

RECOMENDACIÓN No. 95/2018

Síntesis: La reclamación esencial de la impetrante radica en que debido a la mala atención médica que la autoridad le proporcionó, el bebé que esperaba desafortunadamente falleció, no obstante que previo a su internamiento en el hospital en el cual fue atendida, ya había acudido con un médico particular, el que le realizó unos estudios donde observó diversas anomalías, de las que se desprendía la urgencia de practicarle una cesárea, y con referencia médica en mano solicitaron al personal médico del nosocomio del Estado la debida atención, estos en ningún momento escucharon sus ruegos.

Analizados los hechos y las diligencias practicadas, hay evidencias suficientes para acreditar Violaciones al Derecho a la Protección a la Salud e Inadecuada Atención Médica.

EXPEDIENTE No. YA 545/17

OFICIO: JLAG 289/18

RECOMENDACION No. 95/2018

Visitadora ponente: Lic. Yuliana Sarahí Acosta Ortega

Chihuahua, Chihuahua a 26 de diciembre de 2018

DR. JESÚS ENRIQUE GRAJEDA HERRERA

SECRETARIO DE SALUD

PRESENTE.-

Visto para resolver el expediente radicado bajo el número 545/17, del índice de la oficina de Chihuahua, iniciado con motivo de la queja presentada por "A¹", por actos y omisiones contrarias a la vida, a la protección a la salud, y a la calidad en la prestación de los servicios, que pueden ser violatorios de derechos humanos, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1, 3, 6 fracción II inciso a), fracción III, 15 fracción I, 40 y 42 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y considerando debidamente integrado el expediente relativo a la queja interpuesta por "A" radicada bajo el número de expediente al rubro indicado, este Organismo estatal procede a resolver de conformidad con los elementos de convicción que obran en el mismo, de la siguiente manera:

I.- HECHOS

1.- El día 22 de diciembre de 2017 se recibió en esta Comisión, escrito de queja signado por "A", en la que manifiesta de forma medular, lo siguiente:

¹ Por razones de confidencialidad y protección de datos personales, este organismo considera conveniente guardar la reserva del nombre de la quejosa, así como otros datos que puedan llevar a su identificación, los cuales se hacen del conocimiento de la autoridad mediante documento anexo.

“...el día 4 de diciembre a las 10:00 am acudo a mi cita mensual de control prenatal en las Instalaciones del Hospital General, el doctor nos da la noticia a mi esposo y a mí que tengo 2.5 cm de dilatación y el ultrasonido arroja que todo se ve bien, por lo cual me pide que acuda entre 6 o 7 de la tarde del mismo día al área de Tocología para ver si había avances en la dilatación. Al acudir nuevamente el doctor que me revisa me hace otro ultrasonido y un tacto y me dice que traigo 1.5 cm de dilatación, diciéndome que todo está bien, le comento que he sentido cólicos y me responde que es normal, aún me falta, que mejor me vaya a la casa, descanse y cualquier otra cosa o síntoma acudiera al área de Urgencias por Tocología. El día 6 de diciembre decidimos mi esposo y yo regresar al hospital ya que había desechado un tapón mucoso y sentía un poco de contracciones, llegamos a las 10 am y en esta ocasión me atiende la doctora “B”, le comento del tapón mucoso y las contracciones que he sentido, me realiza el mismo procedimiento que de tacto y ella me dice que tengo 1 cm de dilatación y en el ultrasonido refiere nuevamente a que todo está bien, diciendo incluso que muy bonita bebé, que a lo mejor en dos semanas, para navidad, que mientras me vaya a casa y esté tranquila, que así suele suceder en madres primerizas. Al salir de Tocología le comento a mi esposo que no me han gustado los diagnósticos de los doctores ya que ninguno coincide por lo cual decidimos agendar una cita con un ginecólogo particular, el Doctor Ramón Aguilar quién afortunadamente nos da la cita para el mismo día 6 de diciembre a las 4:30. Una vez en el consultorio me realiza un ultrasonido y un Duppler, en el cual observa algunas anomalías, diciéndome que la bebé trae ausencia de líquido amniótico y el cordón umbilical enredado, por lo cual me indica que no pase de ese día 6 de diciembre para que se me practique una cesárea. Me da una referencia médica asentando todo lo que ve y me dice que se lo muestre al doctor en turno, por lo cual saliendo del consultorio fuimos directo al Hospital General con referencia en mano. Llegando al área de Tocología le entrego la

referencia a la enfermera "D", le digo que fui a otro ginecólogo y él encontró algunas anomalías, diciéndome que no me preocupara y en un momento me pasaba a que me checara el doctor, después de que me checara los signos "D" me pasa con el doctor "E" y le da una copia de la referencia que le había dado y le comenta que mi bebé traía ausencia de líquido amniótico y el cordón umbilical enredado, por lo cual "E" me hace un tacto y me dice que no traigo labor de parto, en el ultrasonido que me realiza me dice que todo lo ve normal e inclusive me señala que todos los espacios oscuros es líquido amniótico y que al cordón no le encuentra problema, la noche anterior sacaron a un bebé con tres vueltas de este mismo. Yo le dije lo que el ginecólogo particular me indicó, que lo más pronto posible y que no pasara de esa noche para que me practicaran la cesárea, a lo que me contestó que los médicos particulares exageran que sólo lo hacen por sacar dinero. Luego la enfermera le pregunta al doctor "E" que si me voy a quedar, a lo que él le responde que sí, que me preparen, la enfermera "D" me dio una bata y me pidió que me quitara todo y lo pusiera en una bolsa que me proporcionó, después llega otra enfermera que me depila, me venda ambas piernas y luego me pone un enema que en menos de 5 minutos me hace reacción para ir al baño. Una vez preparada me pasan al área de expulsión, asignándome la cama 2, me dicen que me acueste, que me van a realizar otras pruebas, después llegó la enfermera "F", me comentó que ella iba a estar atendiéndome hasta las 9 pm, y yo llegue al área de expulsión a 6pm, me puso suero, una sonda para sacar una muestra de orina, luego me pregunta cuando fue mi última comida y le digo que a la 1 pm, me refiere que tienen que pasar 8 hrs. para que se me pueda practicar la cesárea, entonces yo aclarando le digo que falta hora y media, y me dice que sí, que no me preocupe que ya en un ratito me pasaban, para esto se acerca la doctora "B" y me pregunta que si que no había ido en la mañana al hospital, a lo que le respondo que sí, pero fui a otro doctor particular y el me indico que me practicaran la cesárea y ella

se retira sin decir nada. Alrededor de las 8:30 se fue la luz como por 15 minutos, a la par se encuentra el cambio de turno y la enfermera "F" se acerca a mi pare decirme que ya se va a retirar, pero que no me preocupara porque el doctor "G" había dejado instrucciones para que me realizaran la cesárea. Cuando se van se quedan los doctores residentes "B" y "H" que aprovecharon la ausencia de luz para retirarse a descansar y comer su lonche a gusto, en el área de expulsión se quedaron a cargo dos enfermeras, luego de 20 minutos entre risas y algarabía "B" y "H" regresan al área. Por otra parte, el doctor "I" encargado del turno nunca se presentó hasta las 4 de la mañana. Duré toda la noche en "observación" checándome la presión, haciendo lecturas frecuentes al bebé, durante todos estos procedimientos pude observar irregularidades e incompetencia por parte del personal médico, se les pasaba tomar nota de la presión arterial, el monitor que detectaba las frecuencias del corazón del bebé dejaba de funcionar o se apagaba, hubo un momento en el que la enfermera me quitó el aparato y se lo llevó a otra paciente, le cuestiono a una de las enfermeras si es que me van a pasar a la cesárea a lo que me responde que el doctor "I" solicitó que primero se me realizara una sonografía, pero que eso sería hasta el día jueves a las 8:30 am, hora en la que abren el área de radiología, así que pasé toda la noche del 6 en observación, sin dormir, comer o tomar agua, y sin poderme mover ya que me encontraba conectada a los aparatos de presión arterial que monitoreaban a mi bebé, sumado a ello tenía fuertes contracciones, no podía hablar con nadie, desconectada de mi familia. Por la mañana del 7 de diciembre le pregunto al personal que si ya me van a realizar la sonografía y me dicen que primero tienen que esperar a que llegue el doctor "J", el encargado en turno para saber que dice él, mientras tanto me hacen un tacto y me dicen que tengo 4 cm de dilatación, le informo a una enfermera y un doctor sobre mi situación esperando que pudieran atenderme porque ya había sido bastante sufrimiento durante 24 horas, pidiéndoles que me atendieran

e hicieran caso a la referencia que llevaba del ginecólogo. Alrededor de las 10 de la mañana llega un doctor a la recepción, la doctora que me realizó el tacto en la mañana le da información sobre mí, esperando a que el doctor se acercara a mí no lo hace hasta que le pido a una de las enfermeras que le hable, cuando llega me pregunta que sí que me pasa, a lo que le respondo que si ya me van a realizar la cesárea y me dice que no porque me han estado checando la presión y está muy bien, la bebé y yo nos encontrábamos muy bien. Le pregunto que si no van a hacer caso a la referencia que me habían dado, a lo que me dice que no, que eso lo hacen con mucha frecuencia los doctores particulares para sacar dinero, le insistí que corroboraran con los estudios que ellos consideraran necesarios si el diagnóstico del doctor Ramón Aguilar no era correcto, él refiere que tanto mi salud como la de la bebé se encuentra en perfecto estado, que los dolores son normales de cualquier embarazo, lo que escucho y veo en el monitor es el corazón de mi bebé, y le da la instrucción a una enfermera de que me aplique más oxitocina. Alrededor de la 1 pm es cuando comienzo a sentir los efectos de la oxitocina, sentí un dolor que parecía que me iba a partir la espalda en dos, preocupada porque no hacían caso de la referencia que había llevado, sentía impotencia, coraje, cansancio, sed de tantas horas sin tomar agua, incluso sentí que iba a llegar a morir en sus manos y sin poderme mover porque los dolores eran cada vez más fuertes, me puse a llorar y traté de ser fuerte pensando en los consejos que me había dado la familia, me dijeron que si uno se pone a llorar menos le hacen caso. En mi desesperación pido que me lleven a ver a uno de mis familiares, el doctor "J" me lleva en camilla al área de Tocología en donde se encontraba mi mamá, llorando le digo que no me están haciendo caso y que no aguanto los dolores, a lo que el doctor, "J" le dice a mi madre que lo que pasa es que mi esposo entró y me hizo enojar y que por eso estaba llorando, cosa que no era cierta. Le digo que lo que quiero es que salven a mi bebé, y el doctor dice que no tengo que

preocuparme, las dos nos encontrábamos en un buen estado, que me fuera a aliviar por parto natural, mi mamá le encarga al doctor que me cuide, ya que quiero mucho a mi bebé y estoy muy ilusionada por su llegada y le pregunta que si en cuanto tiempo iba a tener a mi bebé a lo que él responde que de 5 a 8 hrs. El doctor, me traslada de nuevo al área de expulsión, le da la instrucción a una de las enfermeras que me llevara algo de comer, luego me llevan de comer, no pude pasar bocado debido a los dolores tan fuertes. Alrededor de las 3 pm los dolores eran más fuertes, una enfermera estaba checando cada cuando me llegaban las contracciones, se fue y anotó en una tabla, el doctor "J" se acercó a ella y después volvió la enfermera con unas pastillas para mi presión, cosa que le digo que mi presión la siento bien, y me dice que quieren mantenerme estable, la enfermera sigue checando las contracciones y tocando mi panza, le digo que ya no puedo más, me checa por aproximadamente 5 minutos, se va y le dice al doctor "J" que estoy teniendo contracciones cada minuto, el doctor le dice que no cree, que revise bien, vuelve y me revisa con su celular y le confirma al doctor que sí tengo las contracciones cada minuto, llega el doctor y me realiza un tacto, le mencioné que yo ya no sentía a mi bebé y me dijo que era normal que no la percibiera a causa de mis dolores, al momento del tacto me dice que ya tengo 6 cm de dilatación, le dice a uno de los enfermeros que me aplique más oxitocina, le dije que ya no aguantaba y me dejaron un rato sola con contracciones cada minuto, me sentía muy cansada, me dormía en lo que iban y venían las contracciones, en eso llega la enfermera "F" que me había dejado la noche anterior y el doctor "G" y los dos me dicen que si que hago ahí todavía, les pedí que me auxiliaran, el doctor me hizo un tacto y al poco tiempo reventé fuente y pude apreciar que era de color verde, y el doctor "G" pide que preparen la cesárea, me llevaron inmediatamente a quirófano, ahí se encontraba el doctor "G" y enfermeras, me pasaron de una cama a otra y me pidieron que me pusieran en posición fetal, pero no podía debido a las contracciones,

una enfermera me dijo que le avisara cuando pasara la contracción, y después de tres pudieron realizarme el bloqueo, no pasaron dos minutos para cuando ya no sentí mis piernas, debido al agotamiento me quedaba dormida de repente, y cuando despertaba le preguntaba a la enfermera que si ya había nacido mi bebé, me respondía que en un momento llegarían las señoritas de pediatría a darme informes, así sucedió en varias ocasiones y les dije que lo que había pasado era que algo le había pasado a mi bebé, al poco tiempo llegó el doctor "G" a decirme que lamentablemente no habían podido hacer nada por mi bebé, que murió por falta de oxígeno, no traía líquido amniótico, que se encontraba cubierta por una crema, como una crema verdosa de chicharos y traía una vuelta muy apretada del cordón umbilical y que murió de un paro cardíaco. Yo les dije que todo ese diagnóstico ya lo sabía y nada hicieron por salvarla a tiempo. El doctor me dijo que él había dejado instrucciones de que me prepararan para cesárea, no sabe que pasó, pero que yo estoy en todo mi derecho de demandar y en caso de requerir su testimonio él diga que no es cierto. Me comentó que las frecuencias que me registraron eran mías y no del bebé, yo le estaba pasando pulso a ella, tenía entre 3 y 4 horas de muerta. Las señoritas de pediatría me llevaron a mi bebé envuelta en una cobijita color morado, fue algo muy desgarrador verla muerta, tenerla entre mis brazos con la impotencia de que no pude hacer nada por ella, y que los médicos antes mencionados no pudieron hacer nada para salvarla a pesar del conocimiento previo que tenían del caso, tuvieron tiempo suficiente y aun así no hicieron nada, jugaron a ser dioses y se basaron en sus opiniones, en el resumen clínico proporcionado mencionan que me hicieron estudios y todo estaba bien entre mi bebé y yo, cosa que no fue así, sólo me realizaron tactos, si a eso se le llaman estudios, son personas que no tienen ética ni servicio de profesionalidad. Anotando que el lunes 18 de diciembre acudo con mi esposo a Fiscalía a la Unidad de Delitos Contra la Vida con el licenciado "K" que me dice que no puede recibir mi denuncia o

querella, ya que primero tenían que pedir el expediente al Hospital General y luego pedir intervención del SEMEFO para ver su dictamen ya que no encontraba con autopsia de la pequeña “L” y posterior a ello pedir una segunda opinión de la CONAMED, y ya las dos instituciones iban a decidir si mi denuncia procedía o no y me dice que la respuesta sería tardada ya que se atraviesan los días vacacionales y que aún no saben quién estará a cargo, que aproximadamente dentro de 60 a 90 días recibiré respuesta. El 20 de diciembre acudimos a las instalaciones del Hospital General con la licenciada “M”, de Calidad, mandó llamar al personal directivo del hospital, pasamos a la sala de juntas en la cual se encontraba la Subdirectora, la Directora de Ginecoobstetricia, una licenciada de recursos humanos, un licenciado de administración y la licenciada “M”, nos dijeron que darían respuesta en un lapso de 30 días como mínimo y máximo de 90 y que girarán un oficio a todos los doctores involucrados en mi caso para pedirles la versión de sus hechos, luego nos notificarán la solución a la que llegaron y que en ningún momento nos confrontarán cara a cara con los doctores. Nos informan que el día 11 de diciembre se reunieron todos los doctores involucrados y llegaron a una resolución, pero que no podían decirme cual era, ya que era estrictamente prohibido, que sólo puede ser solicitado por una institución oficial...”.

2.- Se giró oficio número YAO 5/2018, dirigido al doctor Carlos Benites Pineda, Director del Hospital General, de fecha 4 de enero de 2018, en el cual se pide que se otorgue informe del diagnóstico y la atención brindada a “A”, para que asimismo se hiciera del conocimiento de este Organismo derecho humanista cuales habían sido los médicos y enfermeros responsables de la atención y tratamiento de la impetrante, el motivo del deceso del neonato, y asimismo, se hicieran constar los antecedentes del asunto, así como los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones impugnados.

3.- En fecha 13 de febrero de 2018, la autoridad dio contestación a los hechos materia de la queja mediante el informe signado por el licenciado Mauricio Arturo Carrillo Flores, que en lo medular manifestó lo siguiente:

*“...PRIMERO. La Unidad Médica denominada Hospital General "Doctor Salvador Zubirán Anchondo", es un nosocomio perteneciente a la estructura orgánica de Servicios de Salud de Chihuahua, esto de conformidad con lo que establece el Artículo 14 fracción IX, inciso a) del Reglamento interior de Servicios de Salud de Chihuahua.
SEGUNDO.- En este contexto se brinda bajo el presente, toda la información relacionada con el caso del hoy quejoso.*

CAPÍTULO I ANTECEDENTES

Son los que presenta dentro de su queja y que por cuestión de ahorro de material se solicita se tengan por reproducidos los mismos en obvio de repeticiones...

CAPITULO II EXISTENCIA DE LOS ACTOS U OMISIONES

En virtud de la queja manifestada por la impetrante, y a partir del momento en que se tuvo conocimiento del hecho tan lamentable sucedido en el caso que nos ocupa, se iniciaron las investigaciones conducentes para tratar de esclarecer lo sucedido en el caso presente, con el objeto de conocer el panorama completo y revisar a detalle los argumentos de los médicos involucrados en los procedimientos aplicados a la paciente hoy quejosa, por lo que de manera concreta nos disponemos a dar contestación a todos y cada uno de los hechos vertidos en la presente queja, así como a informar

lo solicitado por ese Organismo derecho humanista en sus oficios número YA 0412018 e YA 05/2018:

PRIMERO.- Al respecto informamos que la copia del expediente clínico certificado de la hoy quejosa ya fue enviado mediante el oficio numero SS/DJ/32-2018 con fecha 1 de febrero del presente año.

SEGUNDO.- Si tenemos conocimiento de este hecho, y nos encontramos realizando las investigaciones correspondientes con el personal involucrado.

TERCERO.- El diagnóstico y atención de la paciente fue el siguiente: Paciente femenino de 30 años de edad de nombre "A", primo gesta portadora de embarazo de 39.2 semanas de gestación por Núm. 6 de marzo de 2017 y fecha probable de parte 11 de diciembre de 2017. Acude por primera vez al Triage de Toco Cirugía el día 4 de diciembre de 2017 a las 19:10 horas TA 120180 FC 98 FR TEMP 36° C. Por referir actividad uterina de baja intensidad con embarazo de 38.5 semanas, dolor cólico, 32 cm de fondo uterino, y frecuencia cardiaca fetal de 140 por minuto, a la exploración encuentran cérvix de 2 cm con 50% borramiento, se deja cita abierta con indicaciones de alarma obstétrica.

- 6 de diciembre de 2017, 10:34 horas. TA 143191 corregida manualmente 130/80 FC96 FR20 Temperatura 36.3 embarazo de 39.1 semanas con dolor tipo cólico hipogastrio, así como expulsión de tapón mucoso, movimientos fetales presentes, no hay salida de líquido transvaginal. Exploración física: consciente, cooperadora con altura de fondo uterino de 32 cm, producto único vivo, cefálico, longitudinal, dorso derecho con frecuencia cardiaca fetal de 135 latidos por minuto, líquido normal, placenta grado II. Al tacto cérvix posterior 1 cm de dilatación, 60% borramiento, amnios íntegro sin

*pérdidas, alta con cita abierta e indicaciones de alarma. 17:41hrs
TA 129/90 FC 78 FR 19 TEMP 36° C.*

- *Regresa con aumento de actividad uterina irregular, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal 132, producto longitudinal, cefálico, cérvix posterior 2 cm. y 40% borramiento, reporte de médico particular con reporte que menciona índice de líquido amniótico de menos de 3 cm., índice cefaloplacentario de 1% placenta grado III y circular de cordón por sonografía. Se ingresa a toco cirugía para monitorización, se inicia manejo antihipertensivo con metildopa 250 mg. vía oral cada 8 horas e hidralazina 30 mg. vía oral cada 6 hrs.*

- *Toco cirugía 6 de diciembre de 2017 20:00hrs DX de embarazo de 39.2 semanas, estado hipertensivo a clasificar y probable oligohidramnios. Paciente en trabajo de parto en fase latente con signos vitales TA 130/90, FC 83 FR 17 producto vivo con 137 latidos por minuto, registro toco cardiográfico categoría I amnios íntegro, con reporte de laboratorio clasificados normales, examen general de orina sin proteinuria elevadas TGO 68, TGP 172 química sanguínea normal. Se clasifica como preeclampsia sin datos de severidad. Pendiente sonografía por médico radiólogo, estabilización hemodinámica, vigilancia materna y fetal estrecha sin indicación de interrupción urgente y o quirúrgica del embarazo. Se toma nuevo registro toco cardiográfico, se clasifica categoría I reactivo, con movimientos fetales presentes y sin perdidas vaginales.*

- *7 de diciembre de 2017 7:23 horas. Continúa estable con trabajo de parto en fase activa con 4 cm de dilatación 60% de borramiento producto único vivo con 142 latidos por minuto, estable hemodinámicamente con TA 125/75 FC 74, FR 20 TEMP 36°. Sin urgencia del embarazo, no hay evidencia de sonografía que*

corrobore diagnóstico de oligohidramnios por lo que se inicia conducción de trabajo de parto con oxitocina según la guía de práctica clínica de atención de trabajo de parto IMSS 52-08.

- *18:20. Horas. Producto vivo con frecuencia cardiaca fetal de 100 latidos por minuto, al tacto, con cérvix 5 cm. de dilatación con 60% de borramiento, amnios roto con tinte meconial en sopa de guisantes con sangrado transvaginal rojo oscuro en guante, se decide interrupción urgente del embarazo por vía abdominal con los siguientes diagnósticos: estado fetal no confiable/ desprendimiento prematuro de placenta.*

- *19:15 horas. Reporte postquirúrgico: Producto cefálico de 3390 grs. apgar, silverman no valorables, óbito trasparto a las 18:45 horas útero normal, cordón umbilical normal, circular de cordón ajustado a cuello, desprendimiento de placenta normo inserta de un 50% aunado a líquido meconial en sopa de guisantes, mismo que obra dentro del expediente y que fue elaborado según la opinión de la doctora Rosa Emma Martínez Sandoval, Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia y que obra dentro del expediente clínico de la hoy quejosa, el cual ya les fue remitido.*

CUARTO.- Los médicos que atendieron a la paciente fueron los siguientes: "AA" médico residente, "BB" médico especialista, "J" médico especialista, "DD", médico especialista, "CC", médico especialista", "EE", médico especialista, "G", médico especialista, "FF", residente, "GG", residente, "HH", médico especialista, "II" médico especialista.

QUINTO.- El motivo del deceso del neonato, es complicado establecerlo, ya que como lo debe saber ese Organismo derecho humanista la hoy quejosa y su familia se negaron a que se realizara

la necropsia correspondiente al producto, razón por la cual es imposible saber las causas del deceso del neonato, de manera tal que solo podemos apegarnos a lo establecido en el certificado de defunción en el cual se establecieron como causas de la muerte la interrupción de la circulación feto placentaria, el desprendimiento de placenta normoincerta y la circular de cordón ajustado a cuello, certificado de defunción que fue elaborado por el doctor "G", médico especialista en ginecología y obstetricia, con número de cedula profesional "C", quien fue el que realizó la operación de cesárea a la hoy quejosa. Una vez atendidas las solicitudes efectuadas por ese Organismo derecho humanista en sus oficios números YA 04/2018 y YA 005/2018, girados tanto al Secretario de Salud como al Director del Hospital General "Salvador Zubirán Anchondo", me dispongo a dar contestación a los hechos vertidos por la hoy quejosa:

Por lo que respecta a sus manifestaciones en cuanto a que se le atendió durante todo su embarazo en el CAAPS NOGALES y que una vez que la gestación del producto alcanzó el grado de madurez necesario, la refirieron al Hospital General "Salvador Zubirán Anchondo" para seguir con el procedimiento correspondiente, es correcto, ya que ese es el protocolo que se sigue en el tratamiento de un embarazo, pues el CAAPS NOGALES no se encuentra capacitado para atender un parto, por tal motivo es que este tipo de casos son turnados a una unidad de mayor nivel.

Asimismo y en cuanto a las narraciones realizadas por la hoy quejosa en cuanto a que el personal del Hospital General tuvo discrepancias en los chequeos que se le realizaron los días 4 y 6 de diciembre de 2017 con referencia a la dilatación que tenía con motivo de su próximo alumbramiento y que a su vez no atendieron la referencia que traía consigo la hoy quejosa de su doctor particular, en primer lugar es pertinente hacer ver a ese Organismo derecho humanista que los

tactos vaginales que realizan los médicos pueden variar, es decir, la valoración de la exploración es muy subjetiva y su exactitud queda limitada si no es llevada a cabo siempre por el mismo profesional, y otro tipo de circunstancias como por ejemplo que la paciente se encuentre en la misma posición en todos los tactos que se le realicen, de ahí que dichas diferencias en las longitudes aducidas por los diferentes médicos que les tocó recibir a la hoy quejosa en los días anteriormente mencionados son muy probables que tiendan a tener variaciones.

Ahora bien y en cuanto a lo argumentado por la hoy quejosa en el sentido de que los médicos tratantes hicieron caso omiso de la indicación que traía de su médico particular es parcialmente cierto ya que como lo podrá observar ese Organismo derecho humanista del análisis que efectúe al expediente de la hoy quejosa, el doctor del turno vespertino que le tocó recibirla el día 6 de diciembre de 2017 de nombre "G", la dejó lista para que se le realizara cirugía de cesárea, previo a cumplir con el ayuno que toda persona debe tener antes de ser sometida a una operación quirúrgica, así como a los análisis correspondientes, dentro de los cuales se encontraban una sonografía de tercer nivel, con la cual se buscaba descartar o bien corroborar lo que su médico particular indicaba en su referencia.

Conviene hacer ver a ese Organismo derecho humanista que el día que la hoy quejosa se presentó en el Hospital General el día 6 de diciembre de 2017, solo presentó una hoja de referencia emitida por el doctor Ramón Aguilar, es decir, no presentó la imagenología que anexa actualmente en la presente queja. Ahora bien, ese Organismo derecho humanista no debe perder de vista que el doctor Ramón Aguilar, médico particular de la hoy quejosa, es especialista en ginecología y obstetricia, es decir no especifica tener una especialidad en ultrasonografía o imagenología como para emitir un diagnóstico

certero como tal, como lo señala la Norma Oficial Mexicana 028-SSA3-212 de regulación de los servicios de salud, la cual para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica, establece lo siguiente:

“...8. Del personal profesional y técnico que realiza estudios de ultrasonografía diagnóstica.

8.1.1 Debe ser médico especialista, en ultrasonografía diagnóstica o en imagenología diagnóstica y terapéutica, deberá contar con: certificado de especialización expedido por institución de enseñanza superior o de salud reconocida oficialmente; registrada por la autoridad educativa competente;...

...8.3 Los médicos especialistas en otras ramas de la medicina, deberán contar con: certificado de especialización expedido por la institución de enseñanza superior o de salud reconocida oficialmente; registrado por la autoridad educativa competente, así como acreditar documentalmente haber realizado estudios de ultrasonografía diagnóstica en su especialidad...”.

Por lo que como lo podrá observar ese Organismo derecho humanista, dicho médico particular no está facultado para emitir diagnósticos de tal magnitud, aunado al hecho de que la terminología que utiliza en su hoja de referencia es inadecuada ya que por ejemplo utiliza el termino índice “cefaloplacentario” el cual no existe dentro de la literatura de la medicina, lo correcto sería “cerebro placentario”. Ahora bien, analizando la imagenología ofrecida por la hoy quejosa, nos damos cuenta que la misma carece de información básica que todo estudio de este tipo debe contener como lo es reportar el número de fetos, situación de frecuencia cardíaca fetal, fotometría completa que incluya longitud femoral, circunferencia abdominal, circunferencia cefálica, diámetro vi parietal para poder datar la edad gestacional,

también se debe incluir un examen de la anatomía fetal por aparatos y sistemas en búsqueda de malformaciones congénitas, se debe hacer una descripción de la placenta, su sitio de implantación y su grado de madurez, la localización del cordón umbilical, un análisis del líquido amniótico que incluya características y cuantificación del líquido especificando que método se utilizó para dicha cuantificación, (ILA O MCV) ya que sus parámetros de normalidad son diferentes, también se debe definir el sexo del producto y describir la dinámica fetal que incluye la movilidad del producto, movimientos respiratorios y tono fetal, estos tres últimos parámetros nos permiten realizar un reporte de perfil biofísico fetal, de tal manera que es claro que dicho estudio de imagenología, es carente en cuanto a la información que desarrolla en el mismo el cual no cumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 028-SSA3 -2012.

Por lo que los parámetros físicos que en ese momento arrojaba la paciente hoy quejosa no eran determinantes para el desembarazo correspondiente mediante una cirugía de cesárea, de ahí que era necesaria la sonografía de tercer nivel que solicitaron los médicos que la trataron durante su internamiento en dicho nosocomio, y que como lo podrá observar ese Organismo derecho humanista, la orden de dicha sonografía fue solicitada tanto en el turno vespertino como en el turno nocturno, cabe mencionar que dicha solicitud no fue efectuada de manera urgente, ya que como lo mencionamos anteriormente los parámetros médicos de la paciente y del producto no arrojaban signos negativos, es decir, los mismos se encontraban dentro de los niveles normales, según lo marcan los mismos parto gramas y los registros cardiográficos que obran dentro del expediente clínico de lo hoy quejosa; de tal forma que según el criterio de los médicos tratantes, la hoy quejosa podía fácilmente esperar a que el área de radiología pudiera efectuarle tal estudio y a su vez seguirla monitoreando para que su parto fuera natural.

Ahora bien ese Organismo derecho humanista no debe perder de vista que nos encontramos dilucidando el actuar de médicos que laboran dentro de un hospital público, y que como tal tiene sus turnos correspondientes establecidos los cuales deben ser respetados, tal es el caso que el doctor del turno vespertino, el doctor "G", ya no alcanzó a realizar la intervención quirúrgica debido a que ya no estaba dentro de su horario laboral, por tal motivo entrego a la paciente al doctor "I" del turno nocturno, el cual mantuvo en espera y con los cuidados necesarios a la hoy quejosa, tan es así que contrario a lo que argumenta la hoy quejosa en el sentido de que el doctor del turno nocturno la checó hasta en la madrugada, lo cierto es que siempre estuvo pendiente de ella desde el inicio de su turno tal y como se puede observar en el expediente clínico de la hoy quejosa ya que existen chequeos efectuados y firmados por el doctor "I" en donde viene su firma y la hora en la que la atiende.

Ahora bien lo cierto es que no podía realizar la intervención quirúrgica porque no tenían aún la sonografía de tercer nivel requerida, ya que dicho nosocomio no cuenta con radiólogo en ese turno, aunado al hecho de que como lo explicamos en el párrafo anterior, los parámetros de la hoy quejosa y del producto se encontraban estables, de manera tal que el turno del doctor "I" transcurrió sin poder hacer la cirugía de cesárea correspondiente.

No es sino hasta el turno del doctor "J", médico encargado del turno matutino en donde dicho estudio debió haber sido realizado más sin embargo desconocemos los motivos por los cuales no le fue realizado dicho examen, ya que como lo podrá observar ese Organismo derecho humanista dentro del expediente clínico de la hoy quejosa en el turno matutino también está indicado dicho examen sonográfico, mas sin embargo y como lo hemos venido explicando en párrafos

anteriores los signos vitales tanto de la hoy quejosa como los del producto se encontraban estables y todo indicaba que “A” podía tener un parto natural normal, ahora bien ese Organismo derecho humanista no debe perder de vista que la cirugía de cesárea se encuentra tipificada como un delito de violencia obstétrica que para realizarla se debe contar con todos los elementos que sitúen a la paciente en un estado imposible para un parto natural o bien que la paciente se encuentre en un estado en donde esté en peligro su vida o la del producto, pues de otra manera la cesárea sin elementos contundentes para practicarla nos centraría en una violencia obstétrica, ya que del análisis que se efectúe al expediente de lo hoy quejosa podrá observar que los parámetros de salud tanto de “A” como los de su producto estaban completamente normales.

Ahora bien y en cuanto al caso presente, es pertinente hacer del conocimiento de ese Organismo derecho humanista que la hoy quejosa interpuso ante este Organismo de Salud Estatal un procedimiento de reclamación patrimonial, mismo que quedó radicado bajo el número “ÑÑ”, procedimiento que está siendo atendido por el personal del Departamento de Asuntos Jurídicos de dicho Organismo, en la cual dentro de sus momentos procesales oportunos tendrán que desahogarse todas y cada una de las periciales colegiadas emitidas por expertos en la materia que nos permitan determinar con más claridad y fundamentos las probables omisiones de los médicos tratantes y así en su caso poder deslindar responsabilidades en contra de los funcionarios públicos involucrados, y a su vez poder determinar si existió mala práctica médica o no, y sobre todo una relación causa - efecto en la muerte del neonato de la hoy quejosa “A”, y en su caso, determinar la probable indemnización correspondiente en cuanto a los términos y condiciones establecidos por la ley correspondiente.

A su vez y en concomitancia con la reclamación anteriormente mencionada este Organismo Estatal de Salud, se dispone a iniciar un

procedimiento administrativo disciplinario ante la Secretaria de la Función Pública en contra de los médicos que tuvieron bajo su encargo los cuidados y procedimientos en la persona de la hoy quejosa y su producto, para que esa autoridad administrativa determine si dichos funcionarios públicos incurrieron en responsabilidad administrativa o no, y de ser así se apliquen las sanciones correspondientes según la Ley del Responsabilidad de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua...”.

II.- EVIDENCIAS

4.- Escrito de queja de fecha 22 de diciembre de 2017 interpuesta por “A” y acuerdo de radicación de ese mismo día, ya transcrito en el hecho marcado como 1. (Visible en fojas 1 a la 10).

5.- Oficio número YA 545/2017 de solicitud de informes de fecha 4 de enero de 2017 emitido por la Visitadora ponente y dirigido al doctor Carlos Benítez Pineda, Director del Hospital General “Doctor Salvador Zubiran Anchondo”. (Visible en fojas 11 y 12).

6.- Oficio YA 004/2018 de fecha 4 de enero de solicitud de informes emitido por la Visitadora ponente y dirigido al doctor Ernesto Ávila Valdez, Secretario de Salud. (Visible en fojas 13 y 14).

7.- Oficio SS/DJ/11-18 de fecha 11 de enero de 2018 emitido por la autoridad, en donde establece que dará respuesta a la solicitud de informes en una sola contestación. (Visible en foja 15 y 16).

8.- Acta circunstanciada de fecha 29 de enero de 2018, mediante la cual se hace constar que se aportan por parte de la impetrante diversas pruebas documentales consistentes en notas periodísticas, copia simple de denuncia y/o querrela de fecha 12 de enero de 2018 interpuesta ante la Fiscalía General del Estado, acta de defunción

de la menor "OO", de fecha 25 de enero de 2018, petición médica urgencia de ingreso hospitalario de "A" emitida por Ramón Aguilar de fecha 6 de diciembre de 2017, tarjeta de citas de la impetrante, ticket de cobro de consulta de urgencias, comprobante de pago de laboratorio clínico, póliza de afiliación al Seguro Popular de "A", foja de control prenatal, nota de egreso y contra referencia, disco compacto de ultrasonido previo a internarse en el hospital. (Visibles en fojas 17 a la 49).

9.- Oficio YA 051/2018 de fecha 30 de enero de 2018, en el cual la Visitadora ponente da vista al licenciado Fabián Octavio Chávez, psicólogo adscrito a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos para que realice una valoración psicológica de la quejosa. (Visible en foja 50).

10.- Oficio YA 046/2018 emitido por la Visitadora ponente y dirigido al doctor Ernesto Ávila Valdez, para que en vía de colaboración enviara a este Organismo derecho humanista copia certificada del expediente clínico de "A". (Visible en foja 51).

11.- Oficio YA 45/2018 de fecha 29 de enero de 2018 emitido por la Visitadora ponente y dirigido al licenciado Cesar Augusto Peniche Espejel, Fiscal General del Estado, solicitando información acerca de los avances y el estado en el que se encontraba la carpeta de investigación "U". (Visibles en foja 52)

12.- Actas circunstanciadas de fecha 31 de enero en donde se hacen constar las comparecencias y los testimonios de "V" y "X". (Visibles a fojas 53 a la 58).

13.- Oficio SS/DJ/32-2018 de fecha 1 de febrero de 2018, mediante el cual la autoridad envía a esta Comisión copia certificada del expediente clínico de "A" (Visible a fojas 61 a 189).

14.- Informe de fecha 18 de enero de 2018 rendido por la autoridad mediante oficio SS/DJ/022-2018. (Visibles en fojas 192 a la 204).

15.- Oficio YA 74/2018 de fecha 14 de febrero de 2018 dirigido a la doctora María del Socorro Reveles, adscrita a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos,

por parte de la Visitadora ponente, con la finalidad de que valorara el expediente clínico de “A” y en su momento emitiera su opinión técnica. (Visible en foja 205).

16.- Acta circunstanciada de fecha 21 de febrero de 2018 (visible a fojas 209 y 210), mediante la cual la Visitadora ponente hizo constar la reunión de trabajo que se tuvo entre autoridad y la impetrante, manifestándose en lo que interesa, lo siguiente:

- a) *Por parte de la impetrante manifiesta encontrarse presente con el fin de llegar a un acuerdo conciliatorio, tomando la palabra el abogado defensor de “A” quien manifiesta que esperaran a que se desahogue en su totalidad el procedimiento de responsabilidad patrimonial, para efecto de que se determine la responsabilidad del personal médico involucrado y de igual manera valoradas las pruebas y en su caso resultando factible para “A” una indemnización.*

- b) *Por parte de la autoridad manifiesta que se dio inicio a un procedimiento interno laboral, el cual se lleva ventilando dentro del Departamento de Responsabilidades y que al momento se encuentran suspendidos los doctores de los cuales se vieron involucrados durante la atención medica de “A” esto en base del procedimiento interno laboral, manifestando que realizaran la solicitud a Dirección de Planeación Evaluación y Desarrollo de la Secretaria de Salud para que revisen la viabilidad de acuerdo a la infraestructura presupuesto y terreno disponible para la elaboración de una sala especial para la recuperación de madres de niños no natos, de igual manera manifiestan que esperarán a que se desahogue en su totalidad el procedimiento de responsabilidad patrimonial, así como en las instancias correspondientes y esperar su resolución.*

17.- Valoración Psicológica de “A” fecha 2 de marzo de 2018 emitida por el licenciado Fabián Octavio Chávez Parra, psicólogo adscrito a esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, mediante la cual concluye que la quejosa se encuentra afectada emocionalmente por el proceso que refirió haber vivido, de acuerdo con los hechos narrados en su queja. (Visible a fojas 212 a la 215).

18.- Oficio UDH/CEDH/436/2018 de fecha 2 de marzo de 2018, emitido por el maestro Sergio Castro Guevara, Secretario Particular del Fiscal General del Estado y agente del Ministerio Público, donde hace del conocimiento de esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos que la carpeta de investigación que se encuentra integrándose con motivo de la denuncia de “A”, está en su fase de investigación. (Visible a fojas 217 y 218).

19.- Oficio YA 243/2018 emitido por la Visitadora ponente y dirigido a la Secretaría de la Función Pública (visible a fojas 223 a 225) mediante el cual se solicita a dicha dependencia copia certificada de la resolución del asunto de “A”, al cual da contestación en fecha 7 de septiembre de 2018 mediante oficio SFP-DPI-94/2018, en donde manifiesta principalmente lo siguiente:

“... a).- El día 30 de enero de 2018 mediante oficio SFP-DNC-29-2018, se solicitó un informe pormenorizado en torno a la queja en cuestión al entonces Secretario de Salud.

b).- En respuesta al oficio SFP-DNC-29-2018, mediante similar SS/DJ/48-2018 de fecha 13 de febrero de 2018, el Licenciado “W” abogado adscrito al departamento jurídico de la Secretaria de Salud Informo que aún no habían desahogado los peritajes médicos que permitieran determinar si la atención brindada a “A” fue la adecuada.

c).- El día 7 de septiembre de 2018, mediante oficio SFP-DPI-93-2018, se solicitó al licenciado Mauricio Arturo Carrillo Flores, copia certificada de las constancias que obren en el procedimiento de

Reclamación Patrimonial PARP 01/2018, e indicar si la atención brindada a “A” fue la correcta...”

III.- CONSIDERACIONES:

20.- Esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos es competente para conocer y resolver en el presente asunto atento a lo dispuesto por el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los artículos 1, 3 y 6 fracción II inciso a), de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

21.- Según lo indican los numerales 39 y 42 del ordenamiento jurídico en consulta, es procedente por así permitirlo el estado que guarda la tramitación del presente asunto, analizar y examinar los hechos, argumentos y pruebas aportadas durante la indagación, a fin de determinar si las autoridades o servidores públicos violaron o no los derechos humanos, al haber incurrido en actos ilegales o injustos, de ahí que las pruebas aportadas en la investigación realizada, en este momento deberán ser valoradas en su conjunto de acuerdo a los principios de la lógica y la experiencia, pero sobre todo en estricto apego al principio de legalidad que demanda nuestra Carta Magna, para una vez realizado esto, se pueda producir la convicción sobre los hechos materia de la presente queja.

22.- Corresponde ahora analizar si los hechos planteados por el impetrante quedaron acreditados, para en su caso determinar si los mismos resultan ser violatorios a derechos humanos.

23.- Tal y como se puede apreciar de la lectura de los hechos materia de la queja, la reclamación esencial de la impetrante radica en que debido a la mala atención médica que la autoridad le proporcionó, el bebé que esperaba desafortunadamente había fallecido, no obstante que previo a su internamiento en el hospital en el cual fue atendida, ya había acudido con un médico particular (Ramón Aguilar) que con anterioridad a su ingreso al nosocomio en cuestión, le había realizado un ultrasonido

y un “Duppler”, en el cual había observado diversas anomalías en el embarazo de “A”, en el sentido de que su bebé traía ausencia de líquido amniótico así como el cordón umbilical enredado, por lo que le mencionó a la quejosa que no pasara de una noche para que le practicaran una cesárea, dándole una referencia médica en la cual dejó asentado todo lo que había visto en dicho estudio, diciéndole a “A” que se la mostrara al médico de turno, de tal manera que cuando “A” y su esposo se dirigieron al Hospital General, el personal del nosocomio hizo caso omiso de todo lo que la quejosa les había advertido acerca de su condición, no obstante que durante su estancia en dicha Institución, les insistió en que algo andaba mal con su bebé, por lo que debían hacerle la cesárea; y que asimismo el personal médico que la atendió no le dio de comer ni de tomar agua durante la noche del día 6 de diciembre de 2017, así como teniéndola desconectada de su familia, sin saber si les daban información acerca de cómo se encontraba la quejosa; en tanto que la autoridad manifestó medularmente en su informe, que la atención que se le había proporcionado a la quejosa mientras estuvo internada en el Hospital General, había sido la adecuada, estableciendo que el motivo del deceso de la bebé de la quejosa era complicado determinarlo ya que la quejosa se negó a que se le realizara la necropsia correspondiente al producto, y que si bien era cierto que los médicos tratantes habían hecho caso omiso en la indicación que traía la quejosa de su médico particular, esto era parcialmente cierto, dado que dicho médico no especificó tener una especialidad en ultrasonografía o imagenología como para emitir un diagnóstico certero, como lo señalaba la Norma Oficial Mexicana 028-SSA3-2012 relativa a la Regulación de los Servicios de Salud para la Práctica de la Ultrasonografía Diagnóstica, y que asimismo, no se le realizó otra sonografía de urgencia en virtud de que los parámetros médicos de la quejosa se encontraban dentro de los niveles normales de acuerdo con los partogramas y registros cardiográficos que obraban dentro del expediente clínico de la quejosa, por lo que fácilmente podía esperar a que el área de radiología pudiera efectuarle tal estudio y a su vez seguirla monitoreando para que su parto fuera natural.

24.- También la autoridad afirma que los médicos laboran dentro de un hospital público y que como tal tiene sus turnos correspondientes establecidos, los cuales deben ser respetados, siendo el caso del doctor “G”, quien ya no había alcanzado a

realizar la intervención quirúrgica debido a que ya no estaba dentro de su horario laboral, siendo este el motivo por el cual había entregado a la paciente al doctor "I", quien le dio los cuidados necesarios a la quejosa y siempre estuvo pendiente de ella, agregando que no se podía realizar la intervención quirúrgica porque no tenían aún la sonografía de tercer nivel requerida, ya que el Hospital General no contaba con Radiólogo en el turno nocturno, aunado al hecho de que la quejosa se encontraba estable, de tal manera que el turno del doctor Hernández había transcurrido sin poder hacer la cirugía de cesárea correspondiente, no siendo sino hasta el turno del doctor Fernando Germes Piña, médico del turno matutino, en donde dicho estudio debió haber sido realizado, el que sin embargo no se llevó a cabo por motivos que se desconocen, pero que esto resultaba intrascendente en virtud de que los signos vitales de la quejosa y los del producto se encontraban estables y todo indicaba que la quejosa podría tener un parto natural normal, amén de que la cesárea se encontraba tipificada como un delito de violencia obstétrica, por lo que para realizarla se debía contar con todos los elementos que situaran a la paciente en un estado en donde estuviera en peligro su vida o la del producto.

25.- Ahora bien, previo a entrar al estudio del asunto que nos ocupa y la evidencia que obra en el expediente, es menester establecer como premisa que el marco normativo que regula la atención materno - infantil, se encuentra principalmente en los artículos 50 a 66 de la Ley General de Salud así como en las diversas Normas Oficiales Mexicanas y Guías Prácticas Clínicas emitidas por el Sector Salud, tales como la relativa a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida (NOM 007-SSA2-2016), la de las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada (NOM-016-SSA3-2012), la de Regulación de los Servicios de Salud que establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos para la Atención Médica (NOM-027-SSA3-2013), la de Regulación de los Servicios de Salud para la Práctica de la Ultrasonografía Diagnóstica (NOM-028-SSA3-2012), la Guía Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Guía Práctica Clínica de Reducción de la Frecuencia de la Operación Cesárea del mismo

Instituto, y los Lineamientos Técnicos de la Cesárea Segura de la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, respectivamente.

26.- Dicha regulación, establece en términos generales que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, y asimismo, derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, de tal manera que pueden decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos, e incluso, tienen derecho a que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes deben establecer procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios.

27.- En ese tenor, tenemos que del análisis del contenido de la queja así como del informe de la autoridad, se desprende que mientras que “A” se quejó de haber recibido una mala atención en el Hospital General, la autoridad manifestó lo contrario. Así, tenemos que de lo mencionado por “A” en su escrito de queja en relación a que los doctores que la atendieron, hicieron caso omiso a la referencia del ginecólogo particular de la quejosa, y atendiendo al informe de la autoridad, obra a fojas 157 del expediente, la referencia médica del doctor Ramón Aguilar Gómez, como especialista en ginecología y obstetricia, la cual fue agregada en su momento al expediente clínico de la quejosa, mediante la cual se observa que fue expedida en favor de “A” en fecha 6 de diciembre de 2017, dirigida a quien correspondiera con una leyenda escrita a mano que dice “urgencia”, distinguiéndose además las siguientes anotaciones: *“...Observaciones: La portadora G1, cursa embarazo 39.2 sem., con un peso aprox. 3.390 kg. +/- 400 gr; se presenta con Índice LA <3 cm. Índice cefaloplacentario de 1% que la calculadora fetal on line lo refiere patológico. Placenta G III. Circular de cordón.*

Diagnósticos: 1er. Emb. 39.2 Sem. ICP Patológico/oligohidramnios. Cirugías: Atn. Obstétrica que corresponda. Indicaciones: Valorar por ginecoobstetra de guardia.”.

28.- Así, de acuerdo con el dicho de la quejosa, el contenido de la documental en estudio y las manifestaciones de la autoridad en su informe, atendiendo a los principios de la lógica y la experiencia de conformidad con lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, esta Comisión considera que debe tenerse por cierto el hecho de que en efecto, dicha referencia médica fue expedida en favor de “A” y que con motivo de ella, decidió acudir al Hospital General a fin de que ahí se le realizara una cesárea, la que sin embargo en efecto no fue motivo suficiente para que la autoridad sanitaria atendiera a la petición de la quejosa en ese sentido.

29.- Sin embargo, se estima que tal cuestión no es suficiente para considerar que la autoridad hubiere actuado de forma irregular o negligente, en virtud de que tanto del dicho de la propia quejosa en su escrito inicial como del informe de la autoridad, se desprende que en cuanto “A” llegó al Hospital General, específicamente en el área de tocología, le dio la referencia en cuestión a una enfermera de nombre “D”, quien le dijo que no se preocupara y la pasó con el doctor “E”, a quien le dio la copia de la referencia que traía la quejosa de su ginecólogo particular, el cual inmediatamente después le realizó un tacto y que al realizarlo le mencionó a la quejosa que no traía labor de parto, y que en el ultrasonido que le había hecho el doctor “E”, todo lo veía muy bien, señalando que incluso le había mostrado la pantalla y que todo lo que veía en los espacios oscuros era líquido, en tanto que lo del cordón umbilical no le veía problema, dado que la noche anterior habían sacado a un bebé con tres vueltas de este mismo; actuar que es acorde con los puntos 4.1 y 4.1.1 de la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS-052-08 relativos a la vigilancia y atención y la atención a la paciente embarazada en fase latente, que consisten en que cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud debe explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio así como los signos de alarma obstétrica, los cuales consisten en sangrado

transvaginal, dolor, contracciones uterinas, Cefalea (dolor de cabeza), acufenos (zumbidos o silbidos que se escuchan en uno o en ambos oídos) y fosfenos (sensación de ver manchas luminosas), edema de cara y manos, secreción de líquido transvaginal, así como la disminución de movimientos fetales, de donde se sigue que a la quejosa no solo le explicaron que su bebé si traía líquido amniótico, sino que además el hecho de traer el cordón umbilical enredado, no era un factor de riesgo, pues como puede observarse de la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS-052-08, tal cuestión no está catalogada como un signo de alarma obstétrica.

30.- Apoyan a lo anterior los Lineamientos Técnicos de la Cesárea Segura de la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, relativos a las indicaciones de la operación cesárea, la cual tiene tres causas: Maternas, Fetales o Mixtas. Entre las maternas se encuentran: La distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica), estrechez pélvica, pelvis asimétrica o deformada, tumores óseos de la pelvis, distocia de partes blandas, malformaciones congénitas, tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto, cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas, cirugía previa del cervix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto, distocia de la contracción, hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta), patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc; entre las fetales: macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica, alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal, malformaciones fetales incompatibles con el parto, embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal y cesárea posmortem; y entre las causas mixtas: síndrome de desproporción cefalopélvica, preeclampsia / eclampsia, embarazo múltiple, infección amniótica e isoinmunización materno-fetal.

31.- En ese orden de ideas y de conformidad con dichos lineamientos, así como del análisis de las evidencias que obran tanto en el expediente que ahora se resuelve como en el expediente clínico de la quejosa, se advierte que no existe ninguna que apoye el dicho de la quejosa o de su ginecólogo particular, que pudiera haber sustentado la necesidad de practicarle a “A” una cesárea de forma urgente al momento en que arribó al Hospital General para ser atendida, por lo que debe concluirse por parte de esta Comisión que en relación a ese hecho en particular, no quedó demostrada alguna negligencia o algún actuar irregular de la autoridad sanitaria, sobre todo si se toma en cuenta que en la propia referencia médica del ginecólogo particular de “A”, no se establece que se le realice a ésta el procedimiento quirúrgico en cuestión, sino que se le proporcionara la atención obstétrica que correspondiera y que fuera valorada por el ginecoobstetra de guardia, lo cual ocurrió en el caso, determinando que no era necesaria la operación cesárea.

32.- No obstante lo anterior, de la evidencia analizada se desprende que posteriormente al ingreso de la quejosa al Hospital General, si existieron una serie de actos irregulares que se tradujeron en una prestación indebida del servicio público de salud.

33.- Así es, del expediente que se resuelve, se desprende que durante la noche del 6 de diciembre de 2017 y aproximadamente hasta las 13:00 horas del día siguiente, la quejosa estuvo sin comer, sin poder tomar agua y sin dejarla que se levantara un poco a caminar, señalando que la noche del 6 de diciembre del referido año, sólo podía ver el reloj y como transcurrían las horas, escuchando los gritos de las demás pacientes que tal vez estaban pasando por lo mismo que ella, completamente desconectada, sin saber si les daban información a sus familiares de cómo se encontraba ella, lo cual si bien admite la autoridad en su informe que en lo relativo a la ingesta de alimentos se le restringieron a la quejosa en virtud de que se tenía que cumplir con el ayuno que toda persona debía tener antes de ser sometida a una operación quirúrgica, nada refirió acerca de la ingesta de líquidos así como de dejar que la quejosa se levantara un poco a caminar, por lo que con fundamento en lo dispuesto por los artículos 36, 39 y 40 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos

Humanos, debe tenerse por cierto que estos hechos ocurrieron de esa manera ocurrió así.

34.- Lo anterior, en virtud de que en efecto, tal y como lo señala la autoridad, de conformidad con los Lineamientos Técnicos de la Cesárea Segura Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, dentro de los cuidados preoperatorios de dicho procedimiento, se encuentra el del ayuno de 8 horas o más (cuando el caso lo permita), sin embargo, perdió de vista que de conformidad con el punto 5.5.5 de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 relativa a la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, a la persona con trabajo de parto, le es permitida la ingesta de líquidos, de acuerdo a sus necesidades, además de que se debe propiciar la deambulaci3n alternada de la paciente con reposo en posici3n sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atenci3n m3dica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posici3n en que la embarazada se sienta m3s c3moda, mientras no exista contraindicaci3n m3dica, en tanto que en el cap3tulo relativo a la Atenci3n a la Paciente en Fase Activa de Trabajo de Parto (calidez, acompa1amiento y l3quido orales y parenterales) de la Gu3a Pr3ctica Cl3nica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo IMSS-052-08 del Instituto Mexicano del seguro Social, establece que las evidencias en las pacientes en trabajo de parto, no muestran beneficios ni da1os en su salud de realizarse dicha acci3n, por lo que no existe justificaci3n para la restricci3n de l3quidos, pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o l3quidos claros durante el trabajo de parto, por lo que entonces, al no existir evidencias o razones por las cuales la autoridad le restringi3 a la quejosa la ingesta de l3quidos as3 como el permitirle que deambulara en el establecimiento en el cual estaba recibiendo atenci3n m3dica, es evidente que la autoridad sanitaria incumplió con los deberes previstos en las fracciones I, XVII, art3culo 23 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores P3blicos del Estado de Chihuahua, relativas a la obligaci3n de los servidores p3blicos de observar la eficiencia y cumplir con la m3xima diligencia el servicio que les sea encomendado, absteni3ndose de realizar cualquier acto u omisi3n que cause una deficiencia del servicio p3blico o que implique la inobservancia de las disposiciones

jurídicas relacionadas con el servicio público, como lo es el caso de la Norma Oficial Mexicana antes referida.

35.- Asimismo, y en relación a la queja de “A” en el sentido de que se encontraba completamente desconectada, sin saber si le daban información a sus familiares de cómo se encontraba ella, esta Comisión cuenta con los testimonios de “V” (suegra de “A”) y de “X” (madre de la quejosa), en el que la primera de las mencionadas afirma que no supo nada de su nuera y de su nieta después de que ingresó al Hospital General (6 de diciembre de 2017), sino hasta el día siguiente en la mañana cuando trató de ingresar al hospital para que le dieran razón de ellas, en donde se le negó la entrada; en tanto que del testimonio de “X”, se desprende que solo alcanzó a ver a su hija por una puerta en donde la acercaron en una camilla, la cual al verla se percató de que estaba llorando, y que el doctor “J” le dijo de manera sarcástica a la ateste que su hija lloraba porque se había peleado con su esposo, cuando que ninguno de los familiares de la quejosa la había visto, manifestando que después de que le notificaron a su yerno la muerte de su nieta, no volvió a ver a su hija, sino hasta las once de la noche, en donde tenía miedo de que le hicieran algo; cuestiones que sin duda le son reprochables a la autoridad, pues tales acciones se traducen en una contravención a lo establecido en el artículo 64, fracción I de la Ley General de Salud, relativa al establecimiento de procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios de los servicios de salud.

36.- Por otra parte, y en relación a la queja de “A” en el sentido de que no se le realizó una sonografía ordenada por “I”, en virtud de que en la noche del 6 de diciembre de 2017 le informaron a la quejosa que no se encontraba personal de turno nocturno, siendo hasta la mañana siguiente cuando abrían el área de radiología, a lo cual la autoridad respondió en su informe que la sonografía de tercer nivel ordenada por dicho médico, en efecto había sido ordenada tanto en el turno vespertino como en el turno nocturno, sin embargo, argumentó que esta no se había realizado porque los parámetros físicos que en ese momento arrojaba la quejosa y del producto, no arrojaban signos negativos y dentro de los parámetros normales según los mismos

partogramas y los registros cardiográficos que obraban dentro del expediente clínico de “A”, por lo que a su criterio, la quejosa podía esperar a que el área de radiología pudiera efectuarle tal estudio, ya que el hospital no contaba con radiólogo en el turno nocturno, agregando que además el actuar de los médicos que laboran dentro de un hospital público, tienen sus turnos correspondientes establecidos, por lo que deben ser respetados, siendo el caso del doctor del turno vespertino “G” quien ya no alcanzó a realizar la intervención quirúrgica debido a que ya no se encontraba dentro de su horario laboral, además de faltar la sonografía mencionada, y que por ese motivo le había entregado a la paciente al doctor “I” del turno nocturno, quien le había proporcionado los cuidados necesarios a la quejosa, no siendo sino hasta el turno del doctor “J”, encargado del turno matutino, quien debió haber realizado la sonografía de referencia, la que sin embargo no se realizó por motivos que la autoridad desconoce, pero que sin embargo como lo había explicado, los signos vitales de la quejosa se encontraban estables y que todo indicaba que “A” podría tener un parto natural normal, pues no debía perderse de vista que la operación cesárea se encontraba tipificada como un delito de violencia obstétrica que para realizarla se debía contar con todos los elementos que situaran a la paciente en un estado imposible para un parto natural o bien que la paciente se encontrara en una situación en la cual se encontrara en peligro su vida o la del producto.

37.- Al respecto, esta Comisión estima que el argumento de la autoridad no justifica la obligación que tiene de cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 en sus puntos 5.2, 7.5 y 7.8, relativas a que en los establecimientos para la atención médica que cuenten con un servicio de urgencias (siendo un hecho conocido que es el caso del Hospital General), el médico responsable de dicho servicio, deberá establecer los procedimientos médico-administrativos internos, así como prever y disponer lo necesario para que el mismo pueda proporcionar atención médica durante las 24 horas del día, los 365 días del año, ocurriendo lo mismo con el apoyo de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del establecimiento, dentro de los cuales se encuentra el servicio de radiología respectivamente, esto, en relación con la diversa NOM-007-SSA2-2016 en sus puntos 3.3, 5.1.8, 5.1.14, en cuyo prefacio se establece que en caso de una complicación no diagnosticada de manera

oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año, de tal manera que dicha norma establece en los puntos mencionados, que por atención de la urgencia obstétrica debe entenderse la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año, que los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año, y que los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

38.- De ahí que el argumento de la autoridad en el sentido de que no contaba con el personal necesario para realizarle una sonografía a la quejosa en el turno nocturno, misma que afirmó que se necesitaba realizarle a la quejosa, previo a la operación cesárea, sea infundado, pues de acuerdo con la normatividad analizada la autoridad estaba obligada a proporcionarle a la quejosa la atención médica integral de carácter preventivo y la diversa médico – infantil a la que se refieren las fracciones III y IV del artículo 27, en relación con el diverso 61 fracción I, 61 bis, de la Ley General de Salud, relativos al derecho de las pacientes a obtener los servicios de salud establecidos en los artículos 50 a 60 de la misma ley, con respeto de sus derechos humanos, de tal forma que debía garantizarle a la quejosa que dichos servicios estuvieran disponibles las 24 horas del día y los 365 días del año, incluido el servicio de radiología. Además, cabe señalar que es contradictorio que la autoridad argumente de inicio que los parámetros físicos que en ese momento arrojaba la quejosa y su producto, no arrojaban signos negativos y que éstos se encontraban dentro de lo

normal, por lo que todo indicaba que “A” podría tener un parto natural normal, y posteriormente argumente que no se le podía realizar a la quejosa la operación quirúrgica de la cesárea, debido a que el doctor “G” del turno vespertino ya no había alcanzado a realizar la intervención quirúrgica de referencia, debido a que ya no estaba dentro de su horario laboral, o que no se contaba con la sonografía de tercer nivel que había solicitado el doctor “I” del turno nocturno para llevarla a cabo, la que incluso señala la autoridad que debió ser realizada después durante el turno matutino del doctor “J”, cuando que de acuerdo con lo primeramente argumentado por la autoridad, la quejosa iba a tener un parto natural.

39.- Ahora bien, no se pierde de vista que la autoridad argumenta también que la operación cesárea a la quejosa no se le realizó cuando ella lo solicitó al personal médico que la atendió, en virtud de que dicha intervención quirúrgica estaba tipificada como un delito de violencia obstétrica que para realizarla se debía contar con todos los elementos que situaran a la paciente en un estado imposible para un parto natural o bien, que la paciente se encontrara en una situación en la cual se encontrara en peligro su vida o la del producto; sin embargo, de acuerdo con lo dispuesto por la fracción I del artículo 1 de la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia esta normatividad establece, entre otras, las bases para la prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres de cualquier edad en el ámbito público o privado, de tal manera que es una legislación que no es del orden penal, por lo que contrario a lo argumentado por la autoridad, no se tipifica en dicha legislación ningún delito, sino el establecimiento de acciones que tiendan a erradicar la violencia contra las mujeres, así como de las definiciones de lo que debe entenderse como violencia contra la mujer, incluida la violencia obstétrica, la cual se encuentra definida en la fracción VI del artículo 5 de la propia ley, estableciendo que es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud que, en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica, y alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; es decir, que la violencia

obstétrica únicamente puede ser considerada como tal, cuando de forma intencional se hubiere sometido a la mujer a una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, de tal manera que si se cuenta con su consentimiento informado, tal cuestión no se configura.

40.- En ese tenor, es entendible que la autoridad pretenda justificar su renuencia a que se le practicara a “A” una operación cesárea, sobre todo si se toma en cuenta que del punto 5.5.1 de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 en todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto, en especial, en mujeres primigestas, debiéndose propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica, procurando una atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas; sin embargo, tanto del expediente en análisis como del expediente clínico de la quejosa, no se desprende que la autoridad le hubiere explicado a la quejosa conforme a los puntos 5.5.20.5 y 5.5.20.6 de la misma Norma, los riesgos y los beneficios asociados de dicha intervención, las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, su derecho a un parto espontáneo, la necesidad de reducir el índice de cesáreas y mucho menos las disposiciones legales relativas a la violencia obstétrica en cuanto la quejosa recién llegó al Hospital General para ser atendida el día 6 de diciembre de 2017, sino que la autoridad sólo se limitó a decirle que todo estaba bien y que estaba muy sana, y no fue sino hasta que existió la urgencia y la necesidad de realizarle la cesárea a la quejosa (7 de diciembre a las 18:00) cuando se le informó la necesidad de hacerlo así como sus complicaciones, pues así se desprende de la hoja de autorización quirúrgica para la realización de la operación cesárea de fecha 7 de diciembre de 2017, elaborada a las 18:10 horas de ese día, que obra en la foja 165 del expediente que se resuelve, lo que se corrobora con los diversos documentos consistentes en el consentimiento de procedimiento anestésico bajo información de esa misma fecha a las 18:00 horas que obra a fojas 158 del expediente, y con la diversa nota prequirúrgica que obra a fojas 95 de la misma fecha elaborada a

las 18:30 horas, datos que se encuentran ausentes en la diversa hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica que obra a fojas 100 del sumario.

41.- Por último, en relación con el señalamiento de la quejosa en el sentido de que como a las 15:00 horas del día 7 de diciembre de 2017 ya tenía los dolores más fuertes y que cuando el doctor “J” fue a verla le realizó un tacto, a lo cual la quejosa le mencionó que ya no sentía a su bebé, a lo que el doctor “J” le respondió que era por las contracciones, las cuales por el dolor no la dejaba percibir a su bebé. Que posteriormente llegó la enfermera “F”, quien ya la había dejado preparada para la cesárea el día 6 de diciembre en la tarde, le preguntó exclamando “¿todavía hija aquí usted?” a lo cual la quejosa le pidió que la auxiliara y que en eso se acercó el doctor “G” quien también le preguntó lo mismo, por lo que enseguida le realizó un tacto, el cual al realizarlo le reventó la fuente, pudiendo apreciar que era de color verde, a lo cual señaló que la prepararan para la cesárea, por lo que la llevaron inmediatamente al quirófano en el cual ya estaba el doctor “G”, pero que ya para ese momento se encontraba muy cansada y se quedaba dormida por instantes, por lo que en una de las ocasiones en que se despertó le preguntó a una de las enfermeras que si ya había nacido su bebé, pero que le decían que después iban las señoritas de pediatría a darle informes, por lo que volvió a quedarse dormida, y al despertar preguntó de nuevo por su bebé, de tal manera que al poco tiempo llegó el doctor “G” diciéndole que lamentablemente no habían podido hacer nada por su bebé, el cual había fallecido por falta de oxígeno y que no traía líquido amniótico, así como que estaba cubierta por una crema, como si fuera una crema verdosa de chícharos y que traía una vuelta muy apretada del cordón umbilical, por lo que había fallecido de un paro cardiaco. Que dicho doctor le mencionó a la quejosa que había dejado órdenes para que se le practicara la cesárea, pero que no sabía que había pasado, diciéndole también que las frecuencias que estaban registrando eran las de la quejosa y no la de su bebé, y que su bebé había fallecido entre 3 y 4 horas previas a la cesárea.

42.- Al respecto, la autoridad informó que el deceso del neonato era complicado establecerlo, en virtud de que tanto la hoy quejosa como la familia se habían negado a que se le realizara la necropsia correspondiente al producto, por lo que era imposible

saber las causas del deceso, de tal manera que la autoridad solo podía apearse a lo establecido en el certificado de defunción, en el cual se había establecido como causa de la muerte la interrupción de la circulación feto placentaria, así como el desprendimiento de placenta normoinsera y la circular de cordón ajustado a cuello, mismo que había sido elaborado por el doctor “G”. Que asimismo siempre se estuvo al pendiente de la quejosa, pues de su expediente clínico se desprendían los cheques efectuados y firmados por el doctor “I”, en donde venía su firma y la hora en que había sido atendida “A”, pero que no obstante ello, la quejosa había interpuesto un Procedimiento de Reclamación Patrimonial que quedó radicado bajo el número “ÑÑ”, mismo que estaba siendo atendido por el personal del Departamento de Asuntos Jurídicos del Organismo de Salud Estatal, por lo que estaba pendiente el deslinde de responsabilidades de los servidores públicos involucrados para determinar si existió mala práctica médica o no, así como la relación causa – efecto en el fallecimiento del neonato de la quejosa “A”, y en su caso determinar la posible indemnización correspondiente en cuanto a los términos y condiciones establecidos por la ley correspondiente, agregando la autoridad que se disponía a iniciar un Procedimiento Administrativo Disciplinario ante la Secretaría de la Función Pública en contra de los médicos que habían tenido bajo su cargo los cuidados y los procedimientos en la persona de “A” y su producto, para que fuera esa autoridad administrativa la que determinara las sanciones correspondientes de acuerdo a la Ley de Responsabilidad de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua.

43.- Para dilucidar lo anterior, esta Comisión cuenta con evidencia suficiente en el expediente para concluir que en el caso existieron omisiones por parte del personal médico que atendió a la quejosa, que violaron las disposiciones de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 (puntos 5.2.1.10, 5.3.1.4 y 5.5.10) y NOM-004-SSA3-2012 (5.1, 5.3 y 6.1.2) relativas a la importancia de llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, dar un correcto seguimiento del embarazo, prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, así como la importancia de la debida integración del expediente clínico, ya que es lo que le da certeza al médico y al paciente, de los procedimientos que se realizarán o los que se llevaron a cabo, de tal manera que en caso de alguna irregularidad o disenso en los procedimientos

médicos, se constituya en una herramienta útil para el análisis del actuar del médico y pueda determinarse si existió o no alguna mala práctica médica, respectivamente.

44.- En efecto, del análisis de la queja, el informe de la autoridad, el expediente clínico de la quejosa y la opinión técnica médica de la doctora María del Socorro Reveles Castillo, como Doctora adscrita a este Organismo derecho humanista, se desprende que en el caso se advierten deficiencias y omisiones que se traducen en una violación al derecho a la protección a la salud consagrado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo que la ley define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, por lo que se justifica su investigación para el efecto de que en su momento, se finquen las responsabilidades administrativas y las reparaciones del daño a las que haya lugar.

45.- Esto, porque “A” afirma en su queja que aproximadamente a las 10:00 horas del día 6 de diciembre de 2017, llegó al Hospital General junto con su esposo de nueva cuenta, en virtud de que ya había desechado el tapón mucoso y sentía un poco de contracciones, lo cual corrobora la autoridad en su informe, documentando la actuación de los médicos que atendieron a la quejosa, a partir de las 10:34 horas y hasta las 19:15 horas de ese día, empero, del análisis del informe de la autoridad y el resumen clínico que obra a fojas 76 del expediente que se resuelve, se desprende que las actuaciones del personal médico en relación con el bebé de “A” del día 7 de diciembre de 2017, entre las 7:23 horas (hora en la que se encuentra una nota de toco cirugía revisando la frecuencia cardíaca fetal del producto entre otras anotaciones, según consta a fojas 97) y las 14:00 horas (en la que se realizó el mismo procedimiento, según se aprecia a fojas 96) y entre esta última hora y las 18:20 horas (hora en la que se determinó hacerle de urgencia la operación cesárea a la quejosa, según las notas prequirúrgicas y postquirúrgicas que obran en la foja 95), no se encuentran documentadas, por lo que existe un lapso de diez horas en el cual no es posible determinar cuál fue la atención que el personal médico le brindó tanto a la

quejosa como su bebé, y si bien es cierto que de la revisión del expediente clínico de la quejosa, se aprecia que existen las diversas atenciones que “A” recibió del personal médico en relación con sus signos vitales, según consta en las hojas de notas médicas y hojas de enfermería que obran a fojas 99, 109, 119 (en la que se documenta la actuación de enfermería del día 7 de diciembre de las 7:30 a las 18:10), 125 y 181 también lo es que en ninguna se hace referencia a las frecuencias cardiacas fetales del bebé de “A”, de lo cual da cuenta la Doctora María del Socorro Reveles Castillo Médico, médico adscrito a este Organismo derecho humanista, quién de acuerdo con su opinión técnica médica de fecha 6 de abril, emitida a solicitud de la Visitadora ponente para que realizara una valoración del expediente clínico de la quejosa, concluyó que si bien en el momento del ingreso de la quejosa al hospital, no existía la indicación de realizarle una operación cesárea según los lineamientos técnicos de la Secretaria de Salud y que la operación cesárea en su momento fue indicada correctamente, no se encontraban completos los registros de vigilancia del trabajo de parto en el expediente clínico, por lo que no se sabía con exactitud el momento en el que fueron detectados el sufrimiento fetal y el desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, y por lo tanto, no se podía determinar si la atención había sido oportuna y que según la información obtenida del expediente clínico, la atención recibida el día 7 de diciembre había sido insuficiente, ya que no se había cumplido con la vigilancia estrecha que debía tenerse durante el trabajo de parto (revisión y registro cada media hora mínimo de la frecuencia cardiaca fetal), lo cual no implica necesariamente que se pudiera haber evitado la causa de muerte fetal (opinión que obra a fojas 219 a la 222 del expediente que se resuelve), la que de acuerdo al acta de defunción que obra en el expediente, se debió a la interrupción de la circulación feto placentaria, circular del cordón umbilical a cuello ajustado, así como el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, misma causa que se establece en el Certificado de Muerte Fetal expedido por la Secretaria de Salud (foja 30).

46.- Así, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, y haciendo uso de los principios de la lógica y la experiencia, tenemos que de la evidencia en mención, este Organismo derecho humanista puede inferir válidamente que el dicho de la quejosa se ve

corroborado, en el sentido de que a eso de las 15:00 horas del día 7 de diciembre de 2017, cuando ya tenía los dolores más fuertes ya no sentía a su bebé, lo que no fue corroborado por el personal médico que la estaba atendiendo, cuestión a la que el doctor “J” únicamente le respondió que era por las contracciones y que era el dolor lo que no la dejaba percibir a su bebé, realizando dicho comentario sin revisar su frecuencia cardiaca ni documentarlo en el expediente clínico de la quejosa, tan es así que como se dijo, tal cuestión no se encuentra ausente del expediente clínico de “A”, pues se reitera que a las 14:00 horas de ese día, es cuando precisamente se le realizó a la quejosa la última toco cirugía documentada, en la cual consta que se revisó la frecuencia cardiaca fetal del producto de “A” (la cual era de 142 latidos por minuto), acción que fue realizada una hora antes de que la quejosa dejara de percibir a su bebé y que dejó de documentarse con posterioridad a ello, cuando que debió ser cada media hora, con lo cual también se corrobora el dicho de la quejosa, cuando afirma que se dio cuenta de que en todos estos procedimientos vio irregularidades e incompetencia del personal médico porque de la presión arterial se les pasaba tomar notas de ellas, así como que el monitor que detectaba las frecuencias del corazón de la bebé dejaba de funcionar o se apagaba, lo que explicaría la ausencia de notas médicas al respecto. Asimismo, tampoco se justifica el hecho de que la autoridad argumente que el deceso del neonato era complicado establecerlo, en virtud de que tanto la hoy quejosa como la familia se habían negado a que se le realizara la necropsia correspondiente al producto, por lo que era imposible saber las causas del deceso, de tal manera que la autoridad solo podía apegarse a lo establecido en el certificado de defunción, en el cual se había establecido como causa de la muerte la interrupción de la circulación feto placentaria, así como el desprendimiento de placenta normoinsera y la circular de cordón ajustado a cuello, mismo que había sido elaborado por el doctor “G”, ya que el artículo 62 de la Ley General de Salud, es claro en establecer que en los servicios de salud, debe promoverse la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes, por lo que tiene la obligación, mediante tales comités, de realizar acciones tendientes a cumplir con los objetivos marcados en dicho dispositivo legal.

47.- Por todo lo anterior, esta Comisión concluye que se violentó lo establecido en el artículos 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, en sus puntos a. y b. de su Protocolo Adicional (Protocolo de San Salvador); 1, 7 y 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en los cuales se dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, entendida como el más alto nivel de bienestar físico, social y mental; la necesidad de asegurar el más alto nivel de este derecho para todos los individuos, especialmente de las mujeres en estado de gravidez, el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

48.- En este entendido, se considera por parte de este Organismo derecho humanista que deberá dilucidarse cuál es el personal médico adscrito a las diferentes áreas de la Secretaria de Salud que estuvo involucrado en los hechos analizados en la presente resolución, que contravino lo dispuesto en los artículos 7, fracción I, V, VII, VIII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y 23, fracciones I y XVII de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua, los cuales señalan respectivamente que los servidores públicos deben actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones, actuar conforme a una cultura de servicio orientada al logro de resultados, procurando en todo momento un mejor desempeño de sus funciones a fin de alcanzar las metas institucionales según sus responsabilidades, promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución, así como salvaguardar la legalidad y eficiencia que deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, con independencia de sus deberes y derechos laborales, tendrán, entre otras, la obligación de cumplir con la máxima diligencia el servicio que les sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de las disposiciones jurídicas relacionadas con el servicio público, cause la suspensión o deficiencia del mismo, o implique un abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión, ya que esta Comisión estima que existen conductas y omisiones del personal de salud

generadoras de responsabilidad que deberán ser sancionadas, a lo cual deberá integrarse y resolverse a la brevedad posible el Procedimiento de Reclamación Patrimonial radicado bajo el número “ÑÑ”.

49.- Así también no pasa desapercibido que existe aperturado diverso procedimiento de responsabilidad administrativa que para tal finalidad se instauró en contra del personal médico que atendió a la quejosa, ya que de conformidad con el oficio SFP-DPI-94-2018 emitido por el licenciado Sergio Jesús Portillo Espinoza, en su carácter de Director de Auditoría Gubernamental de la Secretaría de la Función Pública, se advierte que al día 7 de septiembre de 2018, se encontraba en etapa de investigación, procedimiento que de acuerdo con el acta circunstancia de fecha 21 de febrero del año en curso, las partes acordaron que esperarían a que se desahogara en su totalidad para el efecto de que se determinara la responsabilidad del personal médico involucrado, así como la indemnización procedente, a tal efecto tórnese copia de la presente recomendación a la Secretaría de la Función Pública para que sea valorada y considerada procesalmente.

50.- En los términos de los artículos 1, 2 fracciones II, VI, VIII, artículos 8, 26, 27, 64 fracciones I, II, VII, artículo 65 inciso C, artículos 111, 112, 126 fracción VIII y 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los Derechos Humanos atribuibles al personal de la Secretaría de Salud. Por consecuencia deberá escribirse a “A” en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral prevista en la aludida ley.

51.- Por todo lo anteriormente señalado y atendiendo a los razonamientos y consideraciones expuestas, este Organismo estima que a la luz del sistema de protección no jurisdiccional, se desprenden evidencias para considerar violados derechos fundamentales de “A”, al quedar evidenciados elementos de ineficiencia en calidad de la prestación del servicio, violaciones al derecho a la protección a la salud e inadecuada atención médica brindada, sin que ello nos pueda llevar a concluir que

hayan sido la causa directa del fallecimiento del neonato, sin embargo si justifica la procedencia de la reparación del daño y su necesaria investigación para efecto de dilucidar las responsabilidades administrativas.

52.- Así mismo de conformidad con lo establecido por el artículo 1° párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, al acreditarse violaciones a los Derechos Humanos atribuibles al Estado, la recomendación formulada deberá incluir las medidas efectivas de restitución de los afectados y las relativas a la reparación del daño que se hubiere ocasionado, se deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los Derechos Humanos en los términos que establezca la ley, esto es considerando lo expuesto por los artículos; 64, 65, 67, 68, 88, 96, 97, 106, 130 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como los artículos; 6, 20, 22, 36, 37, y 39 de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua a lo cual se deberá reparar el daño por las violaciones a los Derechos Humanos, esta deberá incluir medidas de rehabilitación, satisfacción y de compensación debiendo considerar para tal efecto como parámetros, los derechos violados, la temporalidad y el impacto bio-psicosocial.

53.- Por consecuencia es que respetuosamente y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 42 y 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, resulta procedente emitir las siguientes:

IV.- RECOMENDACIONES:

PRIMERA.- A usted, **DR. JESÚS ENRIQUE GRAJEDA HERRERA**, Secretario de Salud, para que en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua se repare el daño causado y se inscriba a "A" en el Registro Estatal de Víctimas para que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación conforme a la ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua.

SEGUNDA.- Así también, **DR. JESÚS ENRIQUE GRAJEDA HERRERA**, Secretario de Salud, se integre y resuelva a la brevedad posible el procedimiento de

reclamación patrimonial instaurado con motivo de los hechos, en el cual se valoren los argumentos y las evidencias analizadas en la presente resolución, se determine el grado de responsabilidad en que se haya incurrido, se impongan las sanciones que correspondan y que incluyen la reparación del daño a que haya lugar.

TERCERA.- Igualmente a usted, gire instrucciones para que se aporten las evidencias y elementos necesarios a efecto de que la Secretaria de la Función Pública, pueda resolver a la brevedad el procedimiento administrativo disciplinario, comunicando a este organismo la resolución del mismo.

CUARTA.- A usted mismo, para que promueva e inste la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a fin de que los mismos conozcan, sistematicen y evalúen los problemas y adopten las medidas conducentes para evitarla.

QUINTA.- Instruya para que se establezcan procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios de los servicios de salud, según las consideraciones establecidas en el párrafo 35 de la presente resolución.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado por el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y con tal índole se publica en la gaceta de este organismo.

Se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto a una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

Las recomendaciones de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos no pretenden en modo alguno desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, por el contrario, deben ser concebidas como instrumentos indispensables en las sociedades democráticas y en los Estados de

Derecho, para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad.

Dicha legitimidad se robustecerá de manera progresiva cada vez que se logre que aquellas y éstos, sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conlleven al respeto a los derechos humanos.

En todo caso, una vez recibida la recomendación, la autoridad o servidor público de que se trate, informará dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si se acepta.

Entregará en su caso en otros quince días adicionales las pruebas correspondientes de que se ha cumplido, ello según lo establecido en el artículo 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

La falta de respuesta dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada.

En caso de que se opte por no aceptar la presente recomendación, le solicito en los términos del artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que funde, motive y haga pública su negativa.

No dudando de su buena disposición para que la presente sea aceptada y cumplida.

ATENTAMENTE

MTRO. JOSE LUIS ARMENDARIZ GONZALEZ
PRESIDENTE

c.c.p.- Quejosa. Para su conocimiento

c.c.p.- Licenciado José Alarcón Ornelas, Secretario Técnico y Ejecutivo de la CEDH.- Mismo fin de la CEDH.- Mismo fin.

c.c.p.- Licenciada Rocío Stefany Olmos Loya.- Secretaria de la Función Pública. En atención y para efecto de lo establecido en el párrafo 49 de la Presente.