permitan deslindar de manera precisa las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las personas que se atienden así como a sus familiares, de que conozcan la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

211. Situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por los organismos públicos de protección de los derechos humanos, en los que se señala omisiones cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

212. Al respecto la sentencia del caso “*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, del 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. Pronunciamiento que además resulta obligatorio para el Estado mexicano, de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

213. En este sentido el actuar de los prestadores del servicio médico debe ser con estricto apego al marco jurídico existente en el ámbito internacional y local, a efecto de que el ser humano pueda disfrutar de la certeza que éste le aporta, como es en

el caso concreto el expediente clínico integrado en el nosocomio al que se ha hecho referencia, donde evidentemente debió reflejarse el estado de salud de cada una de las pacientes y cumplirse con los requerimientos formales de su elaboración.

B) Hecho Violatorio Acreditado: Prestación indebida del servicio público.

214. Al analizar el presente hecho violatorio, es preciso destacar que los servidores públicos del Hospital General de Los Mochis 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 V1, V2, QV3, V4 y QV5.

215. El artículo 1° de nuestra Carta Magna, en su párrafo tercero, dispone que 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.

216. En términos similares se pronuncian los diversos 1° y 4° Bis de la Constitución Política del Estado de Sinaloa, al establecer que el Estado tiene como fundamento y objetivo último, la protección de la dignidad humana y los derechos fundamentales que le son inherentes, los cuales vinculan a todos los poderes públicos.

217. El artículo 109 de la Constitución Nacional, establece que los servidores públicos al ejercer indebidamente sus atribuciones pueden incurrir en responsabilidad política, penal o administrativa. En similares términos se pronuncia el artículo 130, párrafo segundo, de la Constitución Política del Estado de Sinaloa.

218. Atento a ello, debe decirse que la conducta que en esta vía se reprocha a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 pudiera acarrearles responsabilidades administrativas, al haber quedado acreditados hechos violatorios de derechos humanos.

219. La prestación indebida del servicio público siempre le será atribuida a un servidor público, y en ese sentido, no existe duda alguna que las autoridades señaladas como responsables en la presente recomendación, tienen tal calidad, atento a lo estipulado por el artículo 130 de la Constitución Política local, la cual señala que servidor público es toda aquella persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en alguno de los tres poderes del Gobierno del Estado, en los Ayuntamientos, entre otros.

220. En este sentido, es necesario puntualizar que la responsabilidad administrativa de los servidores públicos que se deriva de los actos u omisiones en que incurrir

en el desempeño de sus atribuciones, atendiendo a la época en que ocurrieron los hechos, la contempla la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa.

221. Por lo que hace a la citada Ley, en su numeral 3° establece que 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 esa ley, así como en aquellas que deriven de otras leyes y reglamentos.

222. A su vez, en su diverso artículo 14, señala que los servidores públicos, en el desempeño de sus funciones tienen la obligación de conducirse ajustándose a sus disposiciones contenidas en la propia ley, para salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, entre otros. En contrapartida, el actuar violentando alguno de estos principios, necesariamente implica un exceso o deficiencia del empleo, cargo o comisión encomendado, el cual deberá necesariamente ser sujeto de alguna responsabilidad.

223. 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 y VIII 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:*

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.

(...)

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.

(...).

224. 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 sanciones e incluso remoción de su empleo, cargo o comisión.

225. Resulta aplicable al presente caso la siguiente tesis jurisprudencial, por considerar que tiene 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.

226. En ese sentido, al haber quedado plenamente acreditado que las autoridades señaladas como responsables en la presente resolución ejercieron indebidamente sus atribuciones, necesariamente deben investigarse tales conductas, a fin de deslindar las responsabilidades administrativas que resulten, en el presente caso, conforme a las obligaciones contenidas en la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa.

V. Capítulo de Reparación del Daño

227. Ahora bien, una vez acreditada la violación a los derechos humanos de V1, V2, QV3, V4 y QV5, este Organismo Constitucional Autónomo se avocará al derecho que tienen, como víctimas, de ser reparadas por el daño sufrido como consecuencia del acto de autoridad que violentó sus derechos humanos.

228. Al respecto, las Naciones Unidas emitió los “Principios y Directrices relativos a los derechos de las víctimas en casos de violaciones de derechos humanos y derecho internacional humanitario”, en donde se señala lo siguiente: “*Conforme al derecho interno y al derecho internacional, y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, se debería dar a las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, una reparación plena y efectiva, según se indica en los principios 19 a 23, en las formas siguientes: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición*”.

229. Igualmente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha pronunciado en diversas oportunidades respecto de la obligación de reparación del daño señalando 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.⁶

230. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH enunció que: “(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.⁷

231. Sobre el “deber de prevención” la misma Corte Interamericana, sostuvo que: “(...) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana (...) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad (...) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia (...) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (...)”.⁸

232. 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.

⁶ 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.

⁷ “Caso Espinoza González vs. Perú”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, p. 300 y 301.

⁸ CNDH, Recomendación 26/2019, 28 de mayo 2019, párrafo 81.

233. En ese sentido, el artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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

234. Luego entonces, atendiendo a la disposición constitucional apenas señalada, tenemos que:

- a) Se constituye en un deber del Estado el reparar las violaciones a los derechos humanos, con la finalidad de proteger y garantizar tales derechos.
- b) Que la reparación del daño, debe realizarse en los términos que establezca la ley.

235. En el mismo orden de ideas, se pronuncia la Ley General de Víctimas a señalar en su artículo 26 que “*Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.*”

236. Cabe señalar, que tanto para la Ley General de Víctimas como para la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa, la calidad de víctimas se adquiere con la acreditación del daño o menoscabo de los derechos en los términos establecidos en dichas leyes, 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.

237. Igualmente, de la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa se desprende que se denomina víctimas directas 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 víctimas indirectas a los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

238. Con respecto a la reparación por violaciones a derechos humanos, la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa, refiere:

“Artículo 34. La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante.”

239. Ahora bien, de conformidad con la Ley General de Víctimas y la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa una reparación integral comprenderá:

- Devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o a la violación de sus Derechos Humanos.
- Facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de Derechos Humanos.
- Una compensación que sea otorgada de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho que la Ley señala como delito o de la violación de Derechos Humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, la cual otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de Derechos Humanos.
- El restablecimiento y reconocimiento de la dignidad de la víctima.
- Medidas de no repetición que busquen que el hecho delictuoso o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir.

240. Así, en los casos en concreto tenemos que la vulneración al derecho humano a la salud que tenía V1, V2, QV3, V4 y QV5, la primera, tercera y quinta, terminó con la pérdida de sus productos de concepción, independiente de que en todos los casos hubo inobservancia de reglamentos y falta de atención, conllevando a una mala praxis por parte del personal médico adscrito al Hospital General de Los Mochis, quienes debían brindar una debida atención medica.

241. En consecuencia, este Organismo Autónomo de Protección a los Derechos Humanos, determina procedente que a manera de reparación del daño, deberá implementarse la medida de rehabilitación señalada en la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa, dándose atención médica, psicológico y/o psiquiátrica especializada, según sea el caso, a V1, V2, QV3, V4 y QV5, lo anterior con fundamento en el artículo 68, fracción I de la ley antes mencionada.

242. Asimismo, con el objetivo de garantizar la reparación integral a la que tienen derecho las víctimas, se determina que éstos tienen derecho igualmente a la medida de compensación señalada en el artículo 70 de la ley antes citada, en los términos siguientes:

“Artículo 71. Todas las víctimas de violaciones a los Derechos Humanos serán compensadas en los términos y condiciones que determine la resolución que emita en su caso:

I. (...);

II. (...);

III. Un Organismo Público de Protección de los Derechos Humanos; y (...).

Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales y administrativas que pudieran fincarse en virtud de los hechos victimizantes.”

243. De lo anterior, se tiene que todas las víctimas señaladas, tienen derecho a una compensación, la cual se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos; esto de conformidad con lo que establece el artículo 70 de la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa.

244. En ese sentido, deberá procederse a compensar a las víctimas directas e indirectas conforme a lo establecido por la ley antes señalada, entendiéndose por compensación como la erogación económica a que la víctima tenga derecho en los términos de la ley y a la violación de derechos humanos como 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.

245. Es importante destacar que tanto la Norma General como la Estatal, 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 victimizantes, es decir, 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.

246. 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.

247. De igual forma, a fin de garantizar una reparación integral del daño causado a V1, V2, QV3, V4 y QV5 como víctimas, deberán adoptarse la medida de satisfacción relativa a aplicar las sanciones administrativas correspondientes a la autoridad responsable, así como la medida de no repetición a fin de garantizar la no repetición

de los actos señalados en la presente, lo anterior en términos del artículo 78 y 79 de la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa.

248. Sin perjuicio de lo anterior, la Secretaría de Salud y/o los Servicios de Salud de Sinaloa, atendiendo lo dispuesto por la Ley General de Víctimas y de la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa, y en atención a los principios de complementariedad, máxima protección, integralidad, indivisibilidad e interdependencia establecidos en ellas, podrá determinar libremente la aplicación de diversas medidas de reparación que garanticen la total restitución de los derechos humanos de las víctimas indirectas.

249. En ese sentido y al haber quedado acreditadas violaciones a derechos humanos de V1, V2, QV3, V4 y QV5, este Organismo Estatal considera que la Secretaría de Salud y/o los Servicios de Salud de Sinaloa, tiene el deber ineludible de reparar de forma directa e integral aquellas violaciones a derechos humanos de las cuales son responsables sus integrantes, implementando medidas de rehabilitación, compensación, satisfacción y no repetición en favor de las víctimas directas, así como otras medidas en caso de considerarlo procedente, 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.

250. 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 y/o Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa, como autoridad superior jerárquica, las siguientes:

VI. Recomendaciones

Primera. Instruya a quien corresponda para que al considerar los actos que motivaron la presente investigación, así como los razonamientos expuestos por esta Comisión Estatal, se inicie procedimiento administrativo en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, así como del demás personal que brindó la atención médica a V1, V2, QV3, V4 y QV5; asimismo, para que dicha instancia remita a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

Segunda. Gire instrucciones a quien corresponda, para que en el Hospital General de Los Mochis se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, específicamente respecto el conocimiento,

manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, así como la debida integración del expediente clínico, esto con el objetivo de evitar los actos y omisiones como que dieron origen al presente pronunciamiento, remitiendo a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

Tercera. Gire instrucciones a quien corresponda para que se garantice en el Hospital General de Los Mochis la atención médica, las 24 horas, los 365 días del año, con personal especializado e infraestructura suficientes, que permitan establecer condiciones para el adecuado ejercicio y desarrollo del derecho a la protección de la salud de los usuarios; asimismo, para que dicha instancia remita a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

Cuarta. Se repare el daño causado a las víctimas, de conformidad con lo estipulado en el capítulo relativo a la reparación del daño de la presente Recomendación, incluyéndose las medidas de rehabilitación, compensación y satisfacción, así como las que sean necesarias, de conformidad a lo establecido por la Ley General de Victorimas, 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, mismas que nos vinculan; remitiendo a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

Quinta. 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; asimismo, para que dicha instancia remita a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

VII. Notificación y Apercebimiento

251. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental, tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

252. Notifíquese al M.C. Héctor Melesio Cuén Ojeda, Secretario de Salud del Estado de Sinaloa y/o Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa, de la presente Recomendación, misma que en los archivos de esta Comisión quedó registrada bajo el número **20/2019**, debiendo remitírseles con el oficio de notificación correspondiente una versión de la misma con firma autógrafa del infrascrito.

253. Que de conformidad con lo estatuido por el artículo 58 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, dentro de un plazo de cinco días hábiles computable a partir del día hábil siguiente de aquél en que se haga la notificación respectiva, manifiesten a esta Comisión si aceptan la presente Recomendación, solicitándoseles expresamente que en caso negativo, motiven y fundamenten debidamente la no aceptación; esto es, que expongan 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.

254. 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.

255. También se les 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.

256. 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.

257. 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.

258. 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.

259. 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.

260. 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.

261. 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.

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

263. 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 de Sinaloa quedará en libertad de hacer pública precisamente esa circunstancia.

264. Notifíquese a Q1, Q2, QV3, Q4 y QV5 en su calidad de víctimas directas e indirectas, 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

EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE OMITIÓ NOMBRE DE LAS QUEJOSAS, NOMBRE DE QUEJOSAS/VÍCTIMAS, NOMBRE DE LAS VÍCTIMAS, NOMBRE DE AUTORIDADES RESPONSABLES, NÚMERO DE AVERIGUACIÓN PREVIA Y EDAD DE LAS VÍCTIMAS, CON FUNDAMENTO LEGAL EN LOS ARTICULOS 3, FRACCIÓN XXVI, 149, 155 FRACCIÓN III, 156 Y 165 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE SINALOA, EN RELACIÓN CON LOS NUMERALES TRIGÉSIMO OCTAVO FRACCIÓN I, QUINCUAGÉSIMO SEGUNDO, SEXAGÉSIMO SEGUNDO Y SEXAGÉSIMO TERCERO DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES EN MATERIA DE CLASIFICACIÓN Y DESCLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO LA ELABORACIÓN DE VERSIONES PÚBLICAS. PERIODO DE RESERVA PERMANENTE, RUBRICA.

