



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

**SOBRE EL CASO DE
NEGLIGENCIA MÉDICA EN
GRAVIO DE V1 y MV2; DE LA
VIOLACIÓN AL DERECHO A LA
VIDA Y DEL INCUMPLIMIENTO AL
PRINCIPIO DEL INTERÉS
SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN
AGRAVIO DE MV2 Y DE LA
INTEGRACIÓN IRREGULAR DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO.**

Expediente: CEDH/1/413/2016.

Victoria de Durango, Durango, 17 de
abril de 2018.

RECOMENDACIÓN No. 08/18

**DR. CÉSAR HUMBERTO FRANCO MARISCAL
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE DURANGO
P R E S E N T E.-**

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102 Apartado B de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**; 133 de la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango**; 1, 2, 3, 4, 9, 13 fracciones I, V y VII, 55, 56 y 57 de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, en relación con los artículos 105 y 106 de su Reglamento Interior, es competente para conocer de las violaciones a los derechos humanos en agravio de **V1 y MV2** por parte de personal médico del Hospital Materno Infantil, por lo que se expide la presente Recomendación, derivada del expediente citado al rubro.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, solamente se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto que describe el significado de las claves utilizadas respecto de la identidad de los involucrados, misma autoridad



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

que tendrá el compromiso de dictar las medidas necesarias para la protección de los datos correspondientes; y visto los siguientes:

ANTECEDENTES.

3. En fecha 02 de junio del año dos mil dieciséis, **Q1** ocurrió ante este Organismo para presentar queja en la que manifestó hechos violatorios a los derechos humanos de **V1** y **MV2** por parte de personal médico del Hospital Materno Infantil, basando su queja en los siguientes hechos:

"Que V1 se encontraba embarazada por lo que de manera frecuente acudía al Centro de Salud "Carlos León de la Peña" al monitoreo de su proceso en el cual no se presentó ninguna incidencia, todo estaba normal, sin embargo, el lunes 30 de mayo del año en curso V1 comenzó con dolores de parto, por lo que siendo aproximadamente las tres de la tarde acudimos a que recibiera atención médica en el Hospital Materno Infantil donde le practicaron un ultrasonido y nos dijeron que todavía le faltaban algunos días para su alumbramiento toda vez que no traía dilatación, que regresara después; así las cosas, que creyendo en la opinión de los "expertos" mi hija regresó a casa, pero el martes por la mañana se le agudizaron los dolores y nuevamente regresamos al nosocomio de referencia y siendo las 08:20 horas ingresó a revisión en urgencias y nuevamente le hicieron un ultrasonido registrándose todo normal y nuevamente fue enviada a casa con el argumento de que faltaba tiempo para que su bebé naciera, así pues, regresamos a casa aún y cuando los dolores no cedían y ante tal situación nuevamente el miércoles 01 de junio del actual siendo las 07:30 horas acudimos a revisión pues los dolores ya eran muy intensos e insoportables pero la revisión que le practicó el personal médico fue de manera superficial y sin ultrasonido, insistiendo los médicos que aún no era el tiempo del parto, regresamos a casa y los dolores cada vez más intensos hasta que siendo aproximadamente las siete treinta de la mañana de este día 02 de junio acudimos y V1 ya estaba muy grave y fue entonces que la ingresaron y la revisaron, luego le mandaron hablar a P1 a quien le informaron que MV2 ya no traía frecuencia cardíaca, que había fallecido y que le iban a provocar el parto a V1 para extraer el producto; considero que existió negligencia en el manejo del caso pues debido a la negativa de atención sobrevino la muerte de MV2 y es por ello que acudo solicitando la inmediata intervención de este Organismo; pues es de mencionar que al reclamar a SP1 lo sucedido, éste expresó que él no podía tener internada a V1 durante cuatro días esperando a



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

que se diera el alumbramiento, lo cual es absurdo que dé esas explicaciones, pues de no contar con el espacio suficiente nos lo hubieran informado así y hubiéramos acudido a algún otro centro hospitalario."

4. En fecha 02 de junio del año dos mil dieciséis, este Organismo calificó la queja de referencia, registrándose e integrándose el expediente No. **CEDH/1/413/2016**.
5. En virtud de lo anterior, en fecha 07 de junio del año dos mil dieciséis, este Organismo acordó la admisión de la queja procediendo a su investigación.
6. Mediante oficio No. 1755/16, este Organismo notificó con fecha 15 de junio del año dos mil dieciséis la admisión de queja a **Q1**.
7. Mediante oficio No. 1749/16, notificado en fecha 09 de junio del año dos mil dieciséis, este Organismo solicitó a **SP1**, un informe de los actos constitutivos de la queja y copia del expediente clínico de **V1**.
8. En atención a lo anterior, mediante oficio No. SSD-SJ-NORM-0209/2016, recibido por esta Comisión en fecha 27 de junio del año dos mil dieciséis, **SP2** solicitó ampliación del término para rendir el informe y remitió el expediente clínico No. 564697 de **V1**.
9. En fecha 01 de julio del año dos mil dieciséis, mediante oficio No. 1973/16 se notificó a **SP1** la ampliación del término para rendir el informe.
10. En respuesta, mediante oficio No. SSD-SJ-NORM-0234/2016, recibido por esta Comisión en fecha 05 de julio del dos mil dieciséis, **SP2**, rindió el informe solicitado, en el que manifestó en parte relativa lo siguiente:

"Efectivamente el día 30 de mayo del presente año acudió la paciente V1 al Hospital General (proyecto Materno Infantil), refiriendo dolores de parto, sin embargo de acuerdo al manejo del triage obstétrico, que es un sistema de clasificación de acuerdo a la condición clínica de la gestante, ella no ameritaba hospitalización pues aún faltaba tiempo para que entrara en trabajo de parto, motivo por el cual en el área de toco valoración, indica que aún no se encuentra en condiciones para ingresar a toco cirugía, y se le indica que ante cualquier dato de alarma o avance del trabajo de parto regrese al hospital. Es el caso que la paciente no regresa sino hasta el día 01 de junio a las 08:44 horas, y no como la quejosa a firma que acudió el día 31 de mayo, sin embargo al estar en el área de admisión hospitalaria se le entrega la hoja del triage, pero no la



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

llena y se retira del hospital sin indicación de ningún médico, y ni regresa la hoja de triage y no regresa hasta el 02 de junio como consta en el expediente clínico, pero ya no percibía movilidad fetal y previos estudios de laboratorio y de gabinete se confirma diagnóstico de óbito fetal, es por ello que se procede a la atención del parto vaginal. He de señalar que en ningún momento se le negó el ingreso al Hospital, bajo el argumento que no hubiera espacio suficiente, lo cierto es que la paciente únicamente acudió el día 30 de mayo y aún faltaba tiempo para que entrara en trabajo de parto, y el día 01 de junio no espero a la revisión y se salió del hospital sin indicación del médico y no es hasta el 02 de junio que acude con el producto obitado. Es importante aclarar que el personal del hospital siguió la vía crítica de vigilancia de la paciente, sin embargo todo embarazo conlleva riesgos de morbilidad materna, fetal o perinatal, ya que existen cambios fisiológicos de adaptación del feto a la hemodinamia materna así como cambios maternos importantes de inmunosupresión, aumento de volúmenes que sobrecargan el trabajo cardíaco-renal, cambios metabólicos etc. Que conlleva una adaptación materno fetal pero esto en pacientes como el caso que nos ocupa pues su primer embarazo fue en la adolescencia, por ello se presentó un aborto previo, y el efecto del intervalo intergenésico corto la primera gesta, por ello un desenlace no favorable, pues no le permite a la madre recuperarse de un evento obstétrico en tres meses y medio."

11. Al advertir que el informe rendido por la autoridad señalada era contrario a las manifestaciones vertidas en la queja, en fecha 07 de julio del año dos mil dieciséis, se acordó dar vista a **Q1** del contenido del mismo para que manifestara lo que a su derecho conviniera, notificándosele lo anterior al día siguiente mediante oficio No. 2073/16.

12. Con fecha 03 de agosto del año dos mil dieciséis, se recibió en este Organismo escrito mediante el cual **Q1** manifestó su inconformidad con el informe de la autoridad y su pretensión para conciliar, solicitando la cantidad de \$75,000.00 (Setenta y Cinco mil pesos 00/100 M.N.) por concepto de reparación del daño.

13. Por lo anterior, mediante oficio No. 2339/16, notificado el 05 de agosto de dos mil dieciséis, se remitió a **SP2** copia simple del escrito de referencia, a efecto de hacerle del conocimiento sobre la pretensión de **Q1** de conciliar la queja.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

14. Con fecha 22 de agosto del año dos mil dieciséis, este Organismo con fundamento en lo dispuesto por los artículos 49 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango; 96 y 97 de su Reglamento Interior, acordó la apertura del periodo probatorio, notificándose lo anterior a **Q1** mediante oficio No. 2531/16, y a **SP1** mediante oficio No. 2533/16 al día siguiente.

15. Con fecha 26 de agosto del año dos mil dieciséis, personal de este Organismo levantó la declaración de **V1**, misma que se dio bajo el siguiente tenor:

"Que con fecha 30 de mayo del año en curso, comencé a sentir dolores de parto, ya que contaba con casi 40 semanas de embarazo, por lo que en compañía de Q1 y de P1 acudí al Hospital Materno Infantil, entré por urgencias, me revisaron la presión y posteriormente me pusieron en una camilla y me hicieron el tacto, me dijeron que aún no dilataba que me fuera a mi casa y regresara si tenía dolor o sangrado, nos retiramos a mi casa, al día siguiente, 31 de mayo del año en curso, regresamos al Hospital Materno Infantil porque ya presentaba contracciones, me pasaron igual a urgencias y les comenté que los movimientos de MV2 habían disminuido, me hicieron el tacto, ultrasonido y checaron mi presión, diciéndome lo mismo, que aún no era tiempo, que me fuera a casa y si presentaba dolor o sangrado regresara, nos retiramos del lugar y regresamos al día siguiente 01 de junio del año en curso a urgencias, igual checaron mi presión, pero yo ya presentaba más dolores, me hizo el tacto un Doctor pero no me hizo ultrasonido, me dijo que me retirara a casa, y regresara si había más dolor o sangrado, nos retiramos del lugar a mi domicilio, pero ese mismo día por la noche me dieron dolores muy fuertes pero soportables, ya en la madrugada del día 02 de junio del año en curso, a las 07:00 horas nos fuimos al Hospital Materno Infantil ya que los dolores ahora sí eran insostenibles, entré por urgencias y como a los 20 minutos aproximadamente me pasaron a la camilla, me hicieron ultrasonido y ya me dijeron que no encontraban la frecuencia cardíaca de MV2 y mandaron llamar a una Doctora, ella buscó la frecuencia de MV2 y tampoco la encontró, me hizo el tacto y tenía 5 de dilatación y me informaron que MV2 había fallecido, le hablé a P1 y le comentaron lo que había pasado ya que yo me encontraba en shock, le dijeron que iba a tener un parto natural por la dilatación, en cuanto abriera más el cuello de la matriz, procedieron al trabajo de parto, posteriormente me canalizaron, me pasaron a un cuarto donde había más mujeres en espera de trabajo de parto, me pusieron una inyección en la espalda, después de una hora aproximadamente me pasaron a la sala de expulsión, ahí permanecí internada hasta el día 04 de junio del año en curso ya que



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

tenía algunas bacterias en la sangre. Batallamos un poco para que nos entregaran a MV2 por el área de sótano ya que había mala comunicación entre los guardias por los documentos que solicitan para poder entregarlo. Quiero agregar que cada mes me realizaba ultrasonidos en Salud Digna y Centro de Salud No. 1, el día 02 de junio del año en curso, entregué la póliza de Seguro Popular junto con mis ultrasonidos y hoja de citas del Centro de Salud No. 1 y antes de que me dieran de alta, P1 solicitó esos documentos y mi ropa y no le entregaron nada. Finalmente deseo agregar que cuando salí de la sala de expulsión, me pasaron a la sala de recuperación, ahí me encontraba sola y por el pasillo veía pasar a personas de ambos sexos, burlándose diciendo en voz alta que los iban a denunciar que porque habían matado a un niño y golpeado a una muchacha, lo cual me molestó ese tipo de comentarios ya que yo acababa de pasar por la pérdida de MV2 y ellos lo tomaban como un juego, sentí una burla el no respetar mi pérdida, me sentí inhumana, deben de evitar esos comentarios delante de las pacientes."

16. Con fecha 31 de agosto del año dos mil dieciséis, personal de este Organismo elaboró acta circunstanciada en la que hizo constar que realizó llamada telefónica a Q1 a efecto de solicitarle hiciera comparecer P1 a efecto de levantar su declaración, manifestando que hablaría con él e informaría a este Organismo cuándo podría presentarse.

17.- Mediante oficio No. SSD-SJ-NORM-0265/2016, de fecha 14 de septiembre del año dos mil dieciséis y recibido en este Organismo al día siguiente, SP2 informó lo siguiente:

" Que la quejosa manifiesta que para darse por satisfecha de la queja Expediente número 413/16, solicita únicamente la indemnización por reparación del daño la cantidad de setenta y cinco mil pesos 00/100 M.N., sin embargo suponiendo sin conceder, que los hechos constitutivos de la queja fueran ciertos, ella no sería la agraviada, en todo caso sería V1 por lo tanto debería ser ella quien manifieste si en realidad se sentiría satisfecha con la propuesta conciliatoria. Por otro lado, la Dirección Administrativa solicita la comprobación en facturación de la cantidad solicita por la quejosa, pues en virtud de que se trata de recursos públicos, estos deben estar debidamente justificados mediante facturas que cubran los requisitos fiscales. No omito mencionar, que es importante, que ese Organismo se cerciore que la cantidad solicitada es precisamente para V1 ello en virtud de que xxxxx recurrentemente se ha estado presentando en la Dirección del Hospital General (Proyecto Materno Infantil)



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

para solicitar algunas cantidades de dinero, al Director del mencionado nosocomio, cantidades que se le han otorgado, argumentando xxxxx que el dinero lo requiere para sufragar compromisos derivados de los hechos motivo de la queja."

18. Con fecha 19 de septiembre del año dos mil dieciséis, personal de este Organismo elaboró acta circunstanciada en la que hizo constar que realizó llamada telefónica a **Q1** a efecto de informarle lo anterior, manifestando que si estaba de acuerdo en que fuera **V1** quien manifestara si estaba de acuerdo con la conciliación.

19. Con fecha 30 de septiembre del año dos mil dieciséis, personal de este Organismo elaboró acta circunstanciada en la que hizo constar la comparecencia de **Q1** en compañía de **V1**, quien manifestó que si estaba de acuerdo con la conciliación, e hizo entrega de copia simple del único recibo de pago que encontró por la cantidad de \$806.00 (Ochocientos seis pesos 00/100 M.N.) realizado al Panteón de Oriente, de póliza de afiliación del Seguro Popular, certificado de muerte fetal, ultrasonidos realizados durante el embarazo, recetas médicas del Centro de Salud y órdenes de estudios por parte del Centro de Salud, recetas médicas y órdenes de estudios de doctores particulares.

20. Mediante oficio No. 140/16 de fecha 02 de diciembre del año dos mil dieciséis, este Organismo solicitó a **SP3** la colaboración para la elaboración de Peritaje Médico u Opinión Médica en la queja que nos ocupa.

21. En respuesta, el 19 de septiembre del año dos mil diecisiete, se recibió en esta Comisión el oficio No. STCC/3563/2017, signado por **SP3**, mediante el cual remitió el Dictamen Médico elaborado por **SP4**, en el que se asentó en parte relativa lo siguiente:

"...CONSIDERACIONES TÉCNICAS.

El trabajo de parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que, desencadenan al final de la gestación, tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer). Se divide en tres periodos: dilación, expulsión y alumbramiento.

Según la edad de la gestación en que ocurre se clasifica:

- *Inmaduro. Entre las 20 a las 28 semanas.*
- *Pretérmino o prematuro. Entre las 28 y las 36 semanas.*



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

- *De término. Entre las 37 y 40 semanas.*
- *Postérmino. Después de la semana 42 en adelante.*

Por su forma de inicio:

- *Esponáneo. Cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.*
- *Inducido. Cuando se utiliza alguna técnica como sería la maduración cervical usando Prostaglandinas PG2alfa, o inducción con medicamentos oxitócicos.*

En un embarazo de término se deberá practicar una evaluación adecuada de la paciente que incluyan las Maniobras de Leopold y exploración vaginal en forma manual para determinar:

- *La Presentación del Producto. Que es cefálica o podálica, y que entendemos como la parte del producto que se presenta al estrecho superior de la pelvis y es capaz de desencadenar un trabajo de parto.*
- *Orientación Fetal. Es la relación del eje longitudinal del producto en relación al de la madre, puede ser longitudinal o transversal de dorso superior o inferior.*
- *Posición. Es la relación del punto toconómico de la presentación fetal con el lado izquierdo o derecho de la madre (pelvis). En la presentación cefálica el punto toconómico es el occipucio, y la cara es el mentón, y en la pélvica es el sacro.*
- *Variedad de posición. Es la relación del punto toconómico de la presentación en relación a la parte anterior y posterior de la pelvis materna.*

Así mismo se deberá corroborar por metodología e historia clínica, y exploración física abdominal y vaginal la edad gestacional del producto para valorar la mejor vía de determinación del embarazo, para brindarle un mejor beneficio neonatal al producto, preservando la integridad materna. Para el cálculo de la edad gestación se aplicarán la Regla o Método de Nagele, que usa la fecha de última menstruación para determinar la edad gestacional en la siguiente forma: a la fecha de última menstruación se le restan 3 meses y se suman 7 días.

Las fases del trabajo de parto se clasifican en:

- *Fase latente o prodrómica. Es cuando se llevan a cabo fenómenos bioquímicos que condicionan cambios morfológicos del cérvix uterino secundarios a cambios en el patrón de las contracciones uterinas variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta los 2 cm. o los 4 cm.*



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

- Fase activa (o de aceleración máxima. Es cuando el proceso de dilatación cervical se establece y produce un ritmo de contracciones uterinas y dilatación cervical en promedio de 4 centímetros.
- Fase de declive máximo.
- Fase de desaceleración.

Así el trabajo de parto se divide en forma clínica en los siguientes períodos:

- Primer periodo clínico. Es cuando se inician las contracciones uterinas que, con cierto ritmo, intensidad y frecuencia producen modificaciones cervicales.
- Segundo periodo. Va desde que se alcanza la dilatación completa del cérvix uterino hasta la expulsión del producto.
- Tercer periodo o de Alumbramiento. Abarca la expulsión de la placenta y membranas corioamnióticas.

Durante el trabajo de parto se analizará que el producto desarrolle un mecanismo de expulsión, el cual se anotará en el denominado Partograma y que ha sido teóricamente subdividido en: Encajamiento, Flexión, Descenso, Rotación interna, Extensión y Rotación externa.

Así mismo, durante la exploración ginecológica de la paciente, se deberá analizar el tipo de pelvis, la cual será clasificada en 4 tipos genéricos: Ginecoide, Antropoide, Platipeloide, Androide.

El triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta. Se utiliza en los servicios de urgencias obstétricas o en el área de admisión de la unidad de tococirugía. Permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del Código Mater para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándolas de aquellas que, aunque recibirán atención, no implican el mismo sentido de emergencia.

El triage, no es un procedimiento administrativo más, es la oportunidad de garantizar la organización sistemática y confiable de los servicios de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, cuando la demanda es importante y se requiere proporcionar atención médica con oportunidad de acuerdo al estado de salud de la paciente. Su aplicación objetiva y lógica, permite la planificación de la atención inmediata, la satisfacción de la demanda y la contribución a la reducción de la



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

morbilidad y mortalidad materna y perinatal y deberá adaptarse a las características normativas, de estructura, equipamiento y en general de recursos con los que cuenta la institución y la unidad en particular, con base en su marco normativo, estructural y funcional.

La clasificación se basa en un sistema de puntuación, que consiste en métodos sencillos y prácticos de la utilización de mediciones fisiológicas de rutina para identificar a las usuarias en riesgo. Este sistema facilita la asistencia oportuna a todas las usuarias, una vez identificadas, por aquellas/os que poseen habilidades apropiadas, conocimientos y experiencia.

Elementos para la evaluación:

- 1) Observación de la usuaria.*
- 2) Interrogatorio (Cabe señalar que el interrogatorio por sí solo no determina la gravedad de la paciente debido a la subjetividad de la información).*
- 3) Signos vitales.*

Es necesario definir que el triage obstétrico es un protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

De tal manera, en los servicios de Urgencia se establecen tres códigos para optimizar la atención de la paciente, de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica.

- 1. Código rojo (emergencia).*
- 2. Código amarillo (urgencia calificada).*
- 3. Código verde (urgencia no calificada).*

Dentro de las actividades que se realizan en un paciente clasificado en verde se contempla:

<i>Elementos</i>	<i>Criterios de valoración</i>
<i>Observación</i>	<i>La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada.</i>



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

	<i>No existen alteraciones en la ventilación. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.</i>
<i>Interrogatorio</i>	<i>Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica.</i>
<i>Signos vitales</i>	<i>Se encuentran dentro de la normalidad, no existen datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia, ni fiebre.</i>

Cuando la clasificación del estado de la paciente corresponda al nivel de código verde, completa el llenado del formato de triage y envía a la paciente a la sala, en espera de atención en un período no mayor a 30 minutos. Mantiene contacto visual con las pacientes para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario.

La monitorización continua y persistente del binomio madre-hijo en forma clínica por parte del personal médico que labora en el área de Toco Cirugía comprende el partogramas o gráfica del trabajo de parto, en el cual se evalúa determinándose que, cuando la curva de trabajo de parto cumple en tiempos previamente determinados para cada uno de los periodos, fases y el mecanismo del producto, se deberá dejar continuar el mismo. Cuando estos mecanismos, fases y periodos no se lleven a cabo en forma adecuada, deberá analizarse la situación en forma conjunta para determinar el tipo de anormalidad o dificultad existe, conocido esto como distocia, y si es posible corregirla y continuar con la evolución de trabajo de parto o este se interrumpe por operación cesárea o como parto quirúrgico (fórceps). Sin embargo cuando se presentan algunas anormalidades deberán usarse equipo biomédico como es el registro cardiotocográfico para evaluar la reserva feto placentaria, y cuando se detecten trazos anormales, se deberá interrumpir el trabajo de parto por vía abdominal u operación cesárea.

Durante el trabajo de parto se pueden encontrar también anormalidades de origen materno como son: estados hipertensivos, diabéticos, obesidad mórbida. Anormalidades de la pelvis materna o algún tipo que no permita el trabajo de parto en forma natural y espontánea. Anormalidades del mecanismo del trabajo de parto, variedad de posición persistente, falta de descenso del producto, presentaciones pélvicas, o mixtas. Alteración de alguna de sus fases: como pudieran ser; fases latentes prolongadas, fases activas prolongada, partos precipitados.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, indica que los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para brindarles la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades dirigidas a prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, dándole prioridad a la atención de una mujer con emergencia obstétrica, además de impartirla con calidad y calidez.

Se entiende como riesgo obstétrico a todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La valoración del riesgo obstétrico permite planear las características la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.

La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como: de bajo riesgo (normal) y de alto riesgo:

- *Adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años (tiempo transcurrido entre el inicio de la menarca y la fecha de fecundación)*
- *Edad de 35 años o más.*
- *Diabetes.*
- *Hipertensión Arterial.*
- *Multigravidez.*
- *Abortos.*
- *Malformaciones congénitas.*
- *Cesárea previa.*
- *Muerte fetal.*
- *Hemorragias en la 2ª mitad del embarazo.*
- *Nefropatía.*
- *Cardiopatía.*
- *Prematurez.*
- *Intervalo intergenésico menor de 2 años.*
- *Preeclampsia-eclampsia.*



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

La vigilancia oportuna de la paciente permitirá detectar anomalías en forma temprana, así mismo instruir medidas terapéuticas que obtengan como resultado un binomio madre-hijos sanos, las cuales van desde aplicación de Oxitocina para corregir una distocia de contracción, hasta autorizar la realización de una operación cesárea.

La muerte fetal es definida por la Organización Mundial de la Salud, como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo. Según la edad gestacional debe ser a partir de la semana 22 o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, la define como el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y/o con un peso mayor a 500 gramos.

Aproximadamente el 20% de partos con productos muertos ocurren en el tercer trimestre del embarazo.

La causa del óbito fetal en un caso en particular, habitualmente es compleja y muy difícil de definir, se ha asociado a una serie de factores de riesgo obstétrico, perinatales y/o socioeconómicos, o bien, a condiciones maternas y/o fetales en las que se produce con mayor frecuencia, destacando entre éstas las siguientes:

1.- Causas maternas:

a) Locales: fibromionas uterinos, anomalías uterinas, hipertoniá uterina. Todas estas causadas pueden provocar disminución del flujo uteroplacentario e hipoxia fetal.

b) Sistémicas.

- Infecciones crónicas como sífilis, tuberculosis, paludismo, toxoplasmosis, brucelosis, listeriosis y sitomegalovirus.*
- Infecciones agudas como hepatitis, fiebre tifoidea y procesos pulmonares.*
- Enfermedades del metabolismo (tiroides y diabetes).*
- Las mujeres con diabetes pregestacional (tipo uno y tipo dos) tienen riesgo creciente de muerte fetal durante el segundo y tercer trimestre y alto riesgo de presentar anomalías fetales, comparadas con las mujeres sin diabetes (mayor riesgo de hasta 2.5 veces). De éstas, la diabetes tipo uno se asocia con un riesgo incrementado de entre tres y cinco veces de muerte intrauterina; las causas habitualmente reconocidas de muerte incluyen*



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

“Tu confianza en buenas manos”

las malformaciones fetales, la aneuploidias, la malformación e insuficiencia placentaria, la infección sistémica y la enfermedad vascular materna.

- *Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. Ocupa un papel importante en este evento obstétrico, teniendo como base de etiopatogenia la reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero placentaria.*
- *Incompatibilidad sanguínea (ABO y Rh), cardiopatías, nefropatías, anemias e ingestión de drogas teratogénicas como cocaína, marihuana, alcohol y tabaco.*
- *Obesidad. Los mecanismos subyacentes de la acción son desconocidos; sin embargo, se ha asociado con un riesgo de hasta el doble de presentar muerte fetal y la asociación de ésta con la edad materna avanzada, se considera un importante factor de riesgo para esta entidad.*
- *Otras causas aún más raras son los traumatismos externos y accidentes del trabajo de parto y parto.*

2. Causas relacionadas con el producto de la concepción:

- Ovulares: enfermedades genéticas o aberraciones cromosómicas, anormalidades genéticas de la placenta, causas placentarias como abruptioplacentae, insuficiencia placentaria, placenta pequeña, placenta previa e infartos placentarios, causas funiculares como circulares, nudos, torsiones y roturas.*
- Fetales: embarazo múltiple, posttérmino o postmadurez, oligoamnios y retraso en el crecimiento intrauterino.*

Los datos clínicos relevantes en el diagnóstico de muerte fetal son: ausencia de movimientos fetales, ausencia de crecimiento uterino, ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Más de 85% de pacientes con muerte fetal desarrollan trabajo de parto espontáneamente dentro de tres semanas posteriores al diagnóstico, y en un 90% de éstas ocurre en las primeras 24 horas de la muerte.

Los médicos deben considerar que un estudio auxiliar de diagnóstico anormal no necesariamente explica la causa de la muerte fetal, debiéndose correlacionar con otros estudios y si es posible con autopsia fetal, pudiéndose requerir estudios complementarios posteriores.

Los estudios postnatales están indicados principalmente con fines de búsqueda de causa de la muerte, cuando esta no este identificada, siendo los más recomendados: autopsia, examen de placenta, cordón, membranas y líquido amniótico, cariotipo, evaluación materna para investigar comorbilidad materna.

La Guía Práctica Clínica Diagnóstica y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único, establece que a los padres se les debe ofrecer la realización de autopsia fetal



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

para ayudar a explicar la posible causa, informando que va a proporcionar información relevante en las causas que los otros estudios prenatales no ofrecieron, respetando la decisión tomada.

Para precisar la etiología de la muerte fetal, se requiere del estudio anatomopatológico de la placenta y del feto, también la relación entre los antecedentes maternos clínicos y de laboratorio con los hallazgos histopatológicos ayuda a conocer el origen del óbito fetal.

Las causas primarias de muerte fetal comprenden:

- 1) Hipoxia fetal extrínseca. Incluye asfixia aguda (interrupción brusca del intercambio gaseoso materno fetal) y shock (alteración hemodinámica producida por pérdida masiva de sangre o secundario a infección), b) patologías del cordón umbilical, c) enfermedades maternas, d) causas no determinadas.*
- 2) Anomalías congénitas.*
- 3) Infecciones ascendentes.*
- 4) Traumatismos del parto.*
- 5) Hidrops fetal.*

La frecuencia de las etiologías de la muerte fetal en las diferentes publicaciones no son comparables, por la dificultad que existe en establecer la causa (carencia de autopsia y examen placentario) y por la diversidad de métodos y de definiciones empleadas (inclusión de muerte neonatal).

La investigación sobre las causas de muerte perinatal es una tarea ardua ya que existen diferentes metodologías para la clasificación de las muertes. Algunos investigadores se basan en la clasificación internacional de enfermedades, lo que requiere de un adecuado sistema de captación de estadísticas vitales de la población.

En México, el subregistro y el inadecuado llenado de los certificados de defunción son importantes factores que limitan la utilidad de estos documentos. En ocasiones se recurre al diagnóstico clínico o clínico-patológico, donde la gran variabilidad de criterios médicos son elementos que hacen difícil reproducir la metodología y, por lo tanto, son poco confiables para fines de comparación. En las clasificaciones patológicas, el principal problema estriba en que numerosos hospitales no practican necropsias rutinariamente, y en muchos casos no se explica satisfactoriamente la causa de muerte.

En los diagnósticos de muerte perinatal, las causas maternas como interrupción de la circulación materno-fetal, insuficiencia útero-placentaria y desprendimiento



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

premature de placenta, han evidenciado un incremento en su proporción en los últimos años. Este hecho podría explicar el porqué las tasas de muerte fetal tardía manifiestan un comportamiento superior al promedio nacional; mientras que las causas inherentes al producto, como membrana hialina, inmadurez, prematurez, asfixia neonatal severa y anencefalia manifiestan un comportamiento decreciente.

La interrupción de la circulación materno fetal significa que el flujo sanguíneo, que va de la placenta al feto, se obstaculiza o se suspende ocasionando sufrimiento fetal, que según su gravedad puede provocar la muerte del producto, siendo diversas sus causas, tales como: circular de cordón, principalmente en tórax o cuello; o nudo verdadero del cordón umbilical.

De acuerdo con la permanencia en el útero se describen tres etapas de maceración:

- Primer grado. Aparecen en la epidermis flictenas el líquido que contienen un líquido serosanguinolento. Esto ocurre en la primera semana de muerte fetal.*
- Segundo grado. Al romperse las flictenas el líquido amniótico se torna serosanguinolento. La epidermis se descama y la dermis adquiere un color rojizo. Esto ocurre la segunda semana de muerte fetal.*
- Tercer grado. La descamación afecta la cara y la bóveda craneana se reblandece. Hay destrucción de glóbulos rojos e infiltración de las vísceras y de las cavidades pleurales y peritoneales. La placenta y el cordón umbilical sufren la misma transformación. El amnios y el corion son muy friables y adquieren un color achocolatado. Esto ocurre a partir de los 13 días de óbito fetal.*

ANÁLISIS MÉDICO LEGAL.

Una vez revisado minuciosamente el expediente en cuestión, donde constan los antecedentes de consideración médico forense sobre los hechos denunciados, se expone lo siguiente:

En el presente caso, se trata de V1 quien de acuerdo al escrito motivo de queja, acudió el día 30 de mayo de 2016, al servicio de Urgencias Ginecología del Hospital General de Durango, en el Estado de Durango, lo anterior con motivo de cursar con un embarazo de 39 semanas de gestación y por presentar dolor de tipo obstétrico, sin especificar tiempo de evolución, por lo que de manera cronológica se destaca:



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

Es necesario resaltar que, de acuerdo a la nota informativa comprendida en el rubro de Antecedentes en el numeral 12, V1 fue valorada de manera inicial a las 15:19 horas del día 30 de mayo de 2016 en el nosocomio referido, en donde se describió que, con base en el triage¹ obstétrico efectuado, así como a las condiciones clínicas de V1, no ameritaba el ingreso al área de toco-cirugía, por lo que se indicó que regresara a valoración hospitalaria ante la presencia de datos de alarma obstétrica (mismos que no fueron especificados). No obstante, es posible identificar que en la nota médica que avala la citada valoración en la fecha señalada (numeral 1), no se advierte lo plasmado con antelación, toda vez que solo se aprecia que se acotó que V1 cursaba con un segundo embarazo de treinta y nueve semanas de gestación, siendo el primero de ellos un aborto (no se especificó la fecha ni la causa que originó el mismo), y se reportó una cifra tensional dentro de parámetros considerados como normales.

Así mismo, en el escrito motivo de queja se menciona que durante esta consulta efectuada, se realizó a V1 un estudio consistente en un ultrasonido, sin embargo, cabe señalar que no se cuenta con evidencia documental que demuestre que se realizó este estudio de gabinete complementario, por lo que se desconoce el estado de salud del producto de la gestación al momento en que se llevó a cabo dicha valoración.

En ese sentido, en el escrito de queja se comenta que en virtud de que V1 reiteraba dolor de tipo obstétrico, acudió nuevamente el día 31 de mayo de 2016 al mencionado hospital, en donde se realizó un ultrasonido, el cual no reportó alteraciones aparentes, por lo que se indicó que acudiera a su domicilio ya que aún no presentaba un trabajo de parto. Por tal motivo, V1 asistió al citado hospital el día 01 de junio de 2016, por persistir con dolor, sin embargo, se refirió que la valoración médica efectuada fue de manera superficial y sin que se realizaran estudios de diagnóstico complementarios, circunstancia por la que V1 se retiró a su domicilio debido a las indicaciones establecidas.

Por otra parte, es posible apreciar que en la nota informativa del hospital referido, se afirma que V1 no acudió a valoración especializada el día 31 de mayo de 2016 como se asentó en el escrito de queja, sino hasta el día 01 de junio de 2016, así mismo, se describió que en esta última fecha, V1 no esperó a recibir la consulta demandada, ni llenó la hoja de triage de valoración inicial, por lo que se retiró sin ninguna indicación médica.

En virtud de lo antes expuesto, es posible advertir una inconsistencia entre lo plasmado en el escrito de queja y la nota informativa del Hospital General de



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

Durango respecto a las valoraciones efectuadas, toda vez que en el material de estudio proporcionado, no existe evidencia documental que avale que V1 recibió atención médica en la citada unidad hospitalaria en la fecha señalada o, en su defecto, las notas médicas que demuestren las condiciones clínicas materno-fetales, no es posible establecer la veracidad de dichas afirmaciones, sin que esto demerite, limite o restrinja la atención terapéutica especializada que requería la paciente.

De tal manera, V1 acudió nuevamente al Hospital General de Durango a las 07:57 horas del día 02 de junio de 2016, por referir dolor de tipo cólico localizado en el hipogastrio de la región abdominal y disminución de los movimientos fetales sin pérdidas transvaginales, motivo por el que se clasificó dentro de clasificación de triage como una urgencia de coloración verde. A la exploración física se reportó la presencia de hasta tres contracciones uterinas en un minuto, al tacto vaginal se advirtió una dilatación de cinco centímetros y 80% de borramiento, del mismo modo, se confirmó mediante un estudio de gabinete, la ausencia de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que se estableció el diagnóstico de embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última menstruación en trabajo de parto en fase activa, y óbito fetal, ante lo cual se indicó vigilancia e inducto-conducción del trabajo de parto. Es importante destacar que en ultrasonido, se reportó un índice amniótico de ocho centímetros (numerales 2, 3, 4, 5 y 12).

En este contexto, a las 14:25 horas del día 02 de junio de 2016, se obtuvo mediante un parto vaginal un producto único muerto del sexo masculino, con un peso de 3725 gramos y una talla de 54 centímetros, el cual se determinó que correspondía a una edad gestacional de 39 semanas, y se estableció que la causa que condicionó la muerte fetal fue por interrupción de la circulación materno-fetal, cabe mencionar que el estado de la piel del producto se describió como macerada² y la placenta se reportó sin alteraciones aparentes (numerales 6, 7, 8, 9, 10 y 12).

El día 04 de junio de 2016 se determinó el egreso hospitalario de V1 debido a una mejoría clínica, con los diagnósticos de parto eutócico, puerperio fisiológico, y desgarro perineal grado IIIB reparado (numeral 11).

En síntesis, y con base en los elementos documentales aludidos, es posible observar que V1 acudió de manera inicial el día 30 de mayo de 2016 al Hospital General de Durango, por cursar con un embarazo y referir dolor abdominal de tipo obstétrico.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

No obstante lo descrito con antelación, es posible que durante dicha atención hospitalaria, no se realizó una adecuada valoración gineco-obstétrica por parte del médico tratante encargado de ello (se desconoce el nombre), toda vez que en la nota médica que avala esta consulta, quedó demostrado que no se plasmaron los antecedentes gineco-obstétricos ni las condiciones clínicas materno-fetales al momento de brindar la atención requerida, así como tampoco se especificó el nivel de urgencia obstétrica que manifestaba V1 dentro de la clasificación de triage obstétrico, a pesar de que se acotó que se efectuó este protocolo de atención de primer contacto, lo que permitió un egreso hospitalario precipitado de V1 sin que se contara con un diagnóstico de certeza sustentado por un adecuado interrogatorio, exploración física y la realización de estudios complementarios.

Al respecto, es meritorio resaltar que el artículo 61, fracción I de la Ley General de Salud, precisa que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

En ese sentido, se puede determinar que durante la consulta efectuada, el médico tratante incumplió el punto 6.1.1 de la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, que señala que el interrogatorio: "...Deberá tener como mínimo (...) antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos (...) y no patológicos, padecimiento actual (...)", así como el diverso 6.1.2 que establece que la exploración física: "(...) Deberá tener como mínimo (...) signos vitales, así como (...) específicamente la información que corresponde a la materia..."

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, menciona 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.

De tal manera que, existió una inobservancia a la citada regulación técnica relativo a que el examen de valoración durante el control prenatal debe contener una historia clínica completa, la identificación de antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos que condicionen factores de riesgo y datos de alarma en el embarazo mediante un interrogatorio dirigido, una exploración física completa que incluya signos vitales, el estado de salud del feto, medición del fondo uterino y de la



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

frecuencia cardíaca fetal, así como la realización de exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico³.

Se debe resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la madre y del feto, y finalmente todas estas actividades deben ser registradas en el expediente clínico, lo que no sucedió en el presente caso, por lo que las omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en dicha norma, que establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas.

En este orden de ideas, la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud, define a la afección principal como la situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, y causante primaria de la necesidad de tratamiento que tuvo el paciente, así mismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, expone que la elaboración de la nota de egreso deberá contener como mínimo la fecha de ingreso/egreso, el motivo del egreso, los diagnósticos finales, y un resumen de la evolución y el estado actual del paciente. De tal manera, es menester puntualizar que no se cuenta con una nota de egreso que especifique el diagnóstico final establecido en V1 al momento de emitir dicha disposición, evidenciando con esto una inobservancia a la Norma aludida.

Lo anterior expone que la paciente no fue suficientemente estudiada conforme al padecimiento referido, ya que se señaló claramente que el motivo de atención inicial, consistió en un dolor abdominal de tipo obstétrico y cursar con un embarazo aparentemente normoevolutivo de 39 semanas de gestación, lo que obligaba al médico tratante a implementar un protocolo de atención de forma integral, sin embargo, el citado facultativo soslayó tal hecho, ya que se indicó el egreso hospitalario de V1 sin contar con un diagnóstico definitivo.

Es importante comentar que no se cuenta con el expediente clínico que avale las consultas de control prenatal que se menciona en el escrito de queja le brindaron a V1 en el Centro de Salud "Carlos León de la Peña", o en cualquier otra unidad hospitalaria, lo cual impide conocer la evolución del embarazo por el que cursaba, así como la presencia de probables complicaciones materno-fetales que se hubieran identificado durante el transcurso del mismo.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

Empero lo señalado y sin perjuicio de lo anterior, ante tal contexto, dicha situación ameritaba que se evaluaran minuciosamente los factores condicionantes de la probable posición del compromiso referida conforme a los marcos normativos que regulan el quehacer institucional, lo que, en consecuencia, permitiese identificar las necesidades de cuidado especial que pudiera haber requerido V1 o MV2, con la finalidad de salvaguardar la integridad física del binomio materno-fetal, sin que se aprecie en la valoración efectuada que se contemplara o profundizara sobre esta situación, por lo que ante tal omisión, se dejó en estado de vulnerabilidad la misma y la terapéutica que se precisaba, toda vez que no se implementó un protocolo de atención y de estudio adecuado, y no se proporcionó la estrecha vigilancia que merecía el caso.

Por lo anterior, es preciso recordar que el artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, define la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; el artículo 8 de la misma Ley menciona que las actividades de esta atención y que son realizadas por un médico, son de tres tipos: preventivas, curativas y de rehabilitación, por lo que es posible observar que en este momento de la atención brindada, las de tipo preventivas eran las que imperaban, es decir, las que tienen por objeto efectuar una promoción general y protección específica, sin que esto haya acaecido, no obstante contar con el tiempo suficiente para ello.

Es necesario resaltar que la identificación del origen del padecimiento es relevante para optimizar el manejo del paciente, por lo que resulta fundamental realizar un estudio clínico e indicar los auxiliares de diagnóstico adecuados para tal fin, y en consecuencia, contar con mayores posibilidades de establecer el tratamiento oportuno y estar en condiciones de brindar la atención con razonable seguridad para el paciente, situación que no se demuestra que haya ocurrido en el presente caso, motivo por el cual, represente una mala práctica, por negligencia.

Con base en lo antes mencionado se desprende que, el día 02 de junio de 2016, V1 acudió nuevamente al Hospital General de Durango, por persistir con dolor abdominal, y referir disminución de los movimientos fetales, por lo que se estableció mediante estudios de gabinete, el diagnóstico de embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última menstruación en trabajo de parto en fase activa, y óbito fetal, motivo por el que se indicó realizar una inducto-conducción del trabajo de parto, en donde se obtuvo un producto único muerto del sexo masculino, y se determinó que la



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

causa que condicionó la muerte fetal fue por interrupción de la circulación materno-fetal. Es importante destacar que el estado de la piel del producto se describió como macerada.

Al respecto es conveniente señalar que en la actualidad no es posible determinar precisamente el momento en que ocurre la muerte del feto humano, sobre la base de las alteraciones regresivas existentes. No obstante, dentro de las consecuencias anatómicas de la retención de un óbito, las alteraciones postmortem dependerán de la época de la muerte fetal. La maceración suele presentarse después del quinto mes. Clásicamente se menciona que después del tercer día comienza a desprenderse la piel y se observan sucesivamente vesículas en los pies, los maléolos, el escroto, los miembros inferiores, las manos, los antebrazos y en la cara. De tal manera que, la relación entre la retención de un feto muerto con la presencia de esta manifestación en la piel, es directamente proporcional al tiempo de evolución del cuadro, es decir, a mayor tiempo de retención de un producto sin vida, mayor posibilidad de que se instaure ésta manifestación clínica, por lo que desde el punto de vista médico forense, y de acuerdo al estado de la piel del feto descrita, se puede determinar que el producto manifestaba datos clínicos compatibles con la pérdida de la vida mayor a veinticuatro horas.

Es menester puntualizar que el personal médico que participó en la atención hospitalaria, debió considerar el estado integral de V1 ya que al no advertir la probable condición de compromiso en el binomio materno-fetal, no se le proporcionó correctamente y de manera oportuna la atención que requería, lo que trajo como consecuencia la interrupción de la circulación materno-fetal, misma que derivó en la pérdida de la vida del producto de la gestación.

En ese sentido, es posible reconocer que el personal de salud que intervino en los hechos denunciados, puso en riesgo la integridad personal de V1 y de MV2, al no efectuar una valoración gineco-obstétrica adecuada e integral, o en su defecto, plasmar las condiciones clínicas y/o probables factores de riesgo que alguno de ellos (o ambos) pudieran haber presentado, lo que permitió que se indicara el egreso hospitalario de V1 sin tener conocimiento de los antecedentes gineco-obstétricos por los que cursó durante el embarazo, sin que se especificara el estado de salud del producto al momento de realizar dicha consulta, y sin tener un diagnóstico de certeza de las causas que la aquejaban y de las manifestaciones clínicas que presentaba, situación que ameritaba que se implementara un protocolo de estudio y atención específica, para poder estar en condiciones de identificar, disminuir o evitar el



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

desarrollo de posibles complicaciones materno-fetales, en consecuencia, se puede establecer que se incurrió en una responsabilidad médica por parte del o de los médicos tratantes adscritos al servicio de Urgencias Ginecología del Hospital General de Durango, mismos que participaron en la atención otorgada a V1 el día 30 de mayo de 2016, ya que el o los servidores públicos involucrados omitieron prestar en tiempo y forma el servicio que ameritaba.

Resumiendo los párrafos que anteceden, y de acuerdo a la literatura médica especializada, es posible identificar que se observó incumplimiento de obligaciones de medios diagnósticos, por lo que es menester puntualizar que, en esos términos, los médicos responsables de la atención brindada debieron estudiar suficientemente a V1 para descartar o confirmar la presencia de probables factores de riesgo que comprometieran el estado de salud del binomio materno-fetal. Merced a ello, no se acredita que la atención otorgada por el o los médicos tratantes del servicio de Urgencias Ginecología, se ajustara a lo establecido por la Lex Artis, por lo que quedó demostrado que dichos facultativos incurrieron en mala práctica por negligencia, pues debieron ser acuciosos en la atención de la paciente a fin de identificar algún factor de alarma obstétrica, con la finalidad de prevenir alguna complicación materno-fetal, lo que en el presente caso no sucedió de manera oportuna.

Es meritorio considerar que en términos de atención médica, se contemplan dos tipos de obligaciones: las de medios y las de resultados. En las primeras, el profesional no asegura un resultado por su accionar, sino que se compromete a utilizar todos los recursos razonables según la "Lex Artis" (correcta asistencia), para obtener la curación o mejoría de un paciente. En cambio, en las de resultado, importa solo lograr el fin propuesto. En la mayor parte de las especialidades, el médico contrae obligaciones de medios; pero lo que se deberá probar es que esos medios son aceptados por la "Lex Artis" como los más idóneos para obtener un resultado (la curación o el alivio del paciente).

Cabe mencionar que, si bien deben plantearse objetivos médicos por cada etapa del proceso de atención e incluso a título de finalidad el tratamiento, para ello es imprescindible esclarecer en el caso, atendiendo a las circunstancias de tiempo, modo y lugar del acto médico en concreto, si los medios empleados son los exigibles y aceptados en términos de la literatura médica, y si existieron posibles desviaciones en la atención. Se sigue de lo anterior que, para el análisis del caso, ha de atenderse a los elementos objetivos del acto médico, y esto se reduce a la valoración de la idoneidad de los medios



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

empleados, esto es, al análisis de los procedimientos instaurados en la atención médica reclamada.

Por lo que se puede concluir, como se ha reiterado, el incumplimiento de medios diagnósticos y el desapego a los principios científicos de la medicina, condicionaron la mala práctica médica, ya que no se identificaron y atendieron oportunamente los probables factores de riesgo obstétrico y las complicaciones que de ello se derivaron y, de acuerdo a la Lex Artis, condicionando alteración del estado de salud del feto, por lo que debe reflexionarse que la conducta mostrada por parte de los médicos tratantes al respecto, fue negligente.

Por otra parte, se debe contemplar que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Es relevante destacar que en las notas médicas proporcionadas para su estudio, pertenecientes al Hospital General de Durango, correspondiente a los Servicios de Salud de Durango, en el Estado de Durango, a nombre de V1 se detectaron diversas irregularidades, tales como: 1) no se aprecia el nombre ni la firma respectiva del personal médico tratante, 2) se omitieron detalles de los procedimientos hospitalarios y tratamientos, 3) se encuentran incompletas, 4) ausencia de notas y, 5) algunas notas sobresalen por sus abreviaturas, ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de nombres completos, cargos, rangos y matrículas de los médicos tratantes, tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, evidenciando un incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Por las consideraciones antes expuestas, desde el punto de vista médico forense, es posible establecer las siguientes:



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existió negligencia en la atención brindada el día 30 de mayo de 2016, a V1 por parte del o de los médicos tratantes adscrito(s) al servicio de Urgencias Ginecología del Hospital General de Durango, de los Servicios de Salud de Durango, en el Estado de Durango, por incumplimiento de medios diagnósticos que permitieran identificar, prevenir o tratar de manera oportuna, los probables factores de riesgo obstétrico y/o alguna complicación materno-fetal que manifestara V1 con motivo del embarazo por el que cursaba, lo que condicionó el egreso hospitalario de la misma sin contar con un diagnóstico de certeza.

SEGUNDA: Existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, y a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, por parte del personal de salud adscrito al servicio de Urgencias Ginecología del Hospital General de Durango, de los Servicios de Salud de Durango, en el Estado de Durango, por no elaborar una nota de egreso que especificara un diagnóstico de certeza mediante una apropiada exploración física y la realización de estudios complementarios pertinentes, que acreditara un adecuado estado de salud del binomio materno-fetal, permitiendo el egreso hospitalario de V1 bajo estas condiciones.

TERCERA: Existió inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, por parte del personal de salud adscrito al Hospital General de Durango, de los Servicios de Salud de Durango, en el Estado de Durango, con motivo de la atención médica otorgada a V1."

EVIDENCIAS.

22. La queja presentada ante este Organismo el 02 de junio del año dos mil dieciséis por parte de Q1, transcrita en el punto número 3.

23. El Expediente Clínico No. 564697 del Hospital General de Durango, a nombre de V1, remitido a este Organismo por SP2 el 27 de junio de dos mil dieciséis.

24. El informe rendido a este Organismo mediante oficio No. SSD-SJ-NORM-0234/2016 el 05 de julio del año dos mil dieciséis por parte de SP2, transcrito en el punto número 10.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

25. La declaración levantada por personal de este Organismo con fecha 26 de agosto del año dos mil dieciséis a **V1**, transcrita en el punto número 15.

26. El Dictamen Médico elaborado por **SP4** y remitido a este Organismo por **SP3**, mediante oficio No. STCC/3563/2017, transcrito en parte relativa en el punto número 21.

SITUACIÓN JURÍDICA.

27. Al encontrarse cursando aproximadamente con treinta y nueve semanas de gestación y presentar síntomas de parto, **V1** acudió a las instalaciones del Hospital Materno Infantil de esta Ciudad el día 30 de mayo del año dos mil dieciséis a las 15:00 horas, en donde luego de una breve valoración médica fue enviada de regreso a su domicilio; sin embargo, como se agudizaron los dolores, el día 31 de mayo siguiente a las 08:20 horas acudió nuevamente al citado Hospital, en donde a pesar de que les mencionó que los movimientos de **MV2** habían disminuido, le volvieron a señalar que aún no era tiempo y la regresaron a su casa; como los dolores no cedían, nuevamente el 01 de junio siguiente a las 07:30 horas, acudió al mencionado Hospital, en donde de igual forma, después de una breve revisión le insistieron que no era el tiempo del parto; pero como los dolores eran más intensos, el día 02 de junio del mismo año, acudió nuevamente al multicitado Hospital, en donde después de una revisión le informaron que **MV2** había fallecido.

28. Así mismo, durante la estancia y tratamiento de **V1** en el Hospital Materno Infantil, las notas médicas que integran el Expediente Clínico No. 564697 fueron asentadas irregularmente, y se omitió elaborar antecedente de los días 31 de mayo y 01 de junio del año dos mil dieciséis en que acudió a solicitar atención médica, inobservando los elementos mínimos necesarios que establecen las normas oficiales mexicanas que versan sobre la materia.

OBSERVACIONES.

29. Una vez que esta Comisión ha examinado los hechos manifestados por **Q1**, en relación directa con los elementos probatorios que integran el expediente a estudio, a la luz de las disposiciones constitucionales, legales y de instrumentos internacionales aplicables al caso, de las violaciones a los derechos humanos deducidas de los hechos expuestos, en concepto de este Organismo protector de



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

los derechos humanos, ha quedado demostrado que personal del Hospital Materno Infantil, conculcó los derechos humanos de **V1** y **MV2**.

CONSIDERACIONES.

Negligencia Médica.

30. En efecto, para este Organismo quedó evidenciado que personal del Hospital Materno Infantil, conculcó los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de **Acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud**, en el rubro de **Negligencia médica**, en agravio de **V1** y **MV2**.

31. En este tenor, los servidores públicos que recibieron a **V1** cuando solicitó atención médica por presentar dolores de parto, inobservaron la garantía de protección a la salud prevista en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobadas por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser considerados para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo momento la protección más amplia de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.

32. Derivado de ello, dichos servidores públicos transgredieron las disposiciones contenidas en los siguientes instrumentos internacionales: los artículos 3 y 25.1 de la **Declaración Universal de Derechos Humanos**; los artículos I y XI de la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**; el artículo 6.1 del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**; el artículo 12.1 del **Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**; los artículos 41.2 y 4.1 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos**; los artículos 10.1 y 10.2 incisos a) y d) del **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**; el artículo 24 de la **Convención sobre los Derechos del Niño**; los principios 2 y 4 de la **Declaración de los Derechos del Niño**; el artículo 41 de la **Declaración y Programas de Acción de Viena**; en los artículos 1, 4 y 7 incisos "a" y "b", y 8 inciso "a" de la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará"**; los artículos 12.1 y 12.2 de la **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**; el inciso b) del artículo 11 de la **Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social**; los deberes establecidos



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

en el **Código Internacional de Ética Médica**; y las disposiciones contenidas en la **Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"**.

33. En este tenor, se contravinieron además las disposiciones contenidas en los artículos 1 Bis, 2, 6, 23, 27 fracción IV, 32, 51, 51, 61 y 61 Bis de la **Ley General de Salud**; en los artículos 48 y 99 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**; así mismo lo dispuesto por los artículos 2, 9, 41, 69, 69 Bis y 81 de la **Ley de Salud de Estado de Durango**; los artículos 6 fracción III y 43 fracciones III, V y X de la **Ley de las mujeres para una vida sin violencia del Estado de Durango**.

34. De las constancias que integran el presente expediente, para este Organismo existen evidencias que establecen, como lo manifestó en su queja **Q1** que al presentar **V1** dolores de parto el día 30 de mayo del año dos mil dieciséis acudieron a que recibiera atención médica al Hospital Materno Infantil, donde le dijeron que todavía faltaban algunos días para su alumbramiento toda vez que no traía dilatación, que regresara después; sin embargo, debe señalarse que en el expediente clínico a nombre de **V1** del mencionado Hospital, se encuentra el triage ginecobstétrico correspondiente a la valoración que se realizó, el cual está incompleto en su mayor parte, irregularidad que obstaculiza el conocimiento del manejo clínico otorgado hasta ese momento.

35. En ese mismo sentido, al continuar con síntomas de parto **V1** se presentó a las 08:20 horas del día 31 de mayo del año dos mil dieciséis a las instalaciones del Hospital Materno Infantil en urgencias, donde nuevamente fue enviada a casa con el argumento de que faltaba tiempo para el alumbramiento; encontrando de nuevo irregularidades en el expediente clínico, ya que no se registró su ingreso, por lo que no es posible identificar cuál fue la atención médica que recibió en ese día.

36. Así mismo, el día 01 de junio del año dos mil dieciséis siendo las 07:30 horas, acudió nuevamente a revisión pues los dolores ya eran muy intensos, pero dicha revisión que le practicó el personal médico fue de manera superficial, insistiendo que aún no era el tiempo de parto y regresó a casa; encontrando de nuevo en dicho expediente irregularidades que no permiten identificar cuál fue la atención médica que **V1** recibió en ese día, ya que de la misma manera no se registró su ingreso al nosocomio de referencia.

37. De igual forma, el día 02 de junio del año dos mil dieciséis, siendo aproximadamente las 07:30 horas, acudieron nuevamente al multicitado



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

nosocomio ya que **V1** estaba muy grave y fue entonces que la ingresaron y la revisaron, encontrando que **MV2** ya había fallecido.

38. Lo anterior se corrobora con la declaración que rindió ante personal de este Organismo **V1**, en la que señaló que al empezar a sentir dolores de parto, acudió al Hospital Materno Infantil de esta Ciudad el día 30 de mayo del año dos mil dieciséis, donde luego de una breve valoración médica fue enviada de regreso a su domicilio y que como se agudizaron los dolores, el día 31 de mayo siguiente acudió nuevamente al citado Hospital, en donde a pesar de que les mencionó que los movimientos de **MV2** habían disminuido, le volvieron a señalar que aún no era tiempo y la regresaron a su casa; que como los dolores no cedían, nuevamente el 1° de junio siguiente acudió al mencionado Hospital, en donde de igual forma, después de una breve revisión le insistieron que no era el tiempo del parto; pero como los dolores eran más intensos, el día 02 de junio del mismo año, acudió nuevamente al multicitado Hospital, en donde después de una revisión le informaron que **MV2** había fallecido.

39. Fortalece la transgresión al derecho a la protección de la salud por la negligencia médica en agravio de **V1** y **MV2**, el Dictamen Médico elaborado por **SP4** y remitido a esta Comisión por **SP3** transcrito en el párrafo **21**, en el que concluyó que existió negligencia en la atención brindada el día 30 de mayo del año dos mil dieciséis a **V1** por parte de los médicos tratantes adscritos al servicio de urgencias de Ginecología del Hospital General (Hospital Materno Infantil), debido al incumplimiento de medios diagnósticos y desapego a los principios científicos de la medicina, los cuales condicionaron la mala práctica médica que permitieran identificar, prevenir o tratar de manera oportuna los probables factores de riesgo obstétrico y/o alguna complicación materno-fetal que manifestara **V1** con motivo del embarazo por el que cursaba, lo que condicionó el egreso hospitalario de la misma sin contar con un diagnóstico de certeza; encontrándose además elementos de inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, por no elaborar una nota de egreso que especificara un diagnóstico de certeza mediante una apropiada exploración física y la realización de estudios complementarios pertinentes, que acreditara un adecuado estado de salud del binomio materno-fetal, permitiendo el egreso hospitalario de **V1** bajo esas condiciones.

40. En este contexto, cabe señalar que de igual forma, en el mencionado Dictamen Médico, se determinó que de acuerdo al estado de la piel **MV2**



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

manifestaba datos clínicos compatibles con la pérdida de la vida mayor a 24 horas.

41. De lo anteriormente expuesto, se puede establecer claramente que para esta Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, queda probado de manera fehaciente la responsabilidad en que incurrió personal médico del Hospital Materno Infantil, al actuar desde la perspectiva de los derechos humanos de forma negligente en la atención médica de **V1**, que trajo como consecuencia el fallecimiento de **MV2**, según se desprende de las constancias que integran el expediente de cuenta, aunado a esto, se tiene un Expediente Clínico irregular pues **V1** ingresó a dicho nosocomio el día 30 de mayo del año dos mil dieciséis por presentar dolores de parto y fue regresada a su casa porque aún no era tiempo; al regresar los dos días siguientes le dijeron lo mismo, sin embargo, no obra dentro del mencionado expediente algún registro sobre la atención médica brindada los días 31 de mayo y primero de junio del año dos mil dieciséis.

42. Al respecto, el Cuarto Tribunal Colegiado en materia administrativa del Primer Circuito del Poder Judicial de la Federación, mediante la Tesis Aislada I.4o.A.64 A (10a.) de la Décima Época, publicada en la página 1890 del Libro XXV Tomo 3, de octubre de 2013, en el semanario Judicial de la Federación bajo el rubro "RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN.", establece que el término *malpraxis* (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente, que no sigue las normas o pautas que señala la *lex artis* médica y que ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica, constituye un error médico inexcusable y, por tanto, el profesional debe responder por esa conducta inapropiada.

43. Por tanto, resulta evidente que el personal médico del Hospital Materno Infantil, no observó de manera efectiva cómo evolucionaba **V1** en la labor de parto, por lo que en atención a lo anterior actuó inapropiadamente, pues no se decidió de forma pronta y oportuna el tratamiento indicado para salvaguardar la salud de **V1** y **MV2** como lo dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 sobre la "Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.", norma que establece que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

44. Efectivamente, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 sobre la *"Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio"*, que es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puerpéreas y a los recién nacidos, se propone establecer acciones que tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y, adicionalmente, que contribuyen a brindar una atención con mayor calidez. Por lo que tiene por objeto establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales, en un marco de calidad, calidez y oportunidad de la atención.

45. Así pues, según la norma citada, para determinar que existe calidad en la atención deberá considerarse la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados), mientras que la calidez en la atención se reflejará en el trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio, y que la oportunidad en la atención dependerá de que la atención médica se brinde en el momento que se requiera y de la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada, cuestiones todas las anteriores, que como se tiene por demostrado, no se dieron en el presente caso, pues la calidad, calidez y oportunidad con que fue tratada **V1** durante su atención médica no se ajustó en modo alguno a lo que se establece en la normativa oficial.

46. En atención a lo anterior, se tiene que en el presente caso, el personal médico del Hospital Materno Infantil, incumplió con las obligaciones que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 sobre la *"Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio"* en sus párrafos 5.1.1 y 5.1.3 pues disponen que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez, y que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Omitiendo, adicionalmente, efectuar un control prenatal eficiente que hubiese permitido



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

identificar cualquier signo y síntoma de alarma o de cualesquiera otras patologías intercurrentes con el embarazo, para valorar el riesgo obstétrico y el estado de salud del feto como se dispone en los párrafos 5.1.6 y 5.2.2 de la multicitada Norma, situaciones que, como se viene sosteniendo, no fueron cumplidas a cabalidad, lo anterior aunado al hecho de que a pesar de que **V1** se presentó a recibir atención médica los días 31 de mayo y 01 de junio del año dos mil dieciséis, no se le brindó la atención que requería, ni se anexaron al Expediente Clínico respectivo dichos antecedentes.

47. En este tenor, cabe señalar que de igual forma se incumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-007/SSA2-2016 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, que menciona 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.

48. Entonces pues, las acciones y omisiones referidas repercutieron en el derecho a la protección de la salud, específicamente a la salud reproductiva de **V1**, el cual implica que el Estado garantice el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, pues el personal médico debió observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, por lo que deben brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

49. La citada Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 sobre la *"Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio"* ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015 y 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015 y 52/2015 emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que dicho Organismo hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal;



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

acciones que, como ha quedado acreditado en el presente caso, no se llevaron a cabo.

50. Para este Organismo el derecho a la salud es un atributo inalienable e indispensable de cada individuo, que le permite estar en posibilidad de desarrollar plenamente sus capacidades y vivir una vida digna, es un derecho humano al que todos debemos tener acceso sin distinción alguna, ya que su salvaguarda constituye uno de los compromisos sustantivos del Estado y una condición elemental para asegurar el derecho a la vida. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acudan a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de dichas personas.

51. En este tenor, el artículo 4 de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. El Estado mexicano al ser parte del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *"de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y establecer la salud de la población."*

52. Al respecto, el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** de la **Organización de las Naciones Unidas** en su **Observación General No. 14**, sobre **"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"**, ha definido al derecho a la protección de la salud *"como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud"*.

53. Por otro lado, en los artículos 10.1 y 10.2 incisos a) y d) del **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, se reconoce que *"Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"*.

54. En relación a lo anterior, la **Comisión Nacional de los Derechos Humanos** emitió la Recomendación General Número 15, *Sobre el Derecho a la Protección a la Salud*, de fecha 23 de abril de 2009, en la que señala que el derecho a la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

proteger y velar por su restablecimiento y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

55. Asimismo, de acuerdo con el principio de interdependencia, los derechos humanos se encuentran vinculados entre sí, razón por la que la afectación de uno repercute en los otros, toda vez que con la violación del derecho a la protección de la salud en agravio de **V1** y **MV2** transversalmente fueron transgredidos otros derechos.

56. Así pues, en relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la **Ley de las mujeres para una vida sin violencia** del Estado de Durango, prevé en su artículo 6 fracción III que constituirá violencia obstétrica cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, estableciendo adicionalmente en el artículo 43 fracciones III, V y X las obligaciones para la Secretaría de Salud del Estado de brindar la atención médica y psicológica con perspectiva de género, garantizar la atención a las víctimas y la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes en la materia, además de asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, se advierte que el trato otorgado a **V1** previo al parto de **MV2** por el personal médico del Hospital Materno Infantil, configuró violencia obstétrica en los términos señalados.

57. Evidentemente, los servidores públicos que atendieron a **V1** previo al parto de **MV2** cometieron violencia obstétrica, puesto que omitieron aplicar las Normas Oficiales Mexicanas vigentes en la materia, no consideraron las condiciones físicas que presentaba **V1**, razones por las que se ameritaba atención médica inmediata y eficaz, derivando así en el deceso de **MV2**, por tanto, el personal médico involucrado es responsable de la violación al derecho a la salud, al derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica en agravio de **V1** y de la violación al derecho a la vida en agravio de **MV2**, previstos todos en diversos instrumentos internacionales y por los que se establece el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer, de actuar con la debida diligencia para



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

prevenir y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer y de salvaguardar la vida e integridad del binomio materno-infantil.

58. Ahora bien, el derecho a la vida es la prerrogativa que tiene todo ser humano de disfrutar del ciclo que inicia con la concepción y termina con la muerte, sin que sea interrumpido por algún agente externo, consistente precisamente en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial. Atendiendo a lo anterior, la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** ha sostenido que: *"El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido..."*.

59. En ese sentido, en atención a las consideraciones expuestas en la presente Recomendación, así como el Dictamen Médico emitido por **SP4** transcrito en parte relativa en el punto número **21**, para este Organismo existen elementos suficientes que permiten aducir el tratamiento e inadecuada atención médica otorgada a **V1** previa al parto de **MV2** por parte de personal médico del Hospital Materno Infantil, al condicionar el egreso hospitalario de la misma sin contar con un diagnóstico de certeza, provocando la pérdida de la vida de **MV2**.

60. No pasa inadvertido para este Organismo lo manifestado por **SP2** al momento de rendir el informe que le fue solicitado a **SP1**, en el sentido de que al acudir **V1** al Hospital General (proyecto Materno Infantil) refiriendo dolores de parto, de acuerdo al manejo del triage obstétrico no ameritaba hospitalización, pues faltaba tiempo para que entrara en trabajo de parto; sin embargo, de acuerdo al Dictamen Médico elaborado por **SP4**, el personal que intervino en los hechos denunciados puso en riesgo la integridad personal de **V1** y **MV2** al no efectuar una valoración gineco-obstétrica adecuada e integral y sin que se especificara el estado de salud de **MV2** al momento de realizar dicha consulta y sin tener un diagnóstico de certeza de las causas que la aquejaban y de las manifestaciones clínicas que presentaba, lo que ameritaba que se implementara un protocolo de estudio y atención específica para estar en condiciones de identificar, disminuir o evitar el desarrollo de posibles complicaciones materno-fetales, además de que no se contaba con una nota de egreso que especificara el diagnóstico final establecido a **V1** al momento de emitir dicha disposición, evidenciando con esto una inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incurriendo en responsabilidad ya que se omitió prestar en tiempo y forma el servicio que ameritaba.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

61. Asimismo, en relación a lo manifestado por **SP2** en el sentido de que **V1** regresó hasta el 01 de junio de dos mil dieciséis a las 08:44 horas y al estar en el área de admisión hospitalaria se le entregó la hoja de triage pero no la llenó y se retiró del hospital; cabe señalar que aún y cuando quedó acreditado que no se le brindó la atención requerida, de conformidad con lo establecido en los Lineamientos Técnicos del **Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica**, emitido por la Secretaría de Salud en el año 2016, el *"Triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta."* Y tiene como objetivo general: *"Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del Triage obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención."* Señala además que: *"El personal de salud con formación académica: médica/o especialista gineco-obstetra, médica/o especialista en medicina familiar, médica/o general, licenciada/o en enfermería y obstetricia, licenciada/o en enfermería u otro personal de salud, podrá realizar el Triage obstétrico previa capacitación. No deberá realizarlo personal médico ni de enfermería en formación."* De lo que se desprende que es obligación del personal especializado o capacitado en la salud, realizar el mencionado Triage obstétrico.

Principio del Interés Superior de la Niñez.

62. Además, para este Organismo quedó evidenciado que el personal médico del Hospital Materno Infantil involucrado incumplió el **Principio del Interés Superior de la Niñez** en agravio de **MV2**, pues actuó en desacato de lo establecido en el artículo 4 párrafo noveno de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** y en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser consideradas para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo momento la protección más amplia de acuerdo con lo establecido en los artículos 1 párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.

63. De igual manera, los servidores públicos involucrados transgredieron las disposiciones contenidas en los siguientes instrumentos internacionales: los principios I, II y VIII de la **Declaración de los Derechos del Niño**; los artículos 2.1, 3.1., 3.2, 4, 6.2, y 19 de la **Convención sobre los Derechos del Niño**; el artículo 19 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de**



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

San José de Costa Rica"; así como las disposiciones contenidas en la **Observación General No. 5 "Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4 y 42 y párrafo 6 del artículo 44)"** y la **Observación General No. 14 "Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)"** del Comité de los derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas.

64. Así mismo, el personal médico del Hospital Materno Infantil que participó en los hechos inobservó las disposiciones contenidas en los artículos 3 inciso "A", 4, 6, 7 párrafo primero, 14, 15 y 21 inciso "A" de la **Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**.

65. En este tenor, el personal médico del Hospital Materno Infantil involucrado contravino adicionalmente las disposiciones contenidas en los artículos 1, 2, 4, 32 y 34 párrafos segundo y tercero de la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango**; así como las contenidas en los artículos 3, 4 fracción I, 5 fracción I y III, 6, 7, 8, 20 y 22 de la **Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, los Niños y Adolescentes en el Estado de Durango**.

66. Es entonces pues que, con fundamento en el noveno párrafo del artículo 4 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, se desprende que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena los derechos de niñas, niños y adolescentes. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez y, en general, de todas aquellas acciones, decisiones, medidas y mecanismos de cualquier naturaleza que se implementen para proteger a niñas, niños y adolescentes.

67. De igual forma, la **Convención sobre los Derechos del Niño**, en su artículo 3 establece que en todas aquellas medidas que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos concernientes a los niños, se atenderá su interés superior.

68. En mismo sentido, el artículo 19 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos** no solo reconoce el derecho de las niñas, niños y adolescentes a las medidas de protección que deriven de su condición de personas menores de edad, sino que también establece la obligación para el



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

Estado de respetar y garantizar los derechos que se les reconocen en los diversos instrumentos internacionales.

69. En concordancia, el artículo 34 de la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango**, además de garantizar un catálogo de derechos a los menores de edad, dispone que el Estado adoptará las medidas necesarias para proteger a las niñas, niños y adolescentes contra todo tipo de abuso, descuido o trato negligente, y atenderá al principio del interés superior de los menores.

70. Aunado a lo anterior, la **Observación General No. 14 "Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial"** del **Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas**, manifiesta que la plena aplicación del concepto del interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en sus derechos, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana; ya que debe ser considerado y aplicado como un derecho sustantivo, como un principio jurídico interpretativo fundamental y como una norma de procedimiento.

71. El interés superior de la niñez como un derecho, es aquel que tiene el niño de que *"su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño, a un grupo de niños concreto o genérico o a los niños en general."*

72. Como principio jurídico interpretativo fundamental, el interés superior de la niñez se traduce en que *"si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño."*

73. Finalmente, el interés superior de la niñez como norma de procedimiento, implica que *"siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto, a un grupo de niños o a los niños en general, el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño o los niños interesados. La evaluación y determinación del interés superior del niño requieren garantías procesales. Además, la justificación de las decisiones debe dejar patente que se ha tenido en cuenta explícitamente ese derecho."*



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

74. De lo anterior, se desprende la obligación del Estado de respetar y poner en práctica el derecho del niño a que su interés superior se evalúe y constituya una consideración primordial, y que en función a eso se deberán adoptar todas las medidas necesarias, expresas y concretas para hacer plenamente efectivo ese derecho, entendiendo por "medidas" no solo las decisiones, sino también todos los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. Por lo que en la proporción en que el interés superior de la niñez sea una consideración primordial, se proteja mediante la elección de la interpretación que más lo satisfaga, y esté presente en la estimación para la adopción de decisiones en las que estén involucrados los niños, niñas y adolescentes, será la proporción en la que se garantizará de manera integral.

75. En esa tesitura, la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** en el "*Caso Furlán y Familiares vs. Argentina*" define el interés superior del niño como el principio regulador de la normativa de los derechos del niño que se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades. Asimismo, manifiesta que el preámbulo de la **Convención sobre los Derechos del Niño** establece que éste requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo el requerimiento de medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen el niño o la niña.

76. La misma **Corte Interamericana de Derechos Humanos** en el "*Caso de las Niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana*" refiere que *"la prevalencia del interés superior del niño debe ser entendida como la necesidad de satisfacción de todos los derechos de los menores, que obliga al Estado e irradia efectos en la interpretación de todos los demás derechos... Asimismo, el Estado debe prestar especial atención a las necesidades y los derechos de las presuntas víctimas en consideración a su condición."*

77. En ese sentido, la Primera Sala de la **Suprema Corte de Justicia de la Nación** en la Jurisprudencia 1ª./J 25/2012 (9a.) publicada en el Libro XV, Diciembre de 2012, Tomo 1 del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta de rubro "INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR. SU CONCEPTO", determina que los tribunales, en todas las medidas que tomen relacionadas con los menores, deben atender primordialmente al interés superior del niño; concepto que interpretó la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** de la siguiente manera: *"la expresión interés superior del niño... implica que el desarrollo de éste y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios*



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño."

78. Ahora bien, en primer lugar, la actuación del personal médico involucrado del Hospital Materno Infantil, en el contexto de los hechos motivo de queja en agravio de **MV2**, culminó en una afectación al interés superior de la niñez como derecho, pues como se evidenció, en ningún momento se tomó en cuenta su bienestar, toda vez que en lugar de evaluar y considerar primordialmente el interés superior para la toma de una decisión que hubiese sido acorde con las medidas proporcionales y respetuosas de la ley, en función de la vulnerabilidad a la que estaba sujeto en su carácter de producto de la gestación, se omitió prestar la atención médica de calidad, calidez y de oportunidad, desencadenando en consecuencias fatales.

79. En segundo lugar, el interés superior de la niñez como principio, tampoco fue considerado, pues el personal médico del Hospital Materno Infantil, no valoró si las medidas implementadas conducían y protegían el mejor interés superior de **MV2** y si con ello se garantizaba su seguridad personal, corporal y jurídica.

80. Finalmente, el interés superior de la niñez como norma de procedimiento fue violentado en cuanto a que para la implementación de las multicitadas medidas, el personal médico del Hospital Materno Infantil, no tomó en consideración que fueran protectoras, y que aseguraran un entorno sano y seguro para **MV2** como lo establecen las normas aplicables.

81. En atención a las disposiciones jurídicas y los criterios jurisprudenciales tanto nacionales como internacionales citados, es de observarse pues la obligación que tienen todas las autoridades de salvaguardar el principio interés superior de la niñez, por lo que el personal médico del Hospital Materno Infantil que participó en los hechos, debió actuar conforme a este principio y proteger los derechos humanos de **MV2**, y no obstante, como se acreditó ya, se llevaron a cabo acciones y omisiones que fueron ajenas al referido principio de interés superior de la niñez y conculcaron sus derechos humanos.

Integración irregular del expediente clínico.

82. Asimismo, para este Organismo quedó evidenciado que el personal médico del Hospital Materno Infantil involucrado en los hechos de la queja, conculcó los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

Acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud, en el rubro de Integración irregular de expedientes, en la atención médica brindada a V1.

83. En este tenor, los servidores públicos que proporcionaron atención médica a V1, inobservaron las disposiciones contenidas en la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"**, lo cual resulta en una violación a las normas relativas a los derechos humanos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.

84. Efectivamente, como ha quedado acreditado, al encontrarse cursando aproximadamente treinta y nueve semanas de gestación, V1 acudió a las instalaciones del Hospital Materno Infantil, los días 30 y 31 de mayo, 01 y 02 de junio del año dos mil dieciséis; sin embargo, la atención que se le brindó los días 31 de mayo y 01 de junio señalados, no se asentó registro alguno en su expediente, y el día 02 de junio del mismo año a las 08:00 horas, entró a labor de parto de un producto óbito, siendo atendida en el área de tococirugía del Hospital Materno Infantil, permaneciendo internada hasta el día 04 de junio del año dos mil dieciséis; siendo el caso que, contrario a lo que establecen las normas oficiales mexicanas que versan sobre la materia, durante su estancia y tratamiento las siguientes notas médicas fueron asentadas irregularmente:

84.1. Triage Ginecobstétrico de fecha 30/05/2016, a las 15:19, no contiene las anotaciones correspondientes, nombre ni firma del médico, identificado como AR1.

84.2. Hoja Frontal para Diagnósticos de fecha 02/06/16, la cual no contiene número de expediente ni nombres completos de AR2, AR3, AR4, P2, y P3, y sólo una firma ilegible.

84.3. Historia Clínica de fecha 02/Junio/2016, 8:00 Hrs., la cual no contiene número de expediente ni nombres completos de AR2, AR3, AR4, P2, y P3, y sólo una firma ilegible.

84.4. Hoja de Atención Obstétrica, de fecha 02 de junio de 2016, la cual no contiene número de expediente ni nombres completos de AR2, AR3, AR4, P2, y P3, y sólo una firma ilegible.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

84.5. Hoja de Notas Médicas de fecha 02.06.16. la cual no contiene número de expediente, de cama, ni nombres completos de **AR2, AR3, AR4, P2, P3, P4 y P5**, contiene abreviaturas, palabras mal escritas y testaduras.

84.6. Triage Ginecobstétrico de fecha 02/06/2016, con hora marcada 07:57, en el nombre del médico solo aparecen iniciales, identificado como **AR5**.

84.7. Hoja de Datos del Producto, fecha de nacimiento 02 de junio del año dos mil dieciséis a las 14:25 horas, no contiene el nombre ni firma del médico, y en el nombre y firma de la Enfermera se anotó un sobrenombre.

84.8. Hoja de Servicio de Anestesiología de fecha 2/junio/16, no contiene número de expediente, nombre y firma del Anestesiólogo ni testigos.

85. Entonces pues, del análisis del contenido de las constancias que integran el expediente clínico No. 564697 respecto del tratamiento médico que siguió **V1** se advierte que existen irregularidades y omisiones en la integración del mismo, pues hay notas médicas en las cuales aparecen abreviaturas y en la mayoría no aparecen los nombres completos de los médicos tratantes, lo anterior es así toda vez que el expediente en cuestión no cumple con los requisitos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *"Del Expediente Clínico"*, a saber, que:

- a) Las notas médicas y reportes deberán contener nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.
- b) Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso;
- c) Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado;
- d) El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar los requisitos mínimos señalados en la mencionada norma y los establecidos en las demás normas oficiales mexicanas.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

- e) Deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención;
- f) Tratándose de las notas médicas en urgencias deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente y contener fecha y hora en que se otorga el servicio, signos vitales, motivo de la atención, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico y nota de evolución;
- g) En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante como la nota de interconsulta del mismo especialista;
- h) Tratándose de las notas médicas de ingreso, deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los signos vitales, el resumen de interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso, los resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, tratamiento y pronóstico e historia clínica;
- i) Tratándose de las notas médicas de evolución, deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día;
- j) Tratándose de las notas médicas preoperatorias, deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo la fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, y pronóstico;
- k) Tratándose de las notas médicas preoperatorias, deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía, constituyendo un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo el diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada, diagnóstico postoperatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, reporte del conteo de gases, compresas y de instrumental quirúrgico, incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones, estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios, ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, estado post-quirúrgico inmediato, plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato, pronóstico, envío de piezas o biopsias



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico, otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico, nombre completo y firma del responsable de la cirugía;

l) Tratándose de las notas médicas de egreso, deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo la fecha de ingreso/egreso, el motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo y pronóstico.

86. De igual manera, es prueba de la integración irregular del Expediente Clínico de **V1**, el Dictamen Médico elaborado por **SP4**, transcrito en parte relativa en el punto número **21**, en el que señaló que en las notas médicas pertenecientes al Hospital General de Durango a nombre de **V1** se detectaron diversas irregularidades como: *"....1) no se aprecia el nombre ni la firma respectiva del personal médico tratante, 2) se omitieron detalles de los procedimientos hospitalarios y tratamientos, 3) se encuentran incompletas, 4) ausencia de notas y, 5) algunas notas sobresalen por sus abreviaturas, ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de nombres completos, cargos, rangos y matrículas de los médicos tratantes, tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, evidenciando un incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico"* Y concluyó que existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, por parte del personal de salud adscrito al Hospital General de Durango, con motivo de la atención médica otorgada a **V1**.

87. De lo anterior, podemos precisar que los servidores públicos que intervinieron en la atención médica de **V1** y **MV2** inobservaron lo que establecen las Normas Oficiales Mexicanas, en específico la NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico", que es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, norma que tiene por objeto establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, entendiéndose por esto último, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos,



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables, estableciéndose como obligaciones para los profesionales de la salud que todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, dichas notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado, debiéndola elaborar el médico cada vez que proporciona atención al paciente, describiendo lo siguiente: evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales, los resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente, los diagnósticos o problemas clínicos, el pronóstico, el tratamiento y las indicaciones médicas; pues bien del análisis del expediente Clínico No. 564697 se encuentran manifiestas deficiencias que contravienen lo anteriormente expresado, pues no se encontró registro de ninguna acción específica de los días 31 de mayo y 1° de junio del año dos mil dieciséis, fechas en las que **V1** acudió a solicitar atención médica.

88. La debida integración de cualquier Expediente Clínico, en términos de lo que dispone la citada *NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"*, es de observancia obligatoria para los prestadores de servicios médicos, en su conformación y conservación, en virtud de contener los antecedentes y tratamientos médicos diagnosticados y desarrollados a los pacientes, por lo que las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, debiendo observar su adecuado cumplimiento.

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

90. De lo anteriormente expuesto, se establece de manera fehaciente la responsabilidad en que incurrió personal médico del Hospital Materno Infantil, al inobservar la normatividad aplicable en cuanto a la integración del expediente clínico correspondiente a la atención médica brindada a **V1** durante los días 30 y



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

31 de mayo y 01 de junio del año dos mil dieciséis, en virtud de que se integró un expediente clínico irregular, pues se inobservó lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *"Del Expediente Clínico"*.

91. En relación con la NOM-004-SSA3-2012 *"Del Expediente Clínico"*, debe precisarse que la misma ha sido referida en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 51/2015 y 52/2015 emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que dicho Organismo Nacional hace hincapié en que las irregularidades, como las comprobadas en el presente caso, representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares para conocer la verdad relativa a la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

92. Precisamente, sostiene el Organismo Nacional que las omisiones en las que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, sean breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana *"Del Expediente Clínico"*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, lo que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

93. Cabe precisar, que los criterios establecidos en la norma NOM-004-SSA3-2012 *"Del Expediente Clínico"*, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable; por lo que contrariar tales criterios significa entonces que el personal médico, por el solo hecho de integrar irregularmente el historial clínico, no brinda la atención de calidad, calidez y oportunidad que la ley exige.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

94. En igual sentido, debe señalarse, que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, puesto que se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente acerca del bienestar físico, mental y social del mismo, por lo que cualquier error, omisión o irregularidad pone en peligro la salud del paciente, no precisamente porque tenga un efecto negativo directo sino porque se estaría poniendo en riesgo la integridad de quien es atendido por los servicios de salud al no tener certeza y seguridad respecto al tratamiento que está recibiendo por no haberse asentado, o no haberse asentado correctamente, la intervención del personal médico o el estado de salud del paciente.

RESPONSABILIDAD

95. La identidad de los responsables de la violación a los derechos humanos en agravio por negligencia médica en agravio de **V1** y **MV2**; por la violación al derecho a la vida e incumplimiento al principio del interés superior de la niñez en agravio de **MV2** y por la integración irregular del Expediente Clínico, se tiene de las constancias que integran el Expediente Clínico de **V1**, transcritas en los puntos números **84.1, 84.2, 84.6, 84.7 y 84.8**, de las que se desprende la participación directa de **AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5**, y en razón de que no obran sus nombres completos, será el Órgano de Control Interno competente quien deberá investigar y establecer su identidad, así como la identidad del personal médico del área de Urgencias de Ginecología del Hospital Materno Infantil, antes Hospital General de Durango que se encontraba a cargo los días 31 de mayo de dos mil dieciséis a las 08:20 horas y el 01 de junio del mismo año entre las 07:00 y 07:30 horas, atendiendo a que cada uno de los involucrados deberá responder en la medida de su propia participación, deslindándose las responsabilidades que en derecho procedan y se apliquen las sanciones correspondientes; a fin de que dichas conductas no queden impunes.

REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

96. Ahora bien, en virtud de que el sistema no jurisdiccional de derechos humanos constituye una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para la



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

reparación integral por violación a los mismos, en razón de la responsabilidad en que incurrieron los servidores públicos involucrados y tomando en cuenta las circunstancias del presente caso por la afectación de derechos humanos, se considera procedente se realice a los afectados dicha reparación, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1 tercer párrafo y 133 segundo párrafo de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, 55 párrafo segundo de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, lo establecido por la **Ley de Víctimas del Estado de Durango**, así como por los numerales 4, 5, 8 y 11 de la **Declaración de los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder**, toda vez que a la fecha de elaboración de esta Recomendación no se advierte acción alguna encaminada a dicha reparación integral.

97. Para tal efecto, la autoridad recomendada garantizará a las víctimas la reparación integral, la cual deberá ser proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias del presente caso.

98. Derivado de lo anterior, esta Comisión dará visita a la **Comisión Estatal de Atención Integral a Víctimas de Durango**, a fin de que proceda conforme a sus legales atribuciones.

99. Del examen practicado a las evidencias y observaciones plasmadas en la presente Recomendación, se derivan las siguientes:

CONCLUSIONES.

PRIMERA. Que de las constancias que obran en el presente expediente, se desprende que personal médico del Hospital Materno Infantil, antes Hospital General de Durango, conculcó los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de **Acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud**, en el rubro de **Negligencia médica**, en agravio de **V1 y MV2**.

SEGUNDA. Que de las constancias que obran en el presente expediente, se desprende que personal médico del Hospital Materno Infantil, antes Hospital General de Durango, transgredió el derecho a la vida e incumplió el **Principio del Interés Superior de la Niñez**, en agravio de **MV2**.



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

TERCERA. Que de las constancias que obran en el presente expediente, se desprende que personal médico del Hospital Materno Infantil, antes Hospital General de Durango, conculcó los derechos humanos del **Derecho a la protección de la salud**, en la denotación de **Acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud**, en el rubro de **Integración irregular del expediente clínico**, en la atención médica brindada a **V1**.

100. Por lo anteriormente expuesto, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, respetuosamente, formula a Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Durango, las siguientes:

RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Durango, tenga a bien girar sus más respetables instrucciones al Órgano de Control Interno competente a efecto de que se inicien los procedimientos administrativos correspondientes, para determinar la responsabilidad en que incurrieron **AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y otros**, por las violaciones a los derechos humanos de **V1 y MV2**, para que de acuerdo al grado de participación se les aplique la sanción que legalmente les corresponda. Asimismo, le solicito se anexe a dichos procedimientos la copia certificada de la presente Recomendación que se acompaña para que se consideren las evidencias, precisiones y ponderaciones de la misma, que adminiculadas y concatenadas con los medios de prueba que se allegue y cuente, sustenten fehacientemente su resolución y, en su caso, la sanción que se imponga. Igualmente se informe periódicamente a este Organismo de los avances de los procedimientos y en su momento enviar constancias de las resoluciones que se emitan.

Cabe señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de Derecho, la no instauración de los procedimientos tendentes a resolver sobre la probable responsabilidad de los servidores públicos por violaciones a los derechos humanos, así como simularlos o imponer sanciones demasiado leves, contrarias al principio de proporcionalidad, pues con ello se propicia la impunidad, se rompe el principio de legalidad y se deja de cumplir con los fines de la aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que éstas deben ser ejemplares, inhibitorias y educativas.

SEGUNDA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Durango, gire sus respetables instrucciones a efecto de que



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

se anexe copia de la resolución del procedimiento administrativo en los expedientes personales de los servidores públicos involucrados, a efecto de que obre constancia de que transgredieron derechos humanos, enviando a este Organismo las pruebas de su cumplimiento.

TERCERA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Durango, gire sus respetables instrucciones a quien corresponda, a efecto de que **AR1 y otros**, sean capacitados sobre derechos humanos con perspectiva de género y derechos reproductivos, enviando a este Organismo las pruebas de su cumplimiento.

CUARTA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Durango, gire sus respetables instrucciones a quien corresponda, a efecto de que **AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y otros**, se capaciten sobre el conocimiento, manejo y obligación de observar las Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud, especialmente en las que tienen que ver con el presente asunto, remitiendo a este Organismo las pruebas de su cumplimiento.

QUINTA. Que Usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Durango, gire sus respetables instrucciones a quien corresponda, para que se instruya a **AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y otros**, que adopten medidas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que se brinda, se encuentren debidamente integrados conforme a lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión las constancias con que se acredite su cumplimiento.

101. Cabe destacar, que las recomendaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, no pretenden en modo alguno desacreditar a las instituciones, ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, sino que, por el contrario, deben ser concebidas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y 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 fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logra que aquéllas y éstos sometan su actuación a las normas jurídicas y a los criterios de justicia que conllevan el respeto a los derechos humanos.

102. La presente Recomendación de acuerdo con lo señalado en el artículo 102 Apartado B de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** y 57



COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de coadyuvar con el fortalecimiento de las instituciones y en la búsqueda de la observancia irrestricta de la ley por autoridades y servidores públicos.

103. De conformidad con el artículo 57 de la **Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango**, solicito a Usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada a este Organismo dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

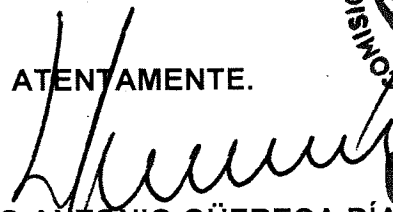
104. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a Usted que en el término de treinta días hábiles siguientes a la aceptación de la Recomendación, remita a esta Comisión las pruebas correspondientes sobre su cumplimiento.

105. Según el párrafo tercero del artículo 57 de la Ley de esta Comisión, la falta de comunicación de aceptación o no de la Recomendación, dará lugar a que se interprete que fue aceptada, asumiendo la autoridad a quien se dirige la obligación de darle cumplimiento.

106. Con fundamento en el artículo 58 de la Ley de este Organismo, en caso de la no aceptación de la presente Recomendación o derivado de su incumplimiento por el servidor público, este deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa. De igual forma, esta Comisión podrá hacer del conocimiento de la opinión pública este hecho.

107. De igual manera, le informo que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 59 de la mencionada Ley en caso de que la presente Recomendación no sea aceptada o cumplida, esta Comisión dará vista al Congreso del Estado de dicha situación, para que de acuerdo con los trámites correspondientes sea citado a comparecer con el objeto de que explique el motivo de su negativa o incumplimiento.

ATENTAMENTE.


DR. MARCO ANTONIO GÜERECA DÍAZ.
PRESIDENTE.





COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DURANGO

"Tu confianza en buenas manos"

C.c.p.- Órgano de Control Interno competente en la Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Durango.

C.c.p.- Subdirección Jurídica de la Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Durango.

C.c.p.- Comisión Estatal de Atención Integral a Víctimas de Durango.

C.c.p.- Dirección de Seguimiento de Recomendaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango.

C.c.p.- Q1.

C.c.p.- Expediente.