



CDHEH
DERECHOS
HUMANOS
HIDALGO

RECOMENDACIÓN

NÚMERO: R-IXM-0002-24
EXPEDIENTE: CDHEH-IXM-0241-18
PERSONAS AGRAVIADAS: Q1, Q2 Y A1.

AUTORIDADES RESPONSABLES: AR1, EXDIRECTOR, AR2, MÉDICA ADSCRITA AL SERVICIO DE URGENCIAS, AR3, MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS, AR4, MÉDICA ADSCRITA AL SERVICIO DE URGENCIAS TURNO NOCTURNO, AR5, MÉDICA ADSCRITA AL SERVICIO DE URGENCIAS TURNO DIURNO ESPECIAL, AR6, MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, AR7, MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA, TODAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE HUICHAPAN.

HECHOS VIOLATORIOS: 3.1 DERECHO A NO SER SOMETIDO A VIOLENCIA INSTITUCIONAL
9.1- DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL
9.3.-DERECHO A LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD
9.10.- DERECHO A LA DEBIDA INTEGRACIÓN Y RESGUARDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
9.18.- DERECHO DE LAS MUJERES A NO SER SUJETAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Pachuca de Soto, Hidalgo, a veintiocho de febrero de dos mil veinticuatro.

DOCTORA MARÍA ZORAYDA ROBLES BARRERA
TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE HIDALGO.

P R E S E N T E

I. VISTOS

1. Para resolver los autos del expediente al rubro citado con motivo de la queja presentada por Q1 y Q2, en contra de personas servidoras públicas del Hospital General de Huichapan, Hidalgo; en uso de las facultades que me otorga la siguiente normatividad:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹, artículo 102 apartado B párrafos primero, segundo y quinto:

“El Congreso de la Unión y las legislaturas de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano, los que conocerán de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que violen estos derechos”.

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

(...)

“Las Constituciones de las entidades federativas establecerán y garantizarán la autonomía de los organismos de protección de los derechos humanos.”

Constitución Política del Estado de Hidalgo², artículo 9º bis párrafo cuarto:

(...)

“Conocerá de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público que violen derechos humanos, así como aquellos actos de discriminación y formulará recomendaciones públicas no vinculatorias. Dentro de las formas de solución a los asuntos que atienda se encontrará la amigable composición, para lo cual podrá hacer uso de los medios alternos de solución de conflictos de mediación y conciliación siempre que se trate de violaciones no calificadas como graves. Podrá presentar denuncias y quejas ante las autoridades respectivas”.

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

² Constitución Política del Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes-lxiv.html



(...)

Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo³, artículos 33 fracción XI, 84 párrafo segundo, 85 párrafo primero y 86.

“Artículo 33. La persona titular de la comisión tendrá las siguientes facultades y obligaciones:

(...)

XI.- Aprobar y emitir, en su caso, las Propuestas de Solución y las Recomendaciones públicas, autónomas y no vinculatorias, así como los acuerdos y peticiones que sometan a su consideración las Visitadurías Generales, que resulten de las investigaciones efectuadas;

Artículo 84 párrafo segundo

(...)

En el proyecto de recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos de los afectados.”

Artículo 85 párrafo primero

“La persona titular de la comisión analizará los proyectos de Propuestas de Solución, de Recomendación, los Acuerdos de no Responsabilidad y de Conclusión presentados por las Visitadurías Generales, elaborará las observaciones que considere pertinentes y en su caso, los suscribirá”.

Artículo 86

“La propuesta de solución y la recomendación, no tendrán carácter vinculatorio para la autoridad o la persona del servicio público a los cuales se dirija. Por lo tanto, no podrán anular, modificar o dejar sin efecto las resoluciones o actos contra los cuales se haya presentado la queja o denuncia.

En todo caso, una vez recibida la resolución respectiva, la autoridad o servidor público de que se trate deberá informar dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación, si acepta dicha propuesta de solución o recomendación

El plazo podrá ser ampliado cuando la naturaleza de la recomendación así lo requiera.

Cuando las recomendaciones emitidas no sean aceptadas o cumplidas, se procederá conforme a lo siguiente:

a) La autoridad o servidor público de que se trate deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, y atender los llamados del Congreso del Estado Libre y Soberano de Hidalgo a comparecer, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

b) La Comisión determinará, previa consulta con el órgano legislativo referido en el inciso anterior, en su caso, si la fundamentación y motivación presentadas por la autoridad o servidor público que se hubiese negado a aceptar o cumplir las recomendaciones emitidas, son suficientes, y hará saber dicha circunstancia

³ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes-lxiv.html

por escrito a la propia autoridad o servidor público y, en su caso, a sus superiores jerárquicos, para los efectos del siguiente inciso.

c) Las autoridades o servidores públicos, a quienes se les hubiese notificado la insuficiencia de la fundamentación y motivación de la negativa, informarán dentro de los quince días hábiles siguientes a la notificación del escrito referido en el inciso que antecede, si persisten o no en la posición de no aceptar o no cumplir la recomendación.

d) Si persiste la negativa, la Comisión podrá denunciar ante el Ministerio Público o la autoridad administrativa que corresponda a los servidores públicos señalados en la recomendación como responsables.”

Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo⁴, artículos 126 y 127.

Artículo 126

“Concluida la investigación y reunidos los elementos de convicción necesarios, se analizarán los hechos, los argumentos, las pruebas y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades, las o los servidores públicos resultaren responsables de haber incurrido en violación grave a los derechos humanos de las personas afectadas o en actos u omisiones ilegales, injustas, inadecuadas o erróneas igualmente graves; se procederá a formular el proyecto de recomendación que aprobado y firmado por quien tenga la titularidad de la Presidencia, será remitido para conocimiento de la superioridad jerárquica de la autoridad, de la o el servidor público involucrado.

También se emitirá recomendación en el caso de que no haya lugar a emitir una propuesta de solución o que habiéndose emitido esta no hubiere sido aceptada o totalmente cumplida.

En la recomendación se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de las afectadas en sus derechos fundamentales y, si procede, la reparación integral de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado. También se señalarán las medidas que sea necesario aplicar y las actividades a corregir, para evitar violaciones futuras a derechos humanos.”

Artículo 127

“La recomendación será pública y no vinculatoria, motivo por el cual no tendrá carácter imperativo para anular, modificar o dejar sin efecto las resoluciones, los actos u omisiones que constituyan una violación de derechos humanos contra los cuales se hubiere presentado la queja.”

II. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

2. En la presente Recomendación, la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno, se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser

⁴ Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; <https://periodico.hidalgo.gob.mx/?p=44689#:~:text=%2D%20Todos%20olos%20derechos%20humanos%20y,protecci%C3%B3n%2C%20tanto%20de%20olos%20derechos>

identificadas como sigue:

Instrumentos Internacionales	
Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará"	BELEM DO PARÁ
Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	CEDAW
Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre	DADDH
Declaración de Beijing, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres	DBCMM
Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente	DLAMMDP
Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer	DEVMM
Declaración Universal de los Derechos Humanos	DUDH
Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales	PIDESyC
Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de	Protocolo de San Salvador

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

San Salvador)

Instituciones Internacionales

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	CDESC
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Corte IDH
Organización de las Naciones Unidas	ONU

Instrumentos Nacionales

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes	CDGP
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares	ENDIREH
Instituto Nacional de Estadística y Geografía	INEGI
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	LGAMVLV

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

Ley General de Responsabilidades Administrativas	LGRA
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012	NOM-001
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	NOM-004
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016	NOM-007
Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010	NOM-024
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013	NOM-034
Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012	NOM-035
Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005	NOM-046
Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género editado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación	PJPGESCJN
Reglamento de la Ley General de Salud	RLGS
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección de Servicios de Atención Médica	RLGSMPSAM

Instituciones Nacionales	
Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED

Sistema Nacional de Salud	SNS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

Instrumentos Estatales

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Catálogo de Hechos Violatorios de Derechos Humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	CHVDH
Constitución Política del Estado de Hidalgo	CPEH
Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo	LAMVLVEH
Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	LDHEH
Ley de Salud para el Estado de Hidalgo	LSEH
Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Hidalgo	LOAPEH
Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	Reglamento

Instituciones Estatales

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Centro de Salud Rural 02 de San José Atlán	CSR

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo	CAMEH
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	CDHEH
Comisión de Derechos Humanos del Estado Puebla	CDHEP
Dirección de Servicios de Salud del Estado de Hidalgo	DSSEH
Hospital General de Huichapan	HGH
Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo	OICSSEH

Otros	
Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Guías de Práctica Clínica	GPC
Unidad Especializada de Investigación en Tortura	UNIT

3. Asimismo, a la presente Recomendación también se anexan los siguientes Glosarios: jurídico-social, Hechos Violatorios y médico:

III. GLOSARIO JURÍDICO-SOCIAL

Autoridad competente: Órgano estatal, representado por un funcionario o empleado público, que está facultado para actuar en virtud de una disposición legal.⁵

Principio de legalidad: Los actos de las autoridades deben estar debidamente fundados y motivados, así como su actuar debe apegarse a lo

⁵ Concepto disponible en <https://diablillofiscal.com/2013/01/28/la-autoridad-competente/>

dispuesto en la normativa vigente; por lo que solo pueden hacer aquello que les sea expresamente facultado.⁶

Derecho a la Protección de la Salud: Es un bien vital que entraña un cúmulo de libertades y derechos, entre los cuales figura el control de la salud y el cuerpo, es decir que todo ser humano deben garantizar las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social⁷.

Derechos Humanos: La Organización de las Naciones Unidas los define como aquellos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles⁸.

Dignidad: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud⁹, la dignidad se refiere al valor intrínseco del individuo y está fuertemente vinculada al respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones, por su parte la CNDH¹⁰ considera a la dignidad como la piedra angular sobre la que se sostiene el respeto a los rasgos identificadores de cada individuo, esto es, el respeto a su identidad.

Dilación: Es una demora o una tardanza de algo por un cierto tiempo.¹¹

Eficaz: Es un adjetivo utilizado para señalar la capacidad o habilidad de obtener los resultados esperados en determinada situación.¹²

Eficiente: Facultad de orientar algo o a alguien con el objetivo de alcanzar una determinada meta con el uso más racional de recursos.¹³

Ejercicio de derechos: Es la facultad para usar o poner en práctica esos

⁶ Principio de Legalidad; hacia una cultura de respeto al orden jurídico vigente; disponible en: <http://ordenjuridico.gob.mx/Congreso/pdf/65.pdf>

⁷ Definición empleada de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4974/12.pdf>

⁸ <https://hchr.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos/>

⁹ https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11348:world-mental-heal-th-day-2015-dignity-in-mental-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

¹⁰ http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CPCDH11.pdf

¹¹ Concepto disponible <https://definicion.de/dilacion/>

¹² Concepto disponible en <https://significado.com/eficaz/>

¹³ Concepto disponible en <https://concepto.de/eficiencia/>

derechos y obligaciones.¹⁴

Función pública: Conjunto de personas que trabajan en la Administración mediante una relación profesional, retribuida y de carácter especial en función del servicio público que realizan.¹⁵

Fundamentación: Argumentos que racionalizan, aclaran o generalizan la interpretación y aplicación del derecho o de los métodos jurídicos. En el fundamento jurídico descansa la plenitud del ordenamiento jurídico y cuanto éste sustenta.¹⁶

Goce de derechos: Se entiende la aptitud que la ley reconoce a una persona para ser titular de derechos y obligaciones.¹⁷

Impedimento: Obstáculo, dificultad, estorbo y traba que se opone a una actividad o fin.¹⁸

Lex artis: Conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte u oficio.¹⁹

Motivación: El acto de autoridad debe entenderse como debidamente motivado cuando se señalan con precisión las circunstancias especiales, razones particulares o causas inmediatas que se hayan tenido en consideración para la emisión del mismo; siendo necesario, además, que exista adecuación entre los motivos aducidos y las normas aplicables. En otras palabras, motivar un acto es externar las consideraciones relativas a las circunstancias de hecho que formuló la autoridad para establecer la adecuación del caso concreto a la hipótesis legal.²⁰

¹⁴<https://www.poderjudicialmichoacan.gob.mx/tribunalm/biblioteca/luisfernando/fuentesobligaciones.htm#:~:text=Por%20capacidad%20de%20goce%20se,pr%C3%A1ctica%20esos%20derechos%20y%20obligaciones.>

¹⁵ Concepto de función pública disponible en <https://www.gobiernodecanarias.org/administracionespublicas/funcionpublica/informacion-general/que-es/>

¹⁶ Disponible en la liga de acceso <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/fundamento-jur%C3%ADdico/fundamento-jur%C3%ADdico.htm>

¹⁷<https://www.poderjudicialmichoacan.gob.mx/tribunalm/biblioteca/luisfernando/fuentesobligaciones.htm#:~:text=Por%20capacidad%20de%20goce%20se,pr%C3%A1ctica%20esos%20derechos%20y%20obligaciones.>

¹⁸ Disponible en la liga de acceso <https://diccionario.leyderecho.org/impedimento/>

¹⁹ Concepto disponible en <https://dpej.rae.es/lema/lex-artis>

²⁰ Concepto de motivación disponible en <http://diccionariojuridico.mx/definicion/motivacion/>

Obstaculización: Impedir o dificultar la consecución de un propósito.²¹

Omisión: Es la abstención de hacer o decir algo. También es una falta, un descuido o una negligencia por parte de alguien encargado de realizar una tarea y que no la realiza.²²

Oportuno: Es aquello que acontece en el momento favorable y adecuado, cuando las circunstancias distan de ser adversas, sino por el contrario son las propicias para los resultados esperados.²³

Praxis: Práctica²⁴

Principio Pro Persona: Es la directriz hermenéutica que consiste en ponderar ante todo la fundamentalidad de los derechos humanos, a efecto de estar siempre a favor de la persona, lo que implica que debe acudir a la norma más amplia o a la interpretación extensiva cuando se trate de derechos protegidos e, inversamente, a la norma o a la interpretación más restringida, cuando se trate de establecer límites para su ejercicio.²⁵

IV. GLOSARIO DE HECHOS VIOLATORIOS:

3.1. Derecho a no ser sometido a violencia institucional.

Definición: derecho del gobernado a recibir una atención oportuna, eficaz, eficiente y congruente a las funciones públicas de la autoridad, evitando la dilación, obstaculización y el impedimento del goce y ejercicio de sus derechos.

Bien jurídico tutelado: el trato digno.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o servidores públicos que en el ejercicio de sus funciones vulneran la legalidad en afectación de los derechos del gobernado.

²¹ Concepto de obstaculización disponible en <https://www.rae.es/drae2001/obstaculizar>

²² Concepto de omisión disponible en <https://www.significados.com/omision/>

²³ Concepto de oportuno disponible en <https://deconceptos.com/general/oportuno>

²⁴ Concepto disponible en <https://conceptodefinicion.de/praxis/>

²⁵ Tesis XVIII.3^o.1 K (10^a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, décima época, registro 2000630/ Tesis: I.4^o. A.464 A, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, novena época, registro 179233.

9.1. Derecho a recibir atención médica integral.

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención y tratamientos oportunos para la satisfacción de las necesidades de salud, respetando el principio de la autonomía del paciente.

Bien jurídico tutelado: la atención médica integral.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o servidores públicos del sector salud que proporcionen atención médica inadecuada.

9.3. Derecho a la accesibilidad a los servicios de salud.

Definición: derecho de todo ser humano a acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin exclusión y en condiciones de igualdad.

Bien jurídico tutelado: la disponibilidad de bienes y servicios de salud.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o servidores públicos del sector salud que impidan o limiten el acceso a los servicios de salud.

9.10. Derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico.

Definición: derecho de todo ser humano a contar con un expediente clínico que contenga información veraz, clara, precisa, legible y completa, que sea debidamente resguardado.

Bien jurídico tutelado: el derecho a contar con un expediente clínico.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o servidores públicos del sector salud que omitan realizar una adecuada integración y resguardo de expedientes clínicos.

9.18. Derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica.

Definición: derecho de toda mujer a recibir atención médica de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, evitando toda conducta, por acción u omisión, que afecte su integridad física y psicológica, expresada en un trato deshumanizado de los profesionales de la salud.

Bien jurídico tutelado: la integridad física y psicológica de las mujeres.

Sujetos

Activo: toda mujer que reciba atención médica obstétrica.

Pasivo: autoridades o servidores públicos del sector salud, que generen violencia obstétrica.

V. GLOSARIO MÉDICO

Anestesiólogo: Es el responsable de manejar sus funciones vitales, incluidas la respiración, la frecuencia cardíaca y la presión arterial mientras es anestesiado. Durante la intervención, el anestesiólogo realiza valoraciones médicas y es el responsable del manejo de su estado físico. Si el paciente presenta cualquier problema médico durante la cirugía, lo diagnostica inmediatamente y lo trata.²⁶

Antibiótico: Medicamento usado para tratar las infecciones causadas por bacterias y otros microorganismos.²⁷

Borramiento: Aspecto difuminado, borroso o confuso de un detalle anatómico (línea, límite de separación, estructura, etc.) en los estudios radiográficos o en el campo operatorio. Acortamiento del cuello uterino durante el parto hasta dejar un orificio externo fino. Sin.: borramiento del cuello uterino.²⁸

Bromocriptina: Es un fármaco derivado del cornezuelo del centeno, que estimula los receptores de dopamina (transmisor químico del impulso nervioso) en el cerebro.²⁹

Cefalexina: Es inhibidora de la síntesis de la pared bacteriana con acción bactericida y efecto antibacteriano frente a bacterias grampositivas y, en menor grado, gramnegativas; está indicada en el tratamiento de infecciones por bacterias sensibles de las vías respiratorias, genitourinarias, la piel y los tejidos blandos.³⁰

²⁶ Concepto disponible en <https://www.anesmur.com/quien-es-el-anestesiologo>

²⁷ Concepto disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados?swKeyword=Antibi%C3%B3tico>

²⁸ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

²⁹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

³⁰ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

Cefálico: De la cabeza o relacionado con ella.³¹

Certificado de defunción: Es un documento oficial expedido por una autoridad competente que valida el fallecimiento de un individuo.³²

Cérvix: Cuello uterino.³³

Cesárea: Técnica por la que se extrae el feto mediante una incisión abdominal y otra uterina. La cesárea tiene como finalidad aportar un beneficio tanto a la madre como al feto. Según la urgencia de su indicación se clasifica en programada (realizada antes del inicio del parto por estar este contraindicado), intraparto (cuando se realiza durante el parto) y urgente (cuando existe un problema vital para la madre o el feto).³⁴

CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. ³⁵

Clindamicina: Es una lincosamida de origen semisintético, derivada de la lincomicina. Sólo se encuentra disponible para administración por vía parenteral. Su actividad antibacteriana es similar a la de eritromicina en contra de estafilococos y estreptococos; además es efectiva en contra de anaerobios.³⁶

Cognitiva: Procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.³⁷

Cólicos: Dolor abdominal agudo, intermitente y fluctuante, de intensidad variable, que corresponde a un aumento, a veces violento, de los movimientos peristálticos de las vísceras huecas abdominales. Se debe a la

³¹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/busador.aspx>

³² Concepto disponible en <https://www.conceptosjuridicos.com/mx/certificado-de-defuncion/>

³³ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/busador.aspx>

³⁴ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/busador.aspx>

³⁵ Disponible en <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

³⁶ Concepto disponible en http://www.facmed.unam.mx/bmd/gi_2k8/prods/PRODS/Clindamicina.htm

³⁷ Concepto disponible en <https://www.neuronup.com/areas-de-intervencion/funciones-cognitivas/>

contracción intensa del músculo liso visceral y, en ocasiones, revela la existencia de un obstáculo parcial o total al tránsito normal del contenido de la víscera hueca afectada.³⁸

Control prenatal: Es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.³⁹

Cordón umbilical: Estructura tubular espiriforme que conecta el feto con la placenta y por el que discurren los vasos umbilicales; gracias a este se conecta la circulación materna con la fetal para el intercambio de nutrientes. Está formado por un tejido conjuntivo muy laxo, llamado gelatina de Wharton, por el que discurren dos arterias y una vena, y está revestido por una capa de células epiteliales amnióticas. Los raros casos en los que solo existe una arteria suelen acompañarse de graves malformaciones congénitas.⁴⁰

Diagnóstico: Disciplina científica, rama de la medicina clínica, que tiene por objeto la identificación o individualización de las enfermedades a partir de sus manifestaciones.⁴¹

Dilatación: Aumento normal o patológico de las dimensiones de un órgano hueco, un conducto o un orificio.⁴²

Dorso: Región posterior o, en ocasiones, superior de una estructura anatómica.⁴³

Ecografía: Técnica de diagnóstico que permite la obtención de registros o imágenes basándose en la detección de las ondas ultrasónicas reflejadas por

³⁸ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

³⁹ Concepto disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342009000200007&script=sci_arttext

⁴⁰ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁴¹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁴² Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁴³ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

los diferentes tejidos e interfases entre tejidos y estructuras con diferente impedancia acústica.⁴⁴

Expediente clínico: 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.⁴⁵

Frecuencia cardiaca fetal: Número de latidos cardíacos por unidad de tiempo, habitualmente por minuto.⁴⁶

Gestación: Período del desarrollo de los animales vivíparos comprendido desde la fecundación hasta el nacimiento.⁴⁷

Ginecología: Es una parte de la medicina que se ocupa de la salud femenina relacionada con el aparato reproductor femenino y de las mamas. Estudia y trata todo lo relacionado con la vagina, útero y ovarios. Tiene una especialidad que es la obstetricia que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio (periodo posterior al parto). Hoy en día es muy frecuente que sea obstetra.⁴⁸

Hematomas: Colección circunscrita de sangre por extravasación y acumulación en un órgano, un tejido o una cavidad, debida a interrupción o rotura de la pared cardíaca, arterial, venosa o capilar. La gravedad depende de la cantidad de sangre extravasada, que debe valorarse, siempre que se sospeche hematoma intratorácico a intraabdominal, por medio del valor del hematocrito y de la hemoglobina en sangre, y también por la compresión de órganos vitales, como en el caso del hematoma

⁴⁴ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁴⁵ Concepto disponible en https://www.inprf.gob.mx/transparencia/archivos/pdfs/como_solicitar_expediente.pdf

⁴⁶ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁴⁷ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁴⁸ Concepto disponible en <https://www.clinicasabortos.mx/ginecologia>

intracraneal.⁴⁹

Hipertensión arterial crónica: Enfermedad vascular crónica y frecuente, de enorme repercusión para la salud pública, que se define por un aumento sostenido de la tensión arterial sistólica, de la tensión arterial diastólica o de ambas por encima de las cifras convencionalmente aceptadas como normales.⁵⁰

Hipoxia: Significa disminución del oxígeno disponible para las células del organismo, produciéndose alteraciones en su normal funcionamiento, al no poder obtener la energía necesaria de los alimentos (carbohidratos, grasas y proteínas) mediante las reacciones oxidativas correspondientes.⁵¹

Intervención quirúrgica: Operación.⁵²

Laterocidencia: Es la presencia de cordón umbilical entre la presentación y el cuello en presencia de membranas íntegras.⁵³

Longitudinal: Situado o dispuesto en la dirección del eje longitudinal del cuerpo, de un órgano, de otra estructura anatómica o de un objeto.⁵⁴

Maduradores fetales: Estado óptimo del feto en relación a su crecimiento físico y desarrollo funcional que le permite al nacer poder realizar la ventilación adecuada en la vida extrauterina. El pulmón fetal está bioquímicamente maduro cuando ha adquirido la capacidad de sintetizar y secretar hacia la luz alveolar los componentes del complejo surfactante pulmonar en calidad y cantidad adecuadas.⁵⁵

Mortalidad Materna: Número de muertes en una población determinada y durante un período determinado.⁵⁶

⁴⁹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁵⁰ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁵¹ Definición disponible en <https://www.hispaviacion.es/hipoxia-2/>

⁵² Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁵³ Concepto disponible en <https://www.sarda.org.ar/images/2008/159-161Valenti.pdf>

⁵⁴ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁵⁵ Concepto disponible en https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/neo/ribola_rsm.pdf

⁵⁶ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

Multiparidad: Nacimiento de más de un hijo en un mismo parto.⁵⁷

Necropsia: Es el examen técnico-científico, externo e interno del cadáver, restos humanos y/o segmentos corporales, que tiene como finalidad primaria determinar la causa de muerte y la identificación del individuo.⁵⁸

Nosocomio: Hospital.⁵⁹

Nosología: Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.⁶⁰

Obesidad Mórbita: Trastorno crónico caracterizado por una acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo.⁶¹

Óbito: Muerte.⁶²

Obstétrica: Es la rama de la medicina que cuida la gestación, el parto y el puerperio (el período que abarca desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado que tenía antes de la gestación).⁶³

Oclusión tubaria bilateral: Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería; este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos.⁶⁴

⁵⁷ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁵⁸ Concepto disponible en <https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/transparenciat/121/DEP/TO3-2021/Guiatecnica-paralarealizaci%C3%B3n-de-necropsias.pdf>

⁵⁹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁶⁰ Definición disponible en <https://dle.rae.es/nosolog%C3%ADa>

⁶¹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁶² Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁶³ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁶⁴ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

Ooforectomía: Extirpación quirúrgica de uno o ambos ovarios.⁶⁵

Paracetamol: Fármaco derivado del *p*-aminofenol, de efecto analgésico y antipirético; se administra por vía oral, rectal o intravenosa. Es el principal metabolito de la fenacetina; no produce irritación gástrica.⁶⁶

Parto pretérmino: Parto que tiene lugar antes de la 37 semana de gestación.⁶⁷

Polivitaminas: Es realizada cuando no se consiguen obtener todas las vitaminas necesarias a través de la alimentación, cuando se practica algún deporte, se tiene alguna enfermedad o cuando se toman medicamentos que perjudican la absorción de vitaminas o en determinadas etapas de la vida, como el embarazo o la lactancia.⁶⁸

Posquirúrgicas: Es el período que transcurre entre el final de una operación y la recuperación del paciente.⁶⁹

Preeclampsia: Síndrome clínico complejo y heterogéneo caracterizado por la existencia de un daño endotelial que precede al diagnóstico clínico. Es específico de la gestación humana y está relacionado con una placentación anormal que conduce a una menor capacidad de perfusión placentaria.⁷⁰

Proteinuria: Presencia de proteínas en la orina.⁷¹

Puerperio: Período siguiente al parto y que comprende desde el final del alumbramiento hasta la involución uterina y la vuelta al estado pregestacional. Suele durar alrededor de 40 días.⁷²

⁶⁵ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁶⁶ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁶⁷ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁶⁸ Concepto disponible en <https://www.tuasaude.com/es/polivitaminas-y-minerales/#:~:text=La%20recomendaci%C3%B3n%20de%20la%20polivitamina%20y%20minerales%20es,la%20vida%2C%20com%20el%20embarazo%20o%20la%20lactancia.>

⁶⁹ Concepto disponible en <https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/recuperacion-postquirurgica/>

⁷⁰ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁷¹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁷² Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de

Radiólogo: es un médico clínico que utiliza la imagen médica (no sólo los Rayos X sino también la Resonancia Magnética o la ecografía) para ayudar al diagnóstico y el tratamiento del paciente.⁷³

Salpingoclasia u Oclusión Tubaria Bilateral: Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería; este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos. Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea.⁷⁴

Tacto vaginal: Es una técnica crucial en ginecología y obstetricia para evaluar el tamaño y la forma del útero y los ovarios, detectar masas o dolor, y evaluar el cuello uterino y el progreso del parto.⁷⁵

Transvaginal: Que atraviesa la vagina o es practicado a través de ella.⁷⁶

Tejido adiposo: Tejido conjuntivo constituido por acúmulos de adipocitos inmersos en una matriz extracelular escasa formada por fibras de colágeno y de reticulina en la que existen abundantes vasos sanguíneos y fibras nerviosas. Según el tipo de adipocito que interviene se distingue entre tejido adiposo blanco y tejido adiposo pardo.⁷⁷

Tensión arterial: Presión arterial. Con frecuencia es abreviado a "tensión", especialmente en el registro coloquial.⁷⁸

España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁷³ Concepto disponible en file:///C:/Users/CDHEH/Downloads/ser_radiologo_seram.pdf

⁷⁴ Concepto disponible en <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral#:~:text=Es%20un%20m%C3%A9todo%20de%20anticoncepci%C3%B3n,durante%20la%20ces%C3%A1rea%20o%20en>

⁷⁵ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos de la Clínica Universidad de Navarra, concepto disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tacto>

⁷⁶ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁷⁷ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁷⁸ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

Tococardiografía: Es una técnica de monitoreo fetal no invasiva que se utiliza para evaluar la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto. Este método de monitoreo es esencial para detectar y evaluar el bienestar fetal, así como para identificar cualquier posible complicación o anomalía que pueda surgir durante el proceso de gestación y el nacimiento.⁷⁹

Tococirugía: Es el espacio físico en donde se vigila la evolución de las pacientes embarazadas que se encuentran en trabajo de parto, el elemento más importante de dicha área es el recurso humano conformado por médicos y enfermeras que deben estar adecuadamente adiestrados para tomar las decisiones médicas y quirúrgicas que procedan.⁸⁰

Trazo tococardiográfico: Equipo que registra la frecuencia cardíaca fetal durante el parto y al mismo tiempo, las contracciones uterinas. Por lo general las contracciones uterinas se registran usando un tocodinómetro ceñido al abdomen de la madre a través de una banda. La frecuencia cardíaca es medida con un transductor ultrasónico.⁸¹

Ultrasonido: Vibración acústica de frecuencia demasiado alta para producir sensación auditiva, superior a 20 kHz, aproximadamente. En medicina, los ultrasonidos se usan sobre todo para la práctica de ecografías, y en fisioterapia.⁸²

Útero: Es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga y el recto.⁸³

Vasoespasmio: Contracción espasmódica o sostenida de la túnica muscular de los vasos sanguíneos, con la reducción consiguiente de su luz.⁸⁴

Vía abdominal: Estructura a través de la cual se establece un tránsito o

⁷⁹ Concepto disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tococardiografia>

⁸⁰ Concepto disponible en https://www.manualmoderno.com/apoyos_electronicos/9786074480016/PDF/capitulo9.pdf

⁸¹ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁸² Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁸³ Definición disponible en https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19263.htm

⁸⁴ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

una comunicación entre dos o más elementos.⁸⁵

Violencia obstétrica: Se define como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y el puerperio. Constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.⁸⁶

4. Los elementos del expediente al rubro citado se han examinado con base en los siguientes:

VI. ANTECEDENTES⁸⁷

5. El once de julio de dos mil dieciocho, se recibió escrito de queja firmado por Q1 y Q2, en el cual, la primera de las personas citadas, narró que el cinco de marzo de dos mil doce, **después de su tercer parto**, autorizó que le fuera practicada una oclusión tubaria bilateral; sin embargo, en febrero de dos mil diecisiete, se encontraba en su trabajo cargando cajas de veinticinco kilogramos, cuando sintió cólicos y como en esa noche presentó fiebre, acudió al CSR, donde debido a su **edad y sobrepeso le diagnosticaron un embarazo de alto riesgo**; fue así que desde ese momento llevó su **control prenatal en dicha clínica**.

Agregó que el ocho de julio de dos mil diecisiete, presentó malestares y fiebre; por lo que, con treinta y cinco semanas de gestación, acudió al CSR y la canalizaron al HGH, donde la revisaron e indicaron que le faltaba una semana para el parto y regresó a su domicilio.

Adicionó, que el trece de julio de dos mil diecisiete, acudió a una valoración al HGH en donde le sugirieron que de presentarse una emergencia regresara en setenta y dos horas.

Asimismo, Q1 dijo: **“el veintisiete de julio de dos mil diecisiete, ya me sentía**

⁸⁵ Definición empleada en el Diccionario de Términos Médicos Real Academia Nacional de Medicina de España, concepto disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

⁸⁶ Concepto de violencia obstétrica disponible en <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

⁸⁷ En la presente Recomendación se identificarán algunos antecedentes que proporcionarán el contexto de los hechos que dieron origen a la queja.

Nota: Todas las fuentes están documentadas en el expediente.

muy mal, cuando llegué al Hospital me traían esperando, me revisaron y noté que algo había pasado porque los doctores me dijeron que fuera a sacarme un ultrasonido particular. Mi familia me acompañó a la Clínica del Ángel, donde me hicieron un ultrasonido en el cual ya no se detectaban los latidos del bebé” (sic), por lo que regresó al citado nosocomio, y en atención a que **presentó dolor de cabeza y mareos**, los médicos le indicaron que **tenía preeclampsia** y que la **“bebé” había muerto**; con posterioridad, firmó para que se le realizara una salpingoclasia; pero se sintió incómoda y vulnerable, toda vez que, una ginecóloga y varios pasantes le realizaron “el tacto”.

Asimismo, la quejosa precisó que hasta **las diecinueve horas con treinta minutos, le practicaron una cesárea, no había ginecólogo, ni anestesiólogo para su atención**, y una vez concluida la intervención quirúrgica, la aislaron en el área de maternidad, donde **una psicóloga** le llevó envuelto a su “bebé”.

Por último, enunció que **el veintinueve de julio de dos mil diecisiete, le dieron su alta hospitalaria, llevando un seguimiento médico por la preeclampsia**, ya que durante un mes presentó zumbidos en los oídos, hinchazón, dolor de cabeza, náuseas, además que consideró que estuvo en riesgo su vida e integridad personal, sufriendo afectaciones psicológicas y emocionales, así como su concubino Q2 (hojas 2 a 6).

6. El veintisiete de julio de dos mil dieciocho, Q1 y Q2 comparecieron para ratificar los hechos descritos en el punto anterior (hojas 8 a 10).

7. El diez de agosto de dos mil dieciocho, derivado de la solicitud de colaboración, se recibió el **expediente clínico de Q1, generado en el HGH** (hojas 18 a 200).

8. Ese mismo día, se recibió el Informe de Ley rendido por AR1, entonces persona encargada de la Dirección y médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGH, en el cual informó que aproximadamente a las **once horas del veintisiete de julio de dos mil diecisiete, cuando fungía como encargado de la Dirección** del citado nosocomio, le informaron que **se encontraba en el Servicio de Urgencias una paciente con embarazo de treinta seis a treinta siete semanas**, a quien **no se le encontró frecuencia cardiaca fetal**, y al instante con **el ultrasonido le practicaron una ecografía**, confirmando el mismo resultado, lo que **concluyó su gestación con producto óbito**; sin embargo, **solicitó una segunda opinión por un radiólogo externo a la institución**, por lo que **se trasladó a la quejosa a una clínica particular** para realizar el estudio de referencia, el cual **se efectuó**

aproximadamente a las trece horas, corroborando el primer diagnóstico.

Agregó que Q1 y Q2 decidieron la interrupción de la gestación por vía abdominal, pero **en atención a que no era una paciente con urgencia o que estuviera en peligro su vida**, la quejosa debía cumplimentar **el ayuno de ocho horas**, y practicarse estudios de laboratorio previos a la cirugía.

Por otra parte, la persona servidora pública aclaró que no atendió a Q1 durante su gestación; quien tenía diagnosticado un **embarazo de alto riesgo**, y pese a que presentó los **datos de alarma obstétrica, no acudió oportunamente a recibir atención médica, dejando pasar nueve horas**, esto de acuerdo a las **notas de ingreso a urgencias, en las cuales se asentó que su “bebé” dejó de moverse desde las dos horas del veintisiete de julio de dos mil diecisiete**, y creyó que desayunando comenzaría a sentir movimientos.

Adicionó, que a la agraviada le practicaron todos y cada uno de los procedimientos médicos en tiempo y forma, **con el equipo adecuado para realizarlos.**

Por último, citó que en relación a los hechos del **seis de marzo del dos mil doce, “cuando a la quejosa se le realizó una salpingoclasia**, se le hizo de su conocimiento que **solo fue del lado izquierdo, ya que del derecho no se encontró”, debido a una cirugía anterior de ooforectomía derecha practicada en febrero de dos mil siete** (hojas 201 a 203).

9. El diez de agosto de dos mil dieciocho, se recibió el Informe de Ley rendido por AR7, entonces médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGH, quien aseveró que a las **trece horas con treinta minutos del veintisiete de julio de dos mil diecisiete, recibió en el área de Tococirugía a Q1, valorada por el turno matutino a su ingreso**, con los **signos vitales** siguientes:

“peso de 80.3 kg, talla 1.45 metros, con índice de masa corporal de 38.1 **con obesidad mórbida**, frecuencia cardiaca de 85 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, temperatura de 36 grados, saturación de oxígeno al 94 por ciento, canalizada con solución Hartmann y con doble esquema de antibiótico, con los diagnósticos:

- a) **Embarazo de 36.5 semanas por ultrasonido del primer trimestre** (ya que su fecha de **última menstruación es incierta**)
- b) **Cesárea Previa.** (de 5 años por falta de progreso del trabajo de parto.)
- c) **Producto sin vitalidad** (óbito fetal)
- d) **Obesidad Mórbida** (de acuerdo a su índice de masa corporal de 38.1m2/sc)
- e) **Cérvix desfavorable** (o **no apto para trabajo de parto** de acuerdo al índice del Dr. Edward Bishop publicado en agosto de mil novecientos sesenta y cuatro, el cual evalúa 5 componentes en el examen vaginal: **dilatación cervical** la cual en **esta paciente es de 0 dilatación, borramiento cervical en cual en ella estaba menor de 30%**

con una calificación de 0, consistencia cervical el cual en ella era **cérvix firme con calificación de 0**, posición cervical el cual en ella era **cérvix posterior encajamiento fetal** el cual se encontraba el producto o feto libre”.

Por lo anterior, el funcionario de referencia explicó que cuando en la valoración una paciente tiene una puntuación de ocho se considera que es apta para un parto; sin embargo, **Q1 presentó una calificación de cero puntos**; por ello, **se optó por interrupción del embarazo vía abdominal**, por medio de **cesárea tipo kerr**; misma que fue **le fue practicada a las diecinueve horas con treinta minutos, del veintisiete de julio de dos mil diecisiete** (hojas 204 a 206).

10. El catorce de agosto de dos mil dieciocho, rindió su Informe de Ley AR3, médico adscrito al Servicio de Urgencias, turno matutino especial del HGH, quien narró que a las **ocho horas con cuarenta y seis minutos del trece de julio del dos mil diecisiete**, **Q1 acudió para valoración obstétrica, con un embarazo diagnosticado por ultrasonido de treinta y cuatro punto seis semanas, refiriendo a su ingreso dolor tipo obstétrico esporádico y no intenso, negando datos de vasoespasmo, movimientos fetales presentes y sin pérdida transvaginales, con signos vitales dentro de parámetros normales, producto único vivo con frecuencia cardiaca de 147, cefálico, dorso a la derecha longitudinal, con tacto vaginal cérvix posterior sin pérdidas transvaginales, y de cuya valoración posterior se encontraba con datos de amenaza de parto pretérmino**, por lo cual le programó cita abierta en **setenta y dos horas para revaloración en caso de presentar caso de alarma**.

Agregó, que a las **diez horas con treinta y cinco minutos del diecinueve de julio de dos mil diecisiete**, **recibió a Q1, quien no presentó síntomas, ni datos de vasoespasmo, sin pérdida transvaginal y negó actividad uterina y datos de alarma**, además que **le programó cita abierta al Servicio Urgencias** (hojas 207 y 208).

11. El catorce de agosto de dos mil dieciocho, se recibió el Informe de Ley rendido por AR4, médica adscrita al Servicio de Urgencias turno nocturno especial del HGH, quien expresó que a **las veintitrés horas con treinta y cuatro minutos del ocho de julio del dos mil diecisiete**, recibió a Q1, quien **presentó dolor tipo obstétrico**; y presentaba abdomen globoso a expensas de útero gestante, a la **palpación producto único vivo cefálico**, con dorso a la derecha con frecuencia cardiaca fetal de 145 por minuto, cérvix central con un centímetro de dilatación, treinta por ciento de borramiento, con membranas íntegras, sin datos de vasoespasmo, sin pérdidas transvaginales, además que la agraviada le informó que sin recordar la fecha, le administraron maduradores

fetales; asimismo, presentó pródromos de trabajo de parto; por ello, se le dejó en la Sala de Observación de Urgencias para la valoración Gineco-Obstetra (hojas 209 y 210).

12. El quince de agosto de dos mil dieciocho, se recibió el Informe de Ley rendido por AR5, entonces médica adscrita al Servicio de Urgencias turno diurno especial del HGH, quien expresó que **a las nueve horas del nueve de julio de dos mil diecisiete**, recibió a Q1, quien presentó dolor tipo obstétrico, abdomen globoso a expensas de útero gestante, a la palpación **encontró producto único vivo cefálico**, con dorso a la derecha con frecuencia cardiaca fetal de 145 por minuto, cérvix dehiscente, con membranas íntegras sin datos de vasoespasmo, **sin pérdidas transvaginales, ni datos de alarma** (hojas 211 y 212).

13. El quince de agosto de dos mil dieciocho, se recibió el Informe de Ley rendido por AR6, entonces médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia, turno especial diurno del HGH, quien detalló que **el veintinueve de julio de dos mil diecisiete**, Q1 se encontraba cursando el segundo día de puerperio quirúrgico con evolución favorable, y a la exploración física, presentó buen estado general; por lo que de acuerdo, a la buena evolución de la paciente, se decidió su egreso del servicio de hospitalización, manejándose con cefalexina, clindamicina, bromocriptina, paracetamol y polivitaminas (hojas 213 y 214).

14. El dieciséis de agosto de dos mil dieciocho, se recibió el Informe de Ley rendido por AR2, médica adscrita al Servicio de Urgencias del HGH, en el cual refirió que **a las quince horas con treinta minutos del veintisiete de julio del dos mil diecisiete, recibió a Q1**, quien como antecedente, había sido valorada por el área de Ginecología a las once horas con diez minutos de esa fecha, porque refirió que no percibió los movimientos de su “bebé” desde la madrugada, y en atención a que durante su revisión, no le encontraron latidos al corazón del producto, por ello, le solicitaron un ultrasonido; mismo que reportó producto único de treinta seis a treinta y siete semanas de gestación, sin actividad cardiaca fetal, lo que corroboró el diagnóstico de óbito fetal, motivo por el cual internó la paciente para continuar su atención y comentó el caso al gineco-obstetra de turno, quien valoró a la paciente para practicarle la cesárea.

Por otra parte, la funcionaria de referencia aclaró que le constaba que a las catorce horas con treinta minutos del once de julio del dos mil diecisiete, Q1 acudió al HGH, ya que ella la recibió en el área de Urgencias del turno vespertino, y le realizó un estudio del corazón a su “bebé” (trazo tococardiográfico), el cual le habían solicitado en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia, como parte de su revisión de embarazo que en esa fecha correspondía a treinta cuatro punto cinco semanas de gestación, además que en su

presencia, el ginecólogo la revisó y le explicó sobre los datos de alarma obstétrica, haciéndole entrega de la “hoja de atención de la embarazada en el servicio de urgencias”, donde se enumeran las causas que amerita acudir inmediatamente para recibir atención prioritaria, documento que fue recibido por la quejosa, y que obra dentro de su expediente clínico; asimismo, el especialista le dejó cita abierta a urgencias (hojas 215 a 217).

15. El veintitrés de agosto de dos mil dieciocho, se notificó la Vista del Informe de Ley a Q1 y Q2 con la finalidad de que manifestaran por escrito o por comparecencia lo que a su derecho conviniera (hoja 219).

16. El veintitrés de octubre de dos mil dieciocho, (hojas 227 a 266) se recibió escrito de ampliación de queja, firmado por Q1 y Q2, a través del cual, la primera persona de las citadas, agregó que no se le brindó apoyo psicológico, ya que presentó situaciones de tensión y tristeza durante su estancia en el Hospital; además que el personal médico no fue empático con su estado de salud.

A dicho escrito, las personas quejas ingresaron como medio de prueba la Opinión Médica particular en materia de Obstetricia emitida por el profesionista ***, médico Cirujano y Partero, especialista en Ginecología y Obstetricia, que en cuyas conclusiones detalló lo siguiente:

“Conclusiones:

1. La paciente no recibió atención médica adecuada desde el inicio de la gestación por el retraso en acudir a valoración y un pobre control prenatal.
2. La paciente no recibió la orden directa y concisa de acudir en caso de alarma: es decir salida de sangre o líquido por la vagina, que haya disminución de los movimientos fetales. Zumbido de oídos, que tenga visión cómo de luces, que se hinche de la cara o de las manos, etcétera. Y en caso de haberla recibido no viene por escrito en el expediente.
3. La paciente no acudió de inmediato al hospital porque creyó que la disminución de los movimientos fetales era normal.
4. Se sugiere al hospital realizar una ficha con todos los signos de alarma y exigir a la paciente que siempre vaya acompañada de un familiar que viva cerca de su casa y que se integre una red de apoyo para poder auxiliar en todo momento y no ocurra situación similar a esta”.

Asimismo, exhibieron un Informe Psicológico particular realizado por la profesionista ***, en cual asentó lo siguiente:

“Conclusiones

- A) Área cognitiva, a partir de su desenvolvimiento durante la entrevista, es decir, por su discurso, su contenido, la expresión de las ideas y considerando su nivel escolar, así como

el resultado de las pruebas aplicadas, impresiona con una capacidad intelectual media (Beta II). Es una persona con un discurso coherente, congruente, ubicada en las esferas de tiempo, HECHOS espacios persona, así como circunstancia. No se detectan alteraciones en sus procesos mentales superiores de pensamiento ni memoria, su repertorio verbal es adecuado.)

B) Área conductual: No presenta conductas antisociales ni parasociales, no reporta haber problemas con la autoridad, sin embargo, presenta episodios ocasionales de depresión, ansiedad e inseguridad. (Figura Humana). Es muy probable que estos síntomas sean por la pérdida de su hija, pues no es fácil vivir un duelo en que se ha perdido una hija a quien se había esperado 9 meses.

C) Se observa cierta inseguridad, ansiedad y desconfianza”.

17. El cinco de noviembre de dos mil dieciocho, se recabó la ampliación de Informe de Ley de AR7, entonces médico adscrito al Servicio de Ginecología Obstetricia del HGH, quien manifestó que a las trece horas con treinta minutos del veintisiete de julio de dos mil diecisiete, recibió en el área de Tococirugía a Q1, con el ultrasonido que detalló que el “bebé” estaba óbito (muerto), por lo que a las diecinueve horas con treinta minutos de esa fecha, fue ingresada al quirófano; ya que primeramente debía practicarse estudios preoperatorios y solicitar sangre de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica 028-08 y la NOM-007.

Asimismo, refirió que antes del veintisiete de julio del dos mil diecisiete, brindó tres consultas a Q1, el cual la observó tranquila con un embarazo normal; además que la cirugía se llevó a cabo sin complicaciones, pero con presencia de pared uterina delgada, derivada de las cesáreas que tuvo con anterioridad, lo cual fue asentado en la hoja de técnica quirúrgica donde se refirió complicaciones y dificultad técnica derivado del sobrepeso; toda vez que, presentaba abundante tejido adiposo (obesidad mórbida), encontrando únicamente el cordón umbilical lateralizado (es decir el cordón hacia el lado izquierdo de la cabeza del bebé, con tres coágulos en la luz del cordón o del vaso), por lo que la quejosa no era apta para un parto vía vaginal (hojas 273 a 276).

18. El cinco de noviembre de dos mil dieciocho, se recabó la ampliación de Informe de Ley de AR2, médica adscrita al Servicio de Urgencias del HGH, quien declaró que atendió a Q1, antes del veintisiete de julio de dos mil diecisiete; a quien le realizó un estudio de los latidos del corazón del “bebé” como parte de su seguimiento de Ginecología, y le hizo hincapié sobre los datos de alarma.

Agregó, que a las once horas del veintisiete de julio de dos mil diecisiete, Q1 se presentó al área de Urgencias del HGH, y manifestó que desde las tres horas de ese día, no percibió movimientos de su “bebé”; por lo que fue revisada por personal médico de dicho nosocomio, y al no encontrar latidos del corazón del “bebé”, le solicitaron un ultrasonido para corroborar el diagnóstico, y una vez que éste le fue practicado, y conoció

el resultado, lo informó al doctor AR7, entonces médico adscrito al Servicio de Ginecología.

Por otra parte, **informó que permaneció en espera de un anestesiólogo; en atención a que no se contaba con especialista en el turno vespertino;** sin embargo, se solicitó al médico de la próxima guardia, ingresara con anticipación a sus labores para cubrir la atención de la paciente (hojas 277 a 279)

19. El cinco de noviembre de dos mil dieciocho, se recabó la ampliación de Informe de Ley del doctor AR3, médico adscrito al Servicio de Urgencias, turno matutino especial del HGH, quien manifestó que atendió en dos ocasiones a Q1, la primera por una amenaza de parto pretérmino; a quien le hizo hincapié sobre los datos de alarma obstétrica; para ello, firmó de conformidad la hoja de “triage” obstétrico, donde se les hace saber a los pacientes toda la información del “bebé” de la quejosa, datos de alarma y citas, mientras que en la segunda consulta Q1, acudió por revisión de rutina.

Adicionó, que el veintisiete de julio de dos mil diecisiete, se encontraba atendiendo a un paciente, cuando un médico interno le pidió apoyo, porque no encontraba la frecuencia cardiaca del “bebé”, al cual auxilió, y con un aparato realizaron la revisión, pero obtuvieron el mismo resultado, motivo por el que se solicitó valoración al Servicio de Ginecología para atención de Q1, quien refirió que desde la madrugada no sentía los movimientos de su “bebe”; con posterioridad, tuvo conocimiento que el “bebé” no tenía vitalidad, y que los familiares no autorizaron que se le practicara la necropsia para determinar la causas de la muerte (hojas 280 a 282).

20. El seis de noviembre de dos mil dieciocho, se recibió la declaración testimonial de ***, médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia turno matutino del HGH, quien refirió que con anterioridad, no brindó consulta a Q1; sin embargo, el veintisiete de julio de dos mil diecisiete, **el residente de gineco-obstetricia le avisó que una paciente estaba en el Servicio de Urgencias,** quien presentaba un embarazo de aproximadamente treinta y seis a treinta y siete semanas, pero no presenta frecuencia cardiaca fetal, por lo que indicó al residente que le realizara inmediatamente un ultrasonido obstétrico y otro de forma externa, para corroborar el diagnóstico, y en base a los hallazgos dar el manejo correspondiente, dando avisó a AR1, entonces responsable de la Unidad Hospitalaria.

Asimismo, **el testigo** declaró que a las ocho horas del veintiocho de julio de dos mil diecisiete, realizó pase de visita médica a Q1, en su primer día de internamiento, por haber sido intervenida quirúrgicamente, quien presentó adecuada evolución clínica y sin

complicaciones posquirúrgicas, por lo que enfatizó que la quejosa recibió la atención médica necesaria en el citado nosocomio de forma oportuna de acuerdo a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 (hojas 283 a 285).

21. El seis de noviembre de dos mil dieciocho, se recibió el Informe de Ley rendido por ***, médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia turno matutino del HGH quien refirió que a las ocho horas del veintiocho de julio del dos mil diecisiete, pasó visita a Q1 quien cursaba su primer día de postcirugía de cesárea más oclusión tubaria bilateral (hojas 286 a 288).

22. El seis de noviembre de dos mil dieciocho, se llevó a cabo la ampliación de Informe de Ley del médico AR1, entonces encargado de la Dirección del HGH, quien refirió que cuando se le informó que no se encontró la frecuencia cardiaca fetal, realizó un ultrasonido preliminar en las instalaciones del HGH, y al no encontrar el latido cardiaco corroboró el diagnóstico de óbito y solicitó una segunda opinión para tener por escrito una opinión de un médico radiólogo; por ello, se trasladó a la quejosa en la ambulancia institucional a la clínica particular, regresando con un diagnóstico de embarazo de treinta seis a treinta siete semana de ultrasonido y óbito; es decir, que el “bebé” estaba muerto, información que se hizo del conocimiento a la agraviada y sus familiares, quienes decidieron sobre la interrupción de la gestación por vía abdominal, por lo que se ingresó a la paciente en la Unidad de Tococirugía para su preparación.

De igual forma, el funcionario de referencia aclaró que él no llevó el control prenatal, ni le dio atención médica a Q1, sólo intervino el día de los hechos por una cuestión administrativa de acuerdo al cargo que desempeñaba.

Así mismo, el servidor público de referencia puntualizó que le explicó a la quejosa y familiares, lo que significaba un producto óbito; pero Q2 pidió saber la causa de muerte del “bebé”, por lo que se sugirió realizar una necropsia, pero se negaron.

Por otra parte, refirió que el Comité de Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal Estatal sesionó y emitió una resolución, mismo que podía ser solicitado en copia al doctor ***, encargado de Segundo Nivel de Atención de la SSEH (hojas 289 y 291).

23. El seis de noviembre de dos mil dieciocho, se llevó a cabo la ampliación de Informe de Ley de AR4, médica adscrita al Servicio de Urgencias turno nocturno especial del HGH, quien informó que atendió una vez a Q1, por la noche, sin recordar la hora exacta; toda vez, refería que tenía dolor, y al revisarla se encontraba bien y se le informó sobre los datos de alarma, después de la consulta no volvió a saber de **ella, a pesar de**

que se le indicó regresara en dos horas para una nueva valoración; sin embargo, hizo caso omiso (hojas 292 y 293).

24. El siete de noviembre de dos mil dieciocho, se recibió Informe de Ley de AR5, entonces médica adscrita al Servicio de Urgencias, turno diurno especial del HGH, quien refirió que a las nueve horas del nueve de julio del dos mil diecisiete, atendió a Q1, quien regresó a valoración citada por el turno anterior, y una vez que verificó que se encontraba en buenas condiciones, le indicó regresar a su domicilio, pero que en caso de presentar algún dato de alarma acudiera al Servicio de Urgencias (hojas 294 y 295).

25. El siete de noviembre de dos mil dieciocho, se recibió la comparecencia de AR6, entonces médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia, turno especial diurno del HGH, quien aclaró que el veintinueve de julio de dos mil diecisiete, tuvo contacto con Q1, esto en la cama del área de Hospitalización, a quien después de su valoración, presentó signos vitales normales, en general encontrándose en buen estado; motivo por el cual, decidió su egreso, con, antibiótico, analgésicos, inhibidor de la lactancia, vitaminas y con datos de alarma para que acudiera al Servicio de Urgencias (hojas 296 a 298).

26. El ocho de noviembre de dos mil dieciocho, mediante oficio número ***, signado por el doctor ***, entonces encargado de la Dirección del HGH, se recibió copia simple del certificado de muerte fetal (hojas 299 y 300).

27. El veintitrés de noviembre de dos mil dieciocho, se recibió escrito firmado por el doctor ***, entonces encargado de la Dirección de Segundo Nivel de Atención de la SSEH, a través del cual informó que respecto a la atención brindada a Q1, en el HGH, el veintisiete de julio de dos mil diecisiete, no había sido presentado dicho asunto en el **Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal** (hoja 304).

28. Ese mismo día, se recibió copia certificada del expediente clínico número ***, constante de cuarenta y tres fojas útiles a nombre de Q1, generado en la DSSEH (hojas 305 a 350).

29. El diez de diciembre de dos mil dieciocho, Q1 y Q2 comparecieron para ampliar los hechos de la queja, donde la primera de las personas citadas narró que en marzo de dos mil diecisiete, se encontraba trabajando cargando cosas pesadas, en ese momento sintió un dolor fuerte en el vientre, y le dio temperatura, por lo que se practicó un ultrasonido con un médico particular, quien le mostró mediante el monitor a su “bebé”

de cuatro meses, además de manifestarle que tenía muy inflamada la parte del útero y que tenía una amenaza de aborto; diagnosticándole un embarazo de alto riesgo por su edad y sobrepeso.

La quejosa agregó que siguió sus revisiones de manera mensual, durante los siete meses de gestación en el CSR; y los médicos que la atendían le indicaban que el embarazo “estaba bien”, hiciera ejercicio, bajara el consumo de sal y azúcares en su alimentación, así como tomara suficientes líquidos y caminara.

Luego dijo que cuando cumplió siete meses de embarazo personal del CSR, le proporcionó una hoja de referencia para el HGH, para que recibiera la valoración de un ginecólogo y atendieran su parto.

Adicionó, que sin recordar la fecha acudió a su cita con el ginecólogo, quien la revisó e indicó que estaba muy “hinchada” y no era normal, cuestionándola sobre su presión, y le manifestó que por el tamaño de su bebé y por el líquido amniótico no llegaría a los nueve meses.

Asimismo, la quejosa expresó que a las ocho horas del veintisiete de julio de dos mil diecisiete, sintió malestares y acudió al HGH, donde se registró en Trabajo Social y fue ingresada rápidamente a Enfermería, le tomaron los signos vitales y le hicieron un “trazo”, permaneciendo en la sala de espera, como a las doce o trece horas al momento de colocar un aparato, el enfermero le preguntó de qué lado se encontraba su “bebé”, después llegó con una doctora, quien empezó a “meterle las manos” por el estómago; posteriormente, llamaron al ginecólogo ***, quien le empezó a mover el estómago bruscamente, pero no encontraron el latido de su “bebé”, y de forma inmediata regresó el citado especialista, quien la mandó a realizar un ultrasonido en la “Clínica del Ángel” ya que **el aparato que tenía en el Hospital era “muy viejo” y necesitaban un ultrasonido más claro**, por lo que entró un camillero en una silla de ruedas y la llevó en una ambulancia.

Por otro lado, al regresar al Hospital, fue trasladada al Cuarto de Valoración, donde ingresó el doctor AR1, quien le refirió que tenía que firmar varios documentos; **pero no había ni ginecólogo, ni anesthesiólogo en ese momento.**

La quejosa también declaró que después de la recuperación la pasaron a un cuarto aislado, donde **llegó la psicóloga** con una sábana y **le dijo que, si quería hablar con ella y cómo se sentía, por lo que le empujó su sabana y pidió que se retirara.**

A preguntas del personal de este Organismo, Q1, refirió que el veintisiete de julio de dos mil diecisiete acudió al HGH porque a las dos o tres horas, no sentía que su “bebé” “se moviera” y a las seis de la mañana se levantó pensando que la falta de movimiento era porque no había desayunado.

Por otra parte, Q2, refirió que el hecho violatorio fue un acto de negligencia; ya que, el trato que le brindaron a Q1 no fue el correcto, indicando que nunca atendieron a su esposa para su diagnóstico de preeclampsia, y **“la querían inducir a que el parto fuera por vía vaginal” (sic)** (hojas 352 a 356).

30. El ocho de enero de dos mil diecinueve, se solicitó la Opinión Médica a la CAMEH (hoja 357).

31. El diez de enero de dos mil diecinueve, se recibió escrito firmado por el maestro ***, entonces subcomisionado jurídico de la CAMEH, en el que informó que dicha Institución registró el número de expediente *** y solicitó por duplicado copias certificadas del expediente de queja, mismas que fueron remitidas el cinco de febrero de dos mil diecinueve (hojas 358 a 359).

32. El nueve de julio de dos mil diecinueve, se recibió escrito firmado por Q1, en el cual narró que como consecuencia de los hechos que sucedieron en el HGH, su salud “no volvió a la normalidad”; por ello, el veinte de abril de dos mil diecinueve, acudió a una valoración médica con el doctor particular ***, médico especialista en Ginecología y Obstetricia, quien corroboró que aún presentó cefaleas, mareos y tensión arterial inestable.

Toda vez que, la persona quejosa argumentó que en la nota, el médico manifestó que era probable que los problemas con la tensión arterial fueran consecuencia de la mala atención médica del embarazo, parto y puerperio, ya que no se tomaron en cuenta los factores de riesgo que presentó, lo anterior derivó en preeclampsia tardía, que también fue mal atendida ya que no se realizó un control adecuado de cifras tensionales para determinar cuál era el tratamiento que requería; lo cual podría tener como consecuencia que presentara hipertensión arterial crónica o diabetes mellitus (hojas 360 a 363).

33. El treinta de agosto de dos mil diecinueve, personal de esta Institución entabló comunicación con personal adscrito a la CAMEH, quien informó que el expediente de la paciente Q1 se encontraba en “fila de trabajo”; por lo que mediante oficio ***, notificado el dos de septiembre de dos mil diecinueve, se solicitó información sobre el estatus del

expediente a la CAMEH, recibiendo respuesta a través de su similar ***, signado por ***, entonces subcomisionado Jurídico, en el que confirmó que éste se encontraba en “fila de trabajo” para su estudio (hojas 364 a 366).

34. El catorce de noviembre de dos mil diecinueve, se recibió escrito signado por ***, entonces comisionado de Arbitraje Médico en el Estado, en el cual informó que no emitiría la Opinión Técnica Médica que le fue debidamente solicitada; en virtud, de que dicha Institución no contaba con especialista en la materia de Gineco-Obstetricia; por ello, el cuatro de febrero de dos mil veinte, mediante oficio *** se solicitó apoyo a la CONAMED para la emisión de la Opinión Técnica Médica necesaria para la debida integración y resolución de la citada queja radicada en este Organismo (hojas 369 y 370).

35. El veinticuatro de agosto de dos mil veinte, se recibió el oficio número ***, signado por ***, entonces directora General de la CONAMED, en el que pidió diversas documentales para realizar el dictamen solicitado; mismo que mediante su similar ***, de fecha catorce de septiembre de ese año, le fueron solicitados al director del HGH, y en atención a que no se recibió la información peticionada, con fecha veintiséis de noviembre de dos mil veinte, a través del oficio ***, se notificó un segundo requerimiento al servidor público antes citado; por lo que, el veintiocho de ese mes y año, se recibieron las constancias de referencia (hojas 371 a 375).

36. A través de los oficios *** y ***, notificados el tres de febrero y diecinueve de marzo de dos mil veintiuno, se solicitó a Q1 y Q2, presentaran documentos y evidencias que tuvieran bajo su resguardo de los requeridos por la CONAMED, por lo que, el veintiuno de marzo de ese año, los antes citados informaron que no contaban con ninguna documental (hojas 568, 575 y 576).

37. El diez de junio de dos mil veintiuno, se recibió en esta Comisión escrito signado por ***, entonces subdirector de la Jurisdicción Sanitaria número IV en Huichapan, Hidalgo, al cual anexó copias certificadas del expediente clínico completo número *** a nombre de Q1 (hojas 579 a 634).

38. El nueve de agosto de dos mil veintiuno, se solicitó apoyo para que en auxilio de las labores de este Organismo, el personal médico especializado adscrito a la CONAMED emitiera un Dictamen Médico Institucional respecto a la atención que recibió Q1, para lo cual se anexó copia certificada del expediente clínico completo número ***, radicado en el HGH; y como no se tuvo respuesta; el siete de septiembre de dos mil veintidós; se optó, por solicitar la colaboración de la CDHEP mediante su similar *** (hojas 636 y 647).

39. El quince de diciembre de dos mil veintitrés, (649 a 671) se recibió la Opinión Técnica Médica emitida por personal de la UNIT, respecto del servicio de atención médica otorgada a Q1, en el CSR de San José Atlán y HGH, en cuyas conclusiones se estableció:

“CONCLUSIONES

Primera: La Q1, en el año 2017, presentó un embarazo considerado de riesgo por los siguientes factores intrínsecos y propios de la paciente tales como obesidad, multiparidad, cesárea previa y edad (mayor de 35 años).

Segunda: La atención médica otorgada por parte del personal de salud tanto del CSR. San José Atlán y del HGH, ambos pertenecientes a los servicios de salud del Estado de Hidalgo en el año 2017, fueron apegadas a la Lex Artis, cubriendo los lineamientos establecidos en 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; las guías de práctica clínica; así como la bibliografía médica especializada para el presente caso, por lo que no se observa mala praxis.

Tercera: El fallecimiento del producto (bebé) de la C. Q1, en fecha del 27 de junio del año 2017, fue derivado de la interrupción de la circulación materno fetal secundaria a que el cordón umbilical presentaba laterocidencia (es decir se encontraba entre la cabeza y el cérvix), y al ejercer presión entre el cuerpo del producto (bebé) y el cérvix (parte del útero) este mecanismo condicionó la aparición de hematomas en sitios de compresión, lo que condicionó la falta de aporte sanguíneo con la consecuente disminución de oxígeno causando así hipoxia fetal y con ello la muerte fetal; entidad propia e inherente del producto, no así del actuar médico

Cuarta: La entidad nosológica denominada laterocidencia del cordón umbilical es de aparición súbita y fortuita, existiendo un muy bajo porcentaje de ser diagnosticada por ultrasonido; por lo que la clínica al detectar alteración de la frecuencia cardíaca fetal corroborada por estudio tococardiográfico es de vital importancia; derivado de los anterior ante la presencia de datos de alarma obstétrica se debe de realizar valoración médica de urgencia para descartar diagnóstico y corroborar vitalidad fetal; situación que se realizó cada vez que fue atendida la C. Q1 en el servicio de urgencias en las fechas 04, 08, 09, 16, 19 y 24 del mes de julio del año 2017, por lo que no se observa mala praxis médica por el personal de salud que llevó a cabo tales valoraciones médicas.

Quinta: Se detecta inobservancia de las indicaciones médicas por parte de la C. Q1, al no acudir de manera inmediata a valoración médica al detectar uno de los datos obstétricos de alarma como fue: la disminución o ausencia de los movimientos fetales, acudiendo siete horas posterior al no percibir los mismos, lo que condicionó la imposibilidad de poder detectar médicamente a tiempo de la urgencia obstétrica; por lo que una vez que acude al HGH, ya es diagnosticada con óbito fetal, al no detectar vitalidad del producto (bebé) de la hoy quejosa”.

40. El primero de febrero de dos mil veinticuatro, personal de esta Comisión y de la UNIT se constituyeron en las instalaciones del HGH, lugar en donde se entrevistaron con el ***, encargado de la Dirección del citado nosocomio, quien indicó a la ***, subdirectora del mismo, brindara acompañamiento a la práctica de dichas diligencias, a través de las cuales el personal actuante hizo constar que en el área de urgencias se ubicaba el equipo para practicar ultrasonidos de la marca “Terason, t3000cv”, que el seis de septiembre de dos mil veintitrés, había recibido mantenimiento preventivo.

Posteriormente; el personal de esta CDHEH ingresó al Área de Radiología y

Ginecología, lugar en donde inspeccionaron dos equipos para practicar ultrasonidos de la marca “mindray”, los cuales, a dicho de ***, subdirectora del HGH, se encontraban en óptimas condiciones para su uso; sin embargo, al servidora pública puntualizó que el horario laboral del personal capacitado para su operación era de lunes a viernes de ocho a quince treinta horas, mientras que las especialidades de Ginecología y Obstetricia eran atendidas en el mismo lapso con un turno matutino, pero no contaba con personal para la atención del vespertino.

Por lo anterior, la funcionaria de referencia hizo hincapié que en ambas especialidades existían personas brindando el servicio social de Residencia durante las veinticuatro horas del día.

En la misma actuación, el personal actuante hizo constar que ***, encargado de la Dirección del HGH, exhibió copia simple de la carta descriptiva del curso “Expediente clínico integrado y de calidad como una herramienta médico-legal”; acta de integración del Equipo de Respuesta Inmediata a Emergencia Obstétrica.

Asimismo, exhibió copia del Reporte de Incidencias Mensual comprendida del uno al treinta y uno de julio de dos mil diecisiete; en el cual se aprecia que ***, médica adscrita al Área de Anestesiología turno matutino, se encontraba en periodo vacacional (hojas 673 a 699).

41.- En atención al oficio ***, (hojas 700 a 727) el ocho de febrero de dos mil veinticuatro, se recibió la Opinión Técnica Médica emitida por personal de la UNIT, respecto del servicio de atención médica otorgada a Q1, en cuyas conclusiones se estableció:

“Primera: No se encuentran datos de responsabilidad profesional tanto en la atención brindada en el HGH como el CSR número 2, San José Atlán, ya que se apegan a lo establecido en las normas oficiales mexicanas para la práctica médica.

Segunda: Se encuentran datos de responsabilidad institucional que si bien no fueron causantes de la muerte intrauterina si redundan en una mala calidad en la atención de los usuarios de los servicios de salud, y la concatenación de ello contribuye al aumento de la morbimortalidad hospitalaria, como son:

1. Falta de personal especializado, para cubrir todos los turnos, en ginecología y obstetricia, anestesia y radiología.
 - a. Si bien el personal en residencia, de las distintas especialidades y aun en la etapa de servicio social ya se encuentra en la última fase de su formación, no pueden “cubrir” la falta de personal de base del hospital, ya que aún se encuentran en capacitación y deben ser supervisados en esta parte de su adiestramiento, como lo marca la norma respectiva a las residencias médicas, norma oficial mexicana NOM-001-SSA3-2012, educación en salud. para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
2. Supervisión en el llenado del expediente clínico para:
 - a. Mantener ordenado y en secuencia el expediente clínico.
 - b. Nombre y firma de quien elabora la documentación médica, incluyendo a personal de base.

- c. Utilizar el equipo tecnológico disponible, evitar realizarlas a mano, para elaborar la documentación médica.
 - d. No usar abreviaturas en el llenado del expediente clínico.
 - e. Colocar la toma de signos vitales y el pronóstico en las notas médicas.
 - f. Incluir en la historia clínica el apartado para la exploración de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales.
 - g. En caso de ser requisitada la historia clínica por personal en formación realizar la revisión por personal de base y dejar constancia con nombre y firma.
 - h. En la carta de consentimiento informado, agregar los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, así como colocar la autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
3. Capacitación y supervisión en el llenado del certificado de defunción, en su apartado de muerte fetal, para:
- a. El completo llenado de los apartados del certificado.
 - b. Utilizar las claves de cie 10, para mejor control estadístico de morbi-mortalidad.
 - c. utilizar la sección correspondiente a contribuyente a la muerte.
1. Mejorar el control de la documentación respecto al inventario de bienes a cargo de la institución.
 2. Llevar a cabo las bitácoras respectivas sobre el uso del equipo de diagnóstico”.

42.- El veintisiete de febrero de dos mil veinticuatro, (hojas 731 a 734) se recibió la Opinión Técnica en Psicología, emitida por personal de la UNIT, respecto a la evaluación practicada a Q1, en cuyas conclusiones se estableció:

“Resultado:

... En lo que respecta al Informe: Evaluación psicológica se puede apreciar que se cuenta con un documento en el que se encuentran plasmados dos aspectos: por un lado lo relacionado a información en cuanto a la atención psicológica que ha recibido la C. Q1 y por otro lado aspectos de una evaluación psicológica realizada a la misma persona, sin embargo, es importante mencionar que para tal efecto de la Evaluación se requiere precisar una metodología, la cual no se aprecia de manera clara, aunque se cuenta con un apartado con el título de "Metodología", solo se hace alusión a la batería de pruebas empleadas.”

“Conclusiones:

Única: Se concluye sobre el análisis del contenido en el Informe: Evaluación psicológica realizado a la C. Q1 quien presenta indicadores de depresión y en su intervención psicológica expresa como motivo de consulta el trabajar la pérdida de su hija.

Es importante mencionar que no se concluye sobre la esfera psicológica de ninguna persona puesto que no se ha explorado a ninguna persona”.

Narrados los hechos se puntualizan las siguientes:

VII. EVIDENCIAS

43. Queja iniciada por Q1 y Q2, por hechos cometidos en agravio de la primera de las personas citadas (hojas 2 a 6);

44. Ratificación de la queja por parte de Q1 y Q2 (hojas 8 a 10).

45. Copia certificada del expediente clínico a nombre de Q1, identificado con el número ***, derivado de la atención médica que se le proporcionó en el HGH (páginas 18 a 200).
46. Informes de Ley rendidos por las personas servidoras públicas involucradas (páginas 201 a 203; 204 y 206; 207 y 208; 209 y 210; 211 y 212; 213 y 214 y 215 a 217).
47. Escrito de ampliación de queja presentado por Q1 y Q2 (hojas 227 a 265).
48. Ampliaciones por comparecencia de los Informe de Ley rendidos por las personas servidoras públicas involucradas (páginas 273 a 276; 277 a 279; 280 a 282; 289 a 291; 292 y 293; 294 y 295; 296 a 298).
49. Copia simple del certificado de muerte fetal (hojas 300).
50. Copia certificada del expediente clínico a nombre de Q1, identificado con el número ***, derivado de la atención médica que se le proporcionó en la Dirección de Servicios de Salud de Hidalgo (páginas 306 a 350).
51. Ampliación por comparecencia de los hechos materia de la queja por Q1 y Q2 (hojas 352 a 356).
52. Opinión Técnica con número de folio ***, emitida por el titular de la UNIT (hojas 649 a 670).
53. Diligencias realizadas en el HGH, de fecha primero de febrero de dos mil veinticuatro (hojas 673 a 699).
54. Opinión Técnica con número de folio ***, emitida por el titular de la UNIT (hojas 700 a 729).
55. Opinión Técnica en Psicología, emitida personal de la UNIT (hojas 731 a 734).

En este tenor, se procede a la siguiente:

VIII. VALORACIÓN JURÍDICA

56. Competencia de la CDHEH.- La competencia de este organismo público defensor de derechos humanos, tiene su fundamento en los artículos 102 apartado B párrafos primero, segundo y quinto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁸⁸, 9º bis párrafo tercero de la Constitución Política del Estado de Hidalgo⁸⁹; así como sus similares 33 fracción XI, 84 párrafo segundo, 85 párrafo primero y 86 de la

⁸⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

⁸⁹ Constitución Política del Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes-lxiv.html

Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo⁹⁰; y los arábigos 126 y 127 del Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo⁹¹.

57. En cumplimiento a lo anterior, es que se han examinado los antecedentes que dieron origen a la queja de estudio, en relación directa con las evidencias que obran en el expediente que se trata y de acuerdo a las disposiciones constitucionales, legales e instrumentos internacionales aplicables al caso, y vistas las violaciones a derechos humanos deducidos de los argumentos expuestos y evidencias valoradas en su conjunto, se desprende la violación al **derecho a no ser sometido a violencia institucional, derecho a recibir atención médica integral, derecho a la accesibilidad de servicios de salud, derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico y derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica.**

58. Este Organismo, con la finalidad de resolver conforme a derecho y a fin de sustentar la presente Recomendación, analizó las evidencias que obran dentro del expediente de estudio, dentro del cual existen elementos que dan certeza suficiente para acreditar la violación a los derechos humanos.

59. Es así que, dando cumplimiento al mandato de este Organismo se realiza un análisis integral del material probatorio descrito en el rubro de evidencias de la presente resolución, atendiendo al numeral 80 de la LDHEH⁹², el cual establece que las pruebas que se presenten por las personas interesadas así como quienes se desempeñan en el servicio público, o bien, las esta Comisión recabe de oficio, **serán valoradas en su conjunto, de acuerdo con los principios de la lógica, la experiencia, legalidad, efectividad, eficiencia, certeza, confidencialidad y ética** a fin de que puedan producir convicción sobre los hechos materia de la queja.

60. Ahora bien, atendiendo las facultades de investigación de esta CDHEH, y ajustando el actuar jurídico con fundamento en el artículo 117 de su Reglamento⁹³, se tuvo a bien, solicitar la Opinión Técnica Médica a la UNIT respecto de la atención otorgada a la paciente Q1, medio de convicción que tiene como objeto analizar y explicar

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

⁹⁰ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes-lxiv.html

⁹¹ Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; <https://periodico.hidalgo.gob.mx/?p=44689#:~:text=%2D%20Todos%20los%20derechos%20humanos%20y,protecci%C3%B3n%2C%20tanto%20de%20los%20derechos>

⁹² Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes-lxiv.html

⁹³ Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 19 de octubre del 2020, México. Disponible en: <https://periodico.hidalgo.gob.mx/?p=44689>

los elementos periciales acerca del cumplimiento o incumplimiento por el personal de salud, así como las obligaciones inherentes al servicio médico en la atención brindada a la usuaria, con la finalidad que este Organismo adquiriera una información más detallada al caso en concreto de estudio, mediante un dictamen por escrito.

61. Dicha situación guarda relación con la Jurisprudencia de la quinta época, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, febrero de 1992, Tomo VI, página 153, emitida por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con número de registro digital 394182⁹⁴, la cual establece:

“DOCUMENTOS PÚBLICOS, CONCEPTO DE, Y VALOR PROBATORIO.

Tienen ese carácter los testimonios y certificaciones **expedidos por funcionarios públicos, en el ejercicio de sus funciones**, y, por consiguiente, **hacen prueba plena**”. (lo resaltado es propio)

62. Bajo tales circunstancias, de la citada **Opinión Técnica Médica**, se desprende que en la atención otorgada a Q1 en el CSR y HGH, se encontró apego a Lex Artis, por parte del personal médico que brindó la atención a la quejosa; aunado a ello, es importante resaltar que el citado dictamen emitido por el personal de la UNIT, se realizó con base al análisis de los contenidos de los Informes de Ley rendidos por personal médico que intervino en la atención médica y las constancias que integraron el expediente clínico con número *** de la Dirección de Servicios de Salud del Estado y de la atención prestada en el HGH generado con su similar número ***, por tanto debido a que en éste se encuentran todas las especificaciones del tratamiento y procedimiento quirúrgico que le fue practicado a la víctima directa.

63. Dicho lo anterior, en la citada Opinión Técnica se hace mención que la paciente Q1 presentó un embarazo de riesgo por factores intrínsecos y propios, aunado a que la atención médica que recibió fue apegada a la Lex Artis, cubriendo los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016⁹⁵, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida; las Guías de Práctica Clínica; así como la bibliografía médico especializada, por lo que no se observó mala praxis; asimismo se asentó que el fallecimiento del “bebé” (producto) de la paciente, se derivó de la interrupción de la circulación materno fetal secundaria; ya que, el cordón umbilical presentaba laterocidencia, es decir, se encontraba entre la cabeza y el cérvix, y al ejercer presión entre ésta, el cuerpo del “bebé” y parte del útero, ese

⁹⁴ Jurisprudencia constitucional de la quinta época, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Tomo VI, febrero de 1992, emitida por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con número de registro digital 394182. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2012363>

⁹⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-007-ssa2-2016, disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

mecanismo condicionó la aparición de hematomas en sitios de compresión, lo que provocó la falta de aporte sanguíneo con la consecuente disminución de oxígeno, causando así, hipoxia y muerte fetal; entidad propia e inherente del producto, no así del actuar médico.

64. Asimismo, personal de la UNIT dictaminó que en la entidad nosológica denominada laterocidencia del cordón umbilical fue de aparición súbita y fortuita, existiendo un muy bajo porcentaje de ser diagnosticada por ultrasonido; por lo que, la clínica al detectar alteración de la frecuencia cardiaca fetal corroborada por estudio tococardiográfico, es de vital importancia; y ante la presencia de datos de alarma obstétrica se realizó valoración médica de urgencia para descartar diagnóstico y corroborar vitalidad fetal; situación que se realizó en cada atención brindada a Q1 en el Servicio de Urgencias en las fechas cuatro, ocho, nueve, dieciséis, diecinueve y veinticuatro de julio de dos mil diecisiete, por lo que no se observó una mala praxis médica por el personal de salud que llevó a cabo tales valoraciones.

65. Aunado a ello, con dicha Opinión Médica Técnica no se obtuvo constancia alguna del seguimiento a las recomendaciones emitidas por el personal médico al detectar alguno de los datos obstétricos de alarma, los cuales se hicieron del conocimiento a la persona quejosa, como se establece en las conclusiones segunda y quinta de la Opinión Médica de la UNIT; por lo que una vez que acudió al HGH, fue diagnosticada con óbito fetal.

66. Sin embargo, es preciso aclarar que las personas quejasas durante la tramitación del presente asunto, exhibieron documentales, consistentes en una Opinión Médica en materia de Obstetricia emitida por ***, médico cirujano y partero, especialista en Ginecología y Obstetricia; asimismo, un Informe Psicológico realizado por la profesionalista ***, de las cuales ésta CDHEH derivado de su análisis se tiene como antecedentes de los hechos investigados, en relación a la Opinión Técnica en materia de Psicología por personal de la UNIT, en el sentido que no cumplen con la metodología.

67. No obstante lo anterior, derivado de las constancias que integran el presente expediente, la queja en exposición se resuelve por los hechos violatorios consistentes en **derecho a no ser sometido a violencia institucional, derecho a recibir atención médica integral, derecho a la accesibilidad a los servicios de salud, derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico y derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica** que, de acuerdo al Catálogo de Hechos Violatorios de la CDHEH se definen como:

3.1. Derecho a no ser sometido a violencia institucional.

Definición: derecho del gobernado a recibir una atención oportuna, eficaz, eficiente y congruente a las funciones públicas de la autoridad, evitando la dilación, obstaculización y el impedimento del goce y ejercicio de sus derechos.

9.1. Derecho a recibir atención médica integral.

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención y tratamientos oportunos para la satisfacción de las necesidades de salud, respetando el principio de la autonomía del paciente.

9.3. Derecho a la accesibilidad a los servicios de salud.

Definición: derecho de todo ser humano a acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin exclusión y en condiciones de igualdad.

9.10. Derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico.

Definición: derecho de todo ser humano a contar con un expediente clínico que contenga información veraz, clara, precisa, legible y completa, que sea debidamente resguardado.

9.18. Derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica.

Definición: derecho de toda mujer a recibir atención médica de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, evitando toda conducta, por acción u omisión, que afecte su integridad física y psicológica, expresada en un trato deshumanizado de los profesionales de la salud (lo resaltado es propio).

68. En función de las violaciones antes descritas deberán analizarse si la autoridad a través de las personas servidoras públicas realizaron una acción o una omisión con las que se violaron derechos humanos, por lo que primero se analizó lo referente **al derecho a no ser sometido a violencia institucional**, es así que, debe precisarse que en el artículo 12 del PIDESyC⁹⁶ se establece que los Estados Partes en dicho Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, por lo que se deben adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, tal como la creación de condiciones que aseguren a todas las personas, la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, en correlación con lo citado en la Observación General N° 14, emitida por el CDESC⁹⁷:

“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”

En la que se informa que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos; además, puntualiza sobre los tipos o niveles de los Estados parte, relativos al deber de proteger, respetar,

⁹⁶ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

⁹⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, disponible en <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20salud%20entra%20C3%B1a%20libertades%20y%20derechos.,y%20experimentos%20m%C3%A9dicos%20no%20consensuales.>

cumplir, facilitar, proporcionar y promover el citado derecho, destacando que en el primer nivel mencionado, los Estados adoptarán lo correspondiente para impedir que terceros interfieran en la aplicación del derecho a la salud.

69. Por su parte, el Protocolo de San Salvador⁹⁸, establece lo siguiente:

“Artículo 10

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.” (...).

Artículo 15

(...)

3. Los Estados partes mediante el presente Protocolo se comprometen a brindar adecuada protección al **grupo familiar** y en especial a:

a. conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto;” (lo resaltado es propio).

70. Aunado a lo anterior, el numeral 4° de la CPEUM⁹⁹, en el cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

71. La LGS¹⁰⁰ menciona que se entiende por salud:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social”

72. No solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, teniendo como algunas finalidades el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población y la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

73. Situación que no sucedió en la queja de estudio, ya que se acreditó que no se atendió oportunamente a Q1, cuando ésta requirió una cirugía vía abdominal “cesárea”, por la falta de personal médico; en este caso, de especialidad en Anestesiología y Ginecología; por lo que queda claro, que no se realizó correctamente la prestación del servicio de salud a la quejosa por parte del HGH, impidiendo y obstaculizando el pleno goce de dicho beneficio, entendiendo esta, como de aplicación progresiva; es decir, se

⁹⁸ Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)

⁹⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

¹⁰⁰ Ley General de Salud, disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

debió cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas, en conformidad con los servicios que deben ser accesibles a todas las personas, para el logro del acceso y la cobertura del mencionado derecho.

74. Asimismo, conforme a la ampliación de Informe de Ley de AR2, médica adscrita al Servicio de Urgencias del HGH, se deduce que, al no contar con personal médico gineco-obstetra y anestesiólogo, necesarios para la atención de Q1, tuvo que esperar a la llegada de un especialista, que incluso éste se presentó en el HGH antes de su horario de entrada, que iniciaba a partir de las veinte horas, lo que confirma que dicho nosocomio en ese turno no contaba con el citado especialista, lo que se traduce en no garantizar la continuidad e integralidad de la atención de la urgencia obstétrica de manera pronta y adecuada como lo establece el RLGS¹⁰¹.

75. Por lo antes descrito, se destaca que el Servicio de Urgencia Obstétrica del HGH el veintisiete de julio de dos mil diecisiete, no contaba con personal médico gineco-obstetra de guardia responsable, especialista en anestesiología, ni radiólogo, para atender a las personas usuarias o derechohabientes, que así lo requirieran, con lo que se incumplió con una de las cuatro especialidades (Cirugía General, Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría) que debe de tener un Hospital de Segundo Grado, en particular Ginecología-Obstetricia, de acuerdo con el RLGS¹⁰².

76. Ahora bien, con lo relativo al hecho violatorio **derecho a recibir atención médica integral** se advierte que la LGS¹⁰³ es clara en precisar en su artículo 77 bis 5, inciso B, fracción VI, que le corresponde a:

“los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales, proveer los servicios de salud, garantizando la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención, sin discriminación alguna, así como la infraestructura, personal, insumos y medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad.”

77. Por lo tanto, el Estado debe tener un sistema eficiente que sea capaz de proteger y que ante una enfermedad, se vele por el restablecimiento de la salud de la persona usuaria de los servicios médicos, aunado a que toda persona servidora pública que esté encargada de una clínica, centro de salud y/u hospital, tiene la obligación de garantizar que se cuente con el personal indicado y apropiado para asegurar el ejercicio del derecho a la salud, adoptando las medidas necesarias para la plena efectividad de

¹⁰¹ Reglamento de la Ley General de Salud, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf

¹⁰² Reglamento de la Ley General de Salud, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf

¹⁰³ Ley General de Salud, disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

dicha prerrogativa, ya que **es fundamental que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.**

78. Situación que en el presente caso no aconteció, ya que si bien, como se ha mencionado con anterioridad, no se probó que existiera una mala *praxis* en la atención médica prestada a Q1; lo cierto es, que se acreditó que existió una mala implementación en las actuaciones institucionales para la atención oportuna de su derecho a la salud, derivando a que Q1 tuvo que esperar a la disponibilidad de personal médico en Ginecología y Anestesiología, para que le fuera practicada la cirugía correspondiente; además, de que la atención médica que se proporcionó a la agraviada fue inoportuna e inadecuada, advirtiéndose una omisión institucional en el servicio médico que se le brindó en el HGH, confirmando el análisis lógico-jurídico de este organismo autónomo.

79. Es importante señalar que, dentro de los resultados de la Opinión Técnica en Psicología por parte de personal de la UNIT, se acredita que Q1 recurrió de forma particular con una psicóloga para atender su salud emocional, derivado de la vivencia que tuvo durante el parto; sin que existiera evidencia que aludiera lo contrario; toda vez, que dentro de su expediente clínico, no se demostró que el HGH, brindara el acompañamiento psicológico a las personas quejasas.

80. Ya que debemos considerar que, la figura de una persona de apoyo emocional continuo durante el embarazo, el parto y el puerperio es de suma importancia, toda vez que, en este caso, estamos ante la presencia de una persona que sufrió el fallecimiento de su hija, y desde un enfoque humano y sensible, la mayoría de las veces, resulta complejo el proceso de la asimilación; por ello, el contar con el acompañamiento adecuado de personal psicológico de una institución pública de salud, es rotundamente valioso y puede abonar a las personas a enfrentar las diversas emociones de los acontecimientos vividos.

81. Lo anterior, atendiendo que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, resulta de consideración básica el ejercicio de este derecho ya que es evidente que los derechos humanos no son limitativos pero sí son progresivos; por ello, la omisión del HGH de brindar el apoyo psicológico continuo a las personas quejasas durante el embarazo, el parto y el puerperio, generó preocupación que no se haya implementado lo conducente, y que Q1 tuvo la necesidad de recurrir con un profesional particular de la salud mental.

82. Cabe destacar que la LGS¹⁰⁴ en varios de sus artículos, hace referencia al derecho de las personas usuarias a obtener prestaciones de salud oportunas y con calidad idónea,

¹⁰⁴ Ley General de Salud, disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

y a recibir atención profesional, respetuosa, digna y éticamente responsable por parte de personas profesionistas, técnicas y auxiliares; de igual forma dispone que la atención materno-fetal tiene carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, el parto y el **puerperio**.

83. Como ya se citó, derivado de las irregularidades detectadas el HGH, esta institución hospitalaria debió disponer de personal médico suficiente para que funcionará las veinticuatro horas del día y atendiera los requerimientos de especialidades médicas, lo que en el presente caso no aconteció, aunado a la falta de acompañamiento psicológico para las personas quejasas y con tales omisiones, se violentó el derecho de aquellas **a la accesibilidad de los servicios de salud**, como la benéfico para acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin exclusión y en condiciones de igualdad, cuyo bien jurídico tutelado es la disponibilidad de bienes y servicios de salud.

84. Considerando los hechos, lo apropiado hubiera sido contar con personal médico gineco-obstetra, anesthesiólogo y radiólogo, para una atención adecuada y como no aconteció, dio lugar a una serie de violaciones a los derechos humanos de Q1, ya que se debió garantizar la continuidad de la atención médica de la quejosa; toda vez que, de las evidencias se constató que, el veintisiete de julio de dos mil diecisiete, el HGH, no contaba con personal médico suficiente y especializado, de esta manera, el personal administrativo responsable del establecimiento no cumplió con la norma, que, como ya se dijo, refiere que un Hospital de Segundo Nivel debe tener las cuatro especialidades básicas, de acuerdo con el RLGS¹⁰⁵.

85. Ahora bien, no pasa inadvertido para esta Institución protectora de derechos humanos que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012¹⁰⁶, del Expediente Clínico y del Expediente Clínico Electrónico NOM-024-SSA3-2010¹⁰⁷, las cuales tienen como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, y que también, constituye una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, incluso, establece que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, en virtud de que es un conjunto

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

¹⁰⁵ Reglamento de la Ley General de Salud, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf

¹⁰⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

¹⁰⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, disponible en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4151/salud/salud.htm>

único de información y datos personales, 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 de la persona paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

86. Por otra parte, dicha NOM-004 también establece lo siguiente:

“5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente (...).

5.10 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; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 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.

8.5 Nota Preoperatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, (...) y deberá contener como mínimo:

8.5.1 Fecha de la cirugía;

8.5.2 Diagnóstico;

8.5.3 Plan quirúrgico;

8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica;

8.5.5 Riesgo quirúrgico;

8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios; y

8.5.7 Pronóstico.

8.6 Un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista de la Organización Mundial de la Salud en esta materia para dicho propósito.

8.7 Nota pre anestésica, vigilancia y registro anestésico.

Se elaborará de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

8.8 Nota postoperatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo:

8.8.1 Diagnóstico preoperatorio;

8.8.2 Operación planeada;

8.8.3 Operación realizada;

8.8.4 Diagnóstico postoperatorio;

- 8.8.5** Descripción de la técnica quirúrgica;
- 8.8.6** Hallazgos transoperatorios;
- 8.8.7** Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico;
- 8.8.8** Incidentes y accidentes;
- 8.8.9** Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones;
- 8.8.10** Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
- 8.8.11** Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante;
- 8.8.12** Estado post-quirúrgico inmediato;
- 8.8.13** Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
- 8.8.14** Pronóstico;
- 8.8.15** Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
- 8.8.16** Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico;
- 8.8.17** Nombre completo y firma del responsable de la cirugía”.

87. Con la Opinión Técnica emitida por la UNIT, se evidenció que existieron deficiencias en la integración del expediente clínico de Q1, generado en el HGH, siendo las siguientes:

- No se encontró un orden cronológico y secuencias.
- Se omitió el nombre y firma de quien elaboró la documentación médica.
- Se utilizaron abreviaturas en su llenado y por medio de la escritura a mano, sin utilizar algún equipo de cómputo.
- No se colocó la toma de signos vitales.
- Se omitió asentar el pronóstico en las notas médicas.
- No se incluyó en la historia clínica el apartado para la exploración de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales.
- En caso de ser requisitada la historia clínica por personal en formación se debió realizar la revisión por personal de base y dejar constancia con nombre y firma.
- En la carta de consentimiento informado, se debió agregar los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, así como colocar la autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
- Capacitación y supervisión en el llenado del certificado de defunción, en su apartado de muerte fetal, para, el completo llenado de los apartados del

certificado, utilizar las claves del CIE 10, para mejor control estadístico de morbi-mortalidad, utilizar la sección correspondiente a contribuyente a la muerte.

88. Derivado de las omisiones citadas, esta Comisión de Derechos Humanos considera que se violentó en agravio de Q1 **el derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico**, estipulado en el Catálogo de Hechos Violatorios de Derechos Humanos de este Organismo, como el derecho de todo ser humano a contar con un expediente clínico que contenga información, veraz, clara, precisa, legible, completa y que sea debidamente resguardado.

89. No pasa inadvertido, que el personal médico de una institución pública de salud debe realizar un correcto llenado del certificado de muerte fetal, estrictamente apegado a las guías y manuales aplicables al caso en específico, al respecto, la Secretaría de Salud emitió la NOM-035-SSA3-2012¹⁰⁸, la cual indica el trámite a realizar cuando ocurre un fallecimiento, así como el tratamiento que debe darse a la información vaciada en el formato único establecido, en este caso, el certificado de muerte fetal.

90. Es de aclarar que el lineamiento aplicable en la fecha que dieron origen a los hechos de queja en resolución; es decir, la “Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal”¹⁰⁹ explica con precisión cómo requisitar dicho certificado, detallando la forma de registrar la información de acuerdo con las circunstancias que acompañaron el fallecimiento y a las características del mismo, incluso el propio certificado de muerte fetal, en el reverso del formato, contiene el “Instructivo para el llenado del Certificado de muerte fetal”, donde se explica de manera breve y exacta como llenar cada uno de los apartados de dicho documento.

91. Primeramente, se indica que, para realizar el llenado del formato de certificado de muerte fetal, el médico certificante deberá de auxiliarse de la información proporcionada por los familiares, incluida la gestante, sustentada por los documentos de identificación correspondientes o podrá consultar la historia clínica de la persona fallecida, para garantizar el correcto llenado del mismo.

92. En ese sentido, este Organismo observó que de acuerdo a la Opinión Médica emitida por la UNIT, el certificado de muerte fetal se registró erróneamente, en específico en la sección correspondiente “Registro de las causas de muerte fetal”, sin apearse a la Clasificación Internacional de Enfermedades, lo que corrobora que AR7 omitió llevar a cabo el procedimiento para el correcto llenado del certificado de muerte fetal, la cual se

¹⁰⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

¹⁰⁹ Disponible en <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/394/download/21433>

considera acreditada toda vez que incurrió en las omisiones descritas previamente las cuales tuvieron como consecuencia conocer la causa de muerte.

93. Lo anterior, de acuerdo con la NOM-035-SSA3-2012¹¹⁰ en materia de Información de Salud, que cita lo siguiente:

“12.2 Mortalidad

12.2.1 Este apartado comprende la información de **mortalidad** general y **fetal**, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

12.2.2 Las **estadísticas de mortalidad** general y **fetal** que elaboran los integrantes del SNS tienen un carácter preliminar, su fuente de información es el Certificado de Defunción y el **Certificado de Muerte Fetal**, respectivamente.

Esta **información es utilizada para fines epidemiológicos y estadísticos**, para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por los integrantes del SNS, así como para mejorar la calidad de las estadísticas oficiales emitidas anualmente por el INEGI.

12.2.6 Los **Certificados de Defunción y Muerte Fetal** deben ser expedidos por única vez para toda defunción o muerte fetal ocurrida en territorio nacional, en forma gratuita y obligatoria, **por un médico** con cédula profesional o por la **persona autorizada por la autoridad sanitaria correspondiente**.

Antes de su expedición es indispensable que el certificante haya revisado el cuerpo, constatado la defunción (o **muerte fetal**) y las **probables causas de defunción**.

12.2.7 Los **Certificados de Defunción y Muerte Fetal** deben expedirse según las circunstancias que acompañen la defunción o muerte fetal, de conformidad con lo siguiente:

12.2.10 **Todo profesional de la salud o persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente que expida un Certificado de Defunción o un Certificado de Muerte Fetal debe estar capacitado para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en los mismos** para los efectos de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Cualquier variación dolosa entre los hechos ocurridos y lo asentado en un Certificado de Defunción o de Muerte Fetal, será objeto de sanción conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Los SESA **deben prohibir a cualquier certificante, temporal o definitivamente según la gravedad o reincidencia, la expedición de Certificados de Defunción y/o Muerte Fetal y suspenderle la entrega de formatos, cuando se detecten anomalías en su uso y manejo**, desviaciones con respecto a lo asentado en la presente norma y demás disposiciones jurídicas aplicables o calidad deficiente de la información contenida en los mismos.

12.2.12 La integración de la información de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal en su versión impresa y/o electrónica se realiza en el SEED, de

¹¹⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

conformidad con los términos, procedimientos y protocolos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS.

Los SESA y las demás instituciones del SNS, **son responsables de integrar oportunamente la información de todos los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal** expedidos bajo su jurisdicción en el SEED, así como de **vigilar y asegurar la calidad de dicha información.**

La información nacional del SEED se integra mensualmente con carácter parcial y anualmente con carácter final por la DGIS.

La información captada en el SEED es nominal.

12.2.13 La generación de las estadísticas de **mortalidad** general y **fetal** debe basarse en **el concepto de causa básica de defunción**, captando además todas las causas contenidas en el Certificado, con apego a los procedimientos normados en la CIE en materia de registro, **codificación de las causas de defunción** y selección de la causa básica. Estas estadísticas deben incluir además **información acerca del fallecido** y sus variables sociodemográficas, sobre los servicios de salud recibidos y las circunstancias que acompañaron a la defunción. La generación de tabulados de principales causas de mortalidad debe realizarse conforme a los criterios establecidos por el CEMECE y para fines de publicación, conforme a lo acordado en el CTESS” (lo resaltado es propio).

94. Por lo antes expuesto, y fundamentado se tiene por acreditado el hecho violatorio **al derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico**, en agravio de la **A1**, por parte de **AR7**, quien se desempeñó como médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGH, **como responsable del inadecuado llenado del certificado de muerte fetal.**

95. Por lo anterior, la idónea integración de un expediente clínico es responsabilidad y una obligación a cargo de las personas prestadoras de servicios médicos del HGH para su integración y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, se cumpla en sus términos.

96. Para esta CDHEH los hechos violatorios acreditados en el presente asunto, en su conjunto, **constituyen violencia obstétrica**, entendiendo por ésta toda forma específica de violencia ejercida por personal de salud o instituciones públicas o privadas hacia las mujeres embarazadas en labor de parto y/o puerperio, mismas que son consideradas como violaciones a los derechos humanos reproductivos y sexuales de las mujeres, aunado a que los mismos deben ser analizados desde una perspectiva de género, para una mayor protección a dichas prerrogativas y a una vida libre de violencia,

entendiéndose a la persona gestante y A1 como víctimas directas así como a su círculo familiar como víctima indirecta.

IX. CONTEXTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS

97. La violencia obstétrica se define como un tipo específico de violencia de género e institucional que se ejerce sobre mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto y el puerperio, así como sobre otras personas con capacidad de gestar. Este fenómeno viola los derechos humanos fundamentales, especialmente los derechos reproductivos y sexuales, y es perpetrado predominantemente por profesionales de la salud, incluyendo personal médico, de enfermería y cualquier persona pendiente de las mujeres en estado de gestación, parto y puerperio desde una perspectiva administrativa e institucional.

98. En el mismo sentido, podemos sostener que la violencia obstétrica constituye una forma de violencia específicamente dirigida contra las mujeres y personas con capacidad de gestar, que constituye una violación de derechos humanos. Por su parte *** (2022) señala que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género considerada como maltrato y para la que no existe una definición comúnmente aceptada entre las personas profesionales de la salud¹¹¹.

99. Este tipo de violencia se caracteriza por acciones u omisiones que resultan en daño físico o psicológico, abuso de medicalización, patologización de procesos naturales, y tratos crueles, inhumanos o degradantes durante la atención obstétrica en servicios de salud tanto públicos como privados. Además, se manifiesta en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva adecuados y en una apropiación indebida del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud. La violencia obstétrica conlleva una pérdida de autonomía y capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y su sexualidad, lo que tiene un impacto negativo en su calidad de vida.

100. A nivel legal, el concepto ha ganado reconocimiento y ha sido definido formalmente en legislaciones como la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en Venezuela. En México, organismos como la Comisión

¹¹¹ Ferrão, Ana Cristina et al., "Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol", Journal of Personalized Medicine, núm. 7, vol. 12, 2022, p. 1090.

Nacional de Derechos Humanos en la Recomendación General número 31/2017¹¹², señala que la violencia obstétrica se trata de una modalidad de la violencia institucional y de género, que genera una afectación física, psicológica o moral, que puede llegar a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la inadecuada prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

101. Mientras que en Hidalgo de acuerdo con la LAMVLVEH, la violencia obstétrica se define que es toda acción u omisión ejercida por el personal perteneciente al Sistema Estatal de Salud en términos del artículo 11 Bis de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, o por cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, que viole sus derechos humanos y que puede ser expresada de cualquiera de las siguientes formas:

102. El análisis del marco legal ofrece una perspectiva de las herramientas jurídicas disponibles para combatir la violencia obstétrica, destacando la importancia de la implementación efectiva de estas normas para proteger los derechos de las mujeres y personas gestantes. A pesar de la existencia de estas regulaciones, es crítico evaluar su aplicación y efectividad en la realidad, así como identificar áreas de oportunidad para fortalecer la protección contra la violencia obstétrica en Hidalgo y en todo México.

103. Es así como los derechos de las mujeres a la salud reproductiva están consagrados en tratados y convenios internacionales que establecen estándares mínimos que los países firmantes deben cumplir. La CEDAW, en su artículo 12, especifica que los Estados Parte deben garantizar a las mujeres servicios adecuados en relación con el embarazo, parto y el periodo posparto, incluyendo servicios gratuitos y asegurando una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Además, la Belem do Pará resalta la obligación de los Estados de tomar en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres durante el embarazo y establecer medidas para su protección.

104. A nivel nacional la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es el pilar fundamental del marco legal nacional. En su artículo 4º, se garantiza el derecho de toda persona a decidir libre, responsable e informadamente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud refuerza este derecho y establece en su artículo 61 Bis que toda mujer embarazada tiene derecho a servicios de salud con

¹¹² CNDH, Recomendación General 31 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, párr. 94, Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf (fecha de consulta 20 de febrero de 2024).

respeto a sus derechos humanos. Las Normas Oficiales Mexicanas, como la NOM-007-SSA2-20 y la NOM-046-SSA2-2005, brindan lineamientos específicos para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual.

105. En el Estado de Hidalgo, LAMVLVEH detalla las formas en que puede manifestarse la violencia obstétrica, como la atención inoportuna o ineficaz, el trato deshumanizado, la medicación injustificada y la obstaculización del apego precoz entre la madre y el recién nacido.

106. La LSEH, en su artículo 142 Undecies párrafo 7, no solo establece el derecho de las mujeres embarazadas a recibir servicios de salud con respeto a los derechos humanos, sino que también garantiza una atención integral con enfoque humanizado, intercultural, seguro e incluyente. Esto contempla la posibilidad de optar por la partería tradicional, respetando la elección de la mujer sobre el tipo de atención que desea recibir, siempre que las condiciones clínicas lo permitan.

107. En contraste con el marco legal, los datos y estadísticas revelan la magnitud real y la frecuencia de la violencia obstétrica, ofreciendo una perspectiva cruda de la incidencia y las formas en que se manifiesta este tipo de violencia. Esta sección presentó los resultados de la ENDIREH 2021 y otros estudios relevantes, proporcionando cifras concretas sobre la prevalencia de maltrato en la atención obstétrica, tanto a nivel nacional como en el estado de Hidalgo. Las estadísticas reflejarán no solo la extensión del problema sino también las tendencias, como la mayor vulnerabilidad de ciertos grupos de edad y la diferencia en la experiencia entre quienes pasan por un parto natural o una cesárea.

108. La comparación entre lo que establece la ley y lo que sucede en la práctica es crucial para identificar brechas y áreas de mejora en las políticas públicas y en la formación y sensibilización de las personas profesionales de la salud. La intención última es proporcionar una base sólida para el diseño de intervenciones efectivas que protejan a las mujeres y personas gestantes de cualquier forma de violencia durante el embarazo, el parto y el posparto.

109. Según la ENDIREH 2021 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la prevalencia de maltrato en la atención obstétrica es alarmante en México. De las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea entre 2016 y 2021, el 33.4% experimentó maltrato durante la cesárea y el 29.6% durante el parto. En cuanto a maltrato psicológico y/o físico, el 19.5% de las mujeres que tuvo una cesárea y el 22.0%

que tuvo un parto reportaron haberlo experimentado. Además, el 23.7% de las cesáreas y el 16.9% de los partos se llevaron a cabo con tratamientos médicos no autorizados por las pacientes.

110. La vulnerabilidad al maltrato obstétrico también parece estar influenciada por la edad de las mujeres, siendo las más jóvenes (de 15 a 24 años) las que reportan la mayor prevalencia, con un 35.5%, seguidas por las de 25 a 34 años con un 31.4% y las de 35 años y más con un 25.8%. Aunque estos porcentajes reflejan una disminución en comparación con encuestas anteriores, siguen siendo significativos.

111. En Hidalgo, la situación es igualmente preocupante. De un total estimado de 188,258 mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su último parto entre 2016 y 2021, el 33.2% experimentó maltrato en algún momento de su último parto o cesárea. Esto coloca a Hidalgo en el 11º lugar entre las entidades federativas de México con mayor proporción de maltrato en la atención obstétrica. La prevalencia de maltrato obstétrico en Hidalgo es mayor en el caso de las mujeres que tuvieron una cesárea, con un 39.1%, en comparación con aquellas que tuvieron un parto, donde la prevalencia es del 27.1%.

112. Estos datos evidencian que la violencia obstétrica es un problema de salud pública y de derechos humanos que afecta a una significativa proporción de mujeres y personas gestantes en México y en Hidalgo. La información estadística sugiere que es necesario implementar estrategias específicas para abordar y prevenir la violencia obstétrica, especialmente entre las poblaciones más vulnerables, como son las mujeres jóvenes y aquellas que se someten a cesáreas.

113. La violencia obstétrica es una realidad compleja y dolorosa que afecta a innumerables mujeres y personas gestantes en el contexto de la atención médica institucional. Para comprender y abordar efectivamente este problema, es crucial identificar y analizar los factores multifactoriales que contribuyen a su aparición y persistencia. Estos factores son de índole socio-cultural, económica, institucional y profesional, y su interacción crea un ambiente en el cual se perpetúa la violencia obstétrica.

114. El Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México, emitido por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV)¹¹³, destaca una serie de factores que alimentan la persistencia de la violencia obstétrica en el país:

¹¹³ Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México, 2017, pp. 69-72. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagnostico_VO_port.pdf

- **Visión Mecanicista del Cuerpo Humano:** La tendencia a tratar el cuerpo como una máquina, con partes que se descomponen y se reparan de forma aislada, ha llevado a una medicalización excesiva y a la intervención tecnológica en procesos naturales como el embarazo y el parto.
- **Estratificación Reproductiva:** Las jerarquías sociales basadas en el estatus socioeconómico, edad, etnicidad y orientación sexual, entre otros, dictan quién debería reproducirse, cómo y cuántas veces. Esto se manifiesta en una sociedad que valora ciertos nacimientos sobre otros.
- **Vigilancia y Regulación del Cuerpo Femenino:** Los cuerpos de las mujeres y la reproducción son históricamente supervisados y controlados, con influencias de políticas transnacionales relacionadas con el control demográfico y la prevención de morbilidad y mortalidad perinatal.
- **Práctica Médica Defensiva:** La medicina defensiva surge de la gestión de riesgos - epidemiológicos, clínicos y profesionales- lo que puede llevar a intervenciones innecesarias y a una atención que pone en segundo plano las necesidades y deseos de las mujeres embarazadas.
- **Separación Madre-Neonato:** La tecnología, como el ultrasonido, ha contribuido a una percepción de la mujer y el neonato como entidades separadas, priorizando la seguridad y el bienestar del neonato sobre los de la mujer.
- **Deslegitimación de Saberes Tradicionales:** La medicina moderna frecuentemente ignora o deslegitima el conocimiento tradicional que las mujeres tienen sobre sus cuerpos y procesos reproductivos, minimizando su autonomía y sabiduría inherente.

115. Estos factores no solo afectan la calidad de la atención a la salud sino que también constituyen barreras para que las mujeres y personas gestantes reciban la atención profesional que merecen.

116. La violencia obstétrica no solo es fuente de sufrimiento para las mujeres y personas gestantes sino que representa un obstáculo significativo en el acceso a servicios de salud de calidad y, en última instancia, una violación flagrante a sus derechos más fundamentales.

117. La violencia obstétrica es una manifestación de la violencia institucional y de género, profundamente arraigada en la estructura social y cultural de muchas sociedades, incluyendo México. Para analizar por qué la violencia obstétrica constituye tanto violencia institucional como de género, es esencial considerar los siguientes aspectos:

118. De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la violencia institucional se refiere a las acciones u omisiones de servidores públicos que discriminan o impiden el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. En el contexto de la violencia obstétrica, esto se traduce en prácticas médicas y administrativas que, intencionalmente o no, niegan a las mujeres el derecho a una atención médica digna y respetuosa durante el embarazo, parto y puerperio.

119. Los actos de violencia obstétrica son perpetrados dentro de las instituciones de salud, un entorno donde las políticas y procedimientos deben estar diseñados para proteger y promover la salud y los derechos humanos. Cuando el personal de salud actúa de manera que vulnera la integridad, autonomía y derechos de las pacientes, se convierte en un agente de violencia institucional.

120. La violencia de género emerge de las relaciones de poder desiguales entre los géneros, que históricamente han favorecido al masculino sobre el femenino. La violencia obstétrica es un claro ejemplo de cómo estas dinámicas de poder se manifiestan en el ámbito de la salud reproductiva. Las mujeres, durante un momento de vulnerabilidad como es el parto, pueden ser despojadas de su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su salud, perpetuando así la subalternidad de lo femenino.

121. Las prácticas que constituyen violencia obstétrica, como la negación del consentimiento informado, la medicalización innecesaria del parto, o el trato deshumanizado, son todas formas de ejercer control sobre el cuerpo y las decisiones reproductivas de las mujeres, reflejando y reforzando la desigualdad de género.

122. La violencia obstétrica también es una forma de violencia estructural, que se refiere al sufrimiento social creado y perpetuado por estructuras socioeconómicas y culturales. Estas estructuras sistémicas limitan la capacidad de las mujeres para ejercer su agencia, subestiman sus conocimientos y experiencias, y restringen su autonomía. La violencia obstétrica no solo es un problema individual, sino el resultado de procesos históricos y culturales que han marginado y discriminado a las mujeres, particularmente en el contexto de la salud reproductiva.

123. En resumen, la violencia obstétrica es un reflejo de prácticas institucionales y culturales patriarcales que perpetúan la desigualdad de género y violan los derechos humanos de las mujeres, personas gestantes y eventualmente a sus familias. Es un problema que requiere un cambio en las políticas de salud, la educación de las personas profesionales y la concienciación social para erradicar estas prácticas y asegurar que todas las mujeres reciban una atención obstétrica respetuosa y empoderadora.

124. Si bien, la violencia obstétrica, puede referirse a algunas acciones y actitudes del personal de salud durante la atención directa a la paciente, lo cierto es que el no brindarla de manera oportuna y continua, también constituye una violación a los derechos humanos de Q1, toda vez que, existió una omisión por parte del HGH en no otorgar, ni garantizar el derecho humano a la salud de la agraviada en el momento adecuado, como ya se ha citado en párrafos precedentes, el nosocomio careció de personal médico que respondiera a la necesidad de la quejosa a recibir un trato adecuado, eficiente y eficaz; concatenado a los hechos violatorios acreditados, y tomando en consideración el principio pro persona contemplado en nuestra carta magna.

125. Por otra parte, no podemos pasar inadvertido que existe una relación asimétrica de poder entre el personal de salud y las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, lo que trae como consecuencia la disminución de la capacidad y autonomía de las mujeres y personas gestantes en la toma de decisiones, lo que se enmarca en actitudes, roles, normas de conducta, políticas institucionales y prácticas consolidadas en el trabajo médico; lo anterior, se traduce en una despersonalización, que por igual viola sus derechos humanos; aunado a ello, se tiene que dejar claro, que existe una obligación de las personas servidoras públicas, en este caso prestadoras del servicio de salud, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos.

126. Lo anterior, contraviniendo lo dispuesto en los siguientes ordenamientos jurídicos:

DEVM¹¹⁴

¹¹⁴ Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-eliminationviolence-against-women>

“Artículo 3 La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran:

f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar”.

127. CONVENCIÓN BELEM DO PARÁ¹¹⁵.

“Artículo 1 Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 3 Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 4 Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

(...)

b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”;

128. DBCMM¹¹⁶

“Estamos convencidos de que:

(...)

14. Los derechos de la mujer son derechos humanos;

23. Garantizar a todas las mujeres y las niñas todos los derechos humanos y libertades fundamentales, y tomar medidas eficaces contra las violaciones de esos derechos y libertades;

29. Prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas;

31. Promover y proteger todos los derechos humanos de las mujeres y las niñas”;

129. También, en relación a los ámbitos en los que se puede ejercer violencia, el PJPJG editado por la SCJN¹¹⁷, cita:

¹¹⁵ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará", disponible en <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

¹¹⁶ Declaración de Beijing, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, disponible en <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>

¹¹⁷ Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género editado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, disponible en <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/protocolos/archivos/202011/Protocolo%20para%20juzgar%20con%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20%28191120%29.pdf>

b. Formas o tipos de violencia

Los episodios de violencia, en general, pueden clasificarse por su tipo o forma. Un episodio puede concentrar más de un tipo de violencia, debido a que no son excluyentes. A continuación, se hace un listado enunciativo, más no limitativo, de los principales tipos de violencia:

(...)

Obstétrica y contra derechos reproductivos. La violencia contra los derechos sexuales y reproductivos consiste en las acciones y omisiones que tienen la intención o resultan en la violación de los derechos a la salud y reproductivos como la libre elección sobre el número y espaciamiento de hijos, la planificación familiar, acceso a métodos anticonceptivos, acceso a técnicas de reproducción asistida, maternidad por elección, aborto, etcétera.

La violencia obstétrica, por su parte, se refiere a las acciones u omisiones relacionadas con el acceso a la atención médica necesaria durante el embarazo, parto y puerperio. Algunas de las conductas que involucra pueden ser el tratamiento hostil por parte del personal de salud, la negligencia al prestar atención médica, el maltrato durante el parto, abuso de medicación o procedimientos como cesáreas cuando no es necesario, etcétera (Gherardi, 2016).

130. Además, la LGAMVLV¹¹⁸, cita:

“Artículo 5.- Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

VI. Víctima: La mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia;

(...)

IV. Violencia contra las Mujeres: **Cualquier acción u omisión**, basada en su género, que **les cause daño** o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público; (lo resaltado es propio).

Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

I.- La violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

(...)

VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Artículo 18.- Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres (...).

Artículo 20.- Para cumplir con su obligación de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, los tres órdenes de gobierno deben prevenir, atender, investigar, sancionar y reparar el daño que les inflige.

¹¹⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Artículo 52.- Las víctimas de cualquier tipo de violencia tendrán los derechos siguientes:

I. Ser tratada con respeto a su integridad y al ejercicio pleno de sus derechos;

II. Contar con protección inmediata y efectiva por parte de las autoridades;

(...)

V. Recibir información médica y psicológica.

Artículo 60. Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento de esta ley y se sancionará conforme a las leyes en la materia”.

131. También, la LAMVLEH¹¹⁹, establece:

“Artículo 1. El Estado tiene la obligación de prevenir, atender y sancionar cualquier acción u omisión constitutiva de violencia en contra de las mujeres que menoscabe sus derechos humanos, por lo que la presente Ley tiene por objeto regular y garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, así como, establecer la coordinación entre el Estado, los Municipios y la Federación, para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres; con los principios rectores, ejes de acción, y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar.

Artículo 2- Todas las medidas que se deriven de la presente Ley, garantizarán la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de las modalidades y tipos de violencia contra las mujeres en el ámbito público y privado, para promover su desarrollo integral, en concordancia con la Legislación Nacional de la materia y con los instrumentos internacionales suscritos y ratificados por los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 3.- Son principios rectores que garantizan el acceso al derecho a una vida libre de violencia en un ambiente adecuado que permita el desarrollo y bienestar de las mujeres:

(...)

II. El respeto a los derechos y la dignidad humana de las mujeres;

(...).

Artículo 4.- Para los efectos de la presente Ley se entenderá por:

IV.- Violencia contra las mujeres: Cualquier acción u omisión, que a través del uso o abuso del poder ejercido sobre una mujer y basada en su género, tiene por objeto, fin o resultado causar la muerte o un daño físico, psicológico, patrimonial, económico o sexual en el ámbito público o privado”;

X. ESTUDIO DE LA RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

132. Existe responsabilidad institucional en virtud que el HGH no ha implementó las acciones necesarias e idóneas para contar con el personal médico en las

¹¹⁹ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo, disponible en ongresohidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20Vida%20Libre%20de%20Violencia.pdf

especialidades de Gineco-Obstetricia, Anestesiología y Radiología, así como otras especialidades complementarias y de apoyo, a pesar que como ya se asentó con antelación; es una obligación, de acuerdo a lo señalado en la RLGS¹²⁰, a fin de evitar violaciones a derechos humanos de las personas pacientes.

133. Por esta razón, esta CDHEH establece la responsabilidad institucional a cargo de la **Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Hidalgo**; toda vez que, el estado de acuerdo con los derechos económicos, sociales y culturales, debe respetar, proteger y garantizar su cumplimiento, lo que implica promover, proveer y facilitar el acceso a los servicios de salud y de abstenerse de realizar acciones que limiten el derecho a la salud de las personas, además de tomar acciones positivas para asegurarse que se tenga acceso a tal beneficio y de calidad.

134. Es así, que los tratados internacionales y la jurisprudencia atribuyen a los Estados obligaciones generales, no sólo de respetar y proteger el derecho a la salud, sino también de promover, proveer y facilitar esta prerrogativa fundamental para que progresivamente se amplíe a todas las personas.

135. Por ello, en el cumplimiento de tales obligaciones los Estados deben supervisar la prestación de servicios de las instituciones médicas, y que se cumpla la protección del derecho a la salud, como elemento fundamental que el servicio que brinde sea de calidad, accesible, efectivo, seguro y aceptable.

136. En materia internacional de igual forma son aplicables los siguientes instrumentos:

“**DUDH**¹²¹, adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 217 A (III), París, Francia, y firmada por México el 10 de diciembre de 1948, en su artículo 25, establece lo siguiente:

Artículo 25

1. **Toda persona tiene derecho** a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; (...)” (lo resaltado es propio).

¹²⁰ Reglamento de Ley General de Salud, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf

¹²¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 217 A (III), París, Francia, y firmada por México el 10 de diciembre de 1948. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

137. DADDH¹²², aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948.

“Artículo 11 - Derecho a la preservación de la salud y al bienestar

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

138. DLAMMDP¹²³, adoptada por la 34^a Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47^a Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171^a Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005.

1. “Derecho a la atención médica de buena calidad

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

b. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.

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

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

(...)

f. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención”.

139. PIDESC¹²⁴. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

Artículo 12

¹²² Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana en Bogotá, Colombia en 1948. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

¹²³ Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, disponible en <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>

¹²⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

(...)”.

140. Cuadernillo de Jurisprudencia de la CIDH N° 28: Derecho a la Salud¹²⁵.

“Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 25769. 147 (lo resaltado es propio).

En tercer lugar, la Corte resalta que, en el marco del derecho a la integridad personal, ha analizado algunas situaciones de particular angustia y ansiedad que afectan a las personas, así como algunos impactos graves por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud. En el ámbito europeo, la jurisprudencia ha precisado la relación entre el derecho a la vida privada y la protección de la integridad física y psicológica. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha señalado que, si bien el Convenio Europeo de Derechos Humanos no garantiza como tal el derecho a un nivel específico de cuidado médico, el derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizar a sus ciudadanos esa integridad. Por tanto, los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica.

148. La Corte ha señalado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal. La salud constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En relación con el derecho a la integridad personal (...)”.

141. Así como, la legislación nacional y estatal es siguiente:

CPEUM¹²⁶

Artículo 1º (...)

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

142. Por lo que, la SCJN a través de la jurisprudencia administrativa de la novena época, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro 69, Tomo XXIX, Abril de 2009, emitida por la Primera Sala, con número de registro digital 167530¹²⁷, establece:

¹²⁵ Cuadernillo de Jurisprudencia de la CIDH N° 28: Derecho a la Salud, disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo22.pdf>

¹²⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

¹²⁷ Jurisprudencia constitucional de la quinta época, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la

“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: **el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles**, entendiéndose **calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente**, esto es, **que exista personal médico capacitado**, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas. De lo anterior se desprende que para garantizar el derecho a la salud, es menester que **se proporcionen con calidad los servicios de salud**, lo cual **tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos**. Esto es, para garantizar **la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho a la salud**, el Estado **debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin**. Una de estas acciones puede ser el desarrollo de políticas públicas y otra, el establecimiento de controles legales. Así, una forma de garantizar el derecho a la salud, es establecer regulaciones o controles destinados a **que los prestadores de servicios de salud satisfagan las condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología, en establecimientos con condiciones sanitarias adecuadas y en donde se utilicen medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado**, tal como dispone el legislador ordinario en el artículo 271, segundo párrafo de la Ley General de Salud”. (Lo resaltado es propio).

143. La LGS¹²⁸, establece:

“Artículo 20.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I.- El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

(...)

V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

(...)”.

144. Así como el RLGSMPSAM¹²⁹, que cita:

“Artículo 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

Federación Tomo VI, febrero de 1992, emitida por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con número de registro digital 394182. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2012363>

¹²⁸ Ley General de Salud, disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

¹²⁹ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección de Servicios de Atención Médica, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

145. LGV¹³⁰:

“Artículo 4. Se denominarán víctimas directas aquellas personas que directamente hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

Artículo 5. Los mecanismos, medidas y procedimientos establecidos en esta Ley, serán diseñados, implementados y evaluados aplicando los principios siguientes:

(...)

Dignidad.- La dignidad humana es un valor, principio y derecho fundamental base y condición de todos los demás. Implica la comprensión de la persona como titular y sujeto de derechos y a no ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o de los particulares. En virtud de la dignidad humana de la víctima, todas las autoridades del Estado están obligadas en todo momento a respetar su autonomía, a considerarla y tratarla como fin de su actuación. Igualmente, todas las autoridades del Estado están obligadas a garantizar que no se vea disminuido el mínimo existencial al que la víctima tiene derecho, ni sea afectado el núcleo esencial de sus derechos.

(...)

Máxima protección.- Entendido como la obligación de cualquier autoridad de los tres órdenes de gobierno de velar por la aplicación más amplia de medidas de protección a la dignidad, libertad, seguridad y demás derechos de las víctimas del delito y de violaciones a los derechos humanos. Las autoridades adoptarán en todo momento, medidas para garantizar su seguridad, protección, bienestar físico y psicológico e intimidad.

Artículo 6. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

(...)

XXII. Violación de derechos humanos: Todo acto u omisión que afecte los derechos humanos reconocidos en la Constitución o en los Tratados Internacionales, cuando el agente sea servidor público en el ejercicio de sus funciones o atribuciones o un particular que ejerza funciones públicas. También se considera violación de derechos humanos cuando la acción u omisión referida sea realizada por un particular instigado o autorizado, explícita o implícitamente por un servidor público, o cuando actúe con aquiescencia o colaboración de un servidor público.

Artículo 7. Los derechos de las víctimas que prevé la presente Ley son de carácter enunciativo, y deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, los tratados y las leyes aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de sus derechos. Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

I.- Derecho a ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos por parte de los servidores públicos y, en general, del personal de las instituciones públicas responsables del cumplimiento de esta Ley, (...).”

146. A su vez, la **CDGP¹³¹** establece:

¹³⁰ Ley General de Víctimas, disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

¹³¹ Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes, disponible en https://www.inr.gob.mx/g23_03.html

- 1.- Recibir atención médica adecuada.
- 2.- Recibir trato digno y respetuoso.
- 3.- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- 4.- Decidir libremente sobre su atención.
- (...)
- 8.- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- 9.- Contar con un expediente clínico.
- (....)”

147. Asimismo, se concluye que es responsabilidad del Estado, la implementación de lineamientos que conlleven a garantizar que las constancias que integran el expediente clínico de las personas usuarias del servicio de salud, sean adecuadas y congruentes para la transparencia y oportuna comunicación médica, atendiendo al principio de legalidad, para que el personal médico de las instituciones públicas, tengan la obligación de pedir a las y los pacientes, que firmen de recibido, toda indicación de su tratamiento médico, hoja de consulta, receta o cualquier otro documento relacionado a la prestación de derecho humano a la salud.

148. Lo anterior, para avalar de forma adecuada las evidencias que integran el expediente clínico, y que ninguna de las partes, tanto personas pacientes como personal prestatario público de salud, queden en estado de indefensión, ante cualquier procedimiento jurisdiccional y/o administrativo, en los que se vean afectados sus intereses, por ello, es importante que la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo; efectúe, la creación de protocolos y lineamientos, con la finalidad de que exista certeza jurídica, de que se brindó y recibió información relacionada con la protección al derecho a la salud, teniendo como referencia la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

149. Para lo cual, LOAPEH¹³², cita lo siguiente:

Artículo 39.- A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

III.- Establecer lineamientos y mecanismos de planeación, programación, presupuestación y evaluación en materia de salud;

VI.- Proponer la normatividad que debe regir al Sistema Estatal de Salud, de acuerdo a la política del Ejecutivo Estatal;

XVI.- Proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en las materias de salubridad general;

¹³² Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Hidalgo, disponible en http://www.congreso-idalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20Organica%20de%20la%20Administracion%20Publica%20para%20el%20Estado.pdf

XI. ESTUDIO DE LA REPARACIÓN DEL DAÑO

150. En el Modelo Integral de Atención a Víctimas de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas¹³³, reitera lo dispuesto por el numeral 5 de la citada LGV, y en consecuencia el Estado deberá remover los obstáculos que impidan el acceso real y efectivo de las víctimas a las medidas reguladas por dicha Ley, realizando acciones encaminadas al fortalecimiento de sus derechos, contribuir a su recuperación como personas en ejercicio pleno de sus derechos y deberes, así como evaluar permanentemente el impacto de las acciones que se implementen a favor de las víctimas.

151. El artículo 2.3 del PIDCP¹³⁴, establece la obligación del Estado de garantizar que a toda persona que se le haya violado algún derecho tenga acceso a un recurso efectivo, ante la autoridad competente, sea judicial o administrativa. Para que tal recurso exista, no basta con que esté previsto por la Constitución o la ley, o con que sea formalmente admisible, sino que se requiere que sea realmente idóneo para establecer si se ha incurrido en una violación a los derechos humanos y proveer lo necesario para remediarla.

152. Una de las vías previstas en el Sistema Jurídico Mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el Órgano Jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos; sin embargo, este estudio no es limitativo de conformidad con lo establecido en el artículo 1 párrafo tercero de la CPEUM¹³⁵ y su similar 2 fracción I de la LVEH¹³⁶, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas necesarias para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales, y en su caso, las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado; para lo cual, el Estado debe investigar, sancionar

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

¹³³ Modelo Integral de Atención a Víctimas de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas; <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127943/MIAVed..pdf>

¹³⁴ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A., el día 19 de diciembre de 1966. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf

¹³⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, México. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

¹³⁶ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

153. Igualmente la reparación del daño en el derecho mexicano, tiene su fundamento en el último párrafo del artículo 109 de la CPEUM¹³⁷ que a la letra establece:

“Artículo 109.

(...).

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes”.

154. No solo en la legislación federal está reconocido el derecho de las víctimas a que se les repare el daño causado por violaciones a los derechos humanos, sino que también está reconocido en el ámbito local, específicamente en la LDHEH¹³⁸ que en su artículo 84 párrafo segundo, determina:

“En el proyecto de recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos de los afectados”.

155. En el ámbito internacional, la Corte IDH ha observado un importante proceso evolutivo que ha fortalecido el régimen de protección de los derechos humanos respecto de la responsabilidad internacional de los Estados por actos internacionalmente ilícitos, desarrollada con un amplio esfuerzo por la Comisión de Derecho Internacional de Naciones Unidas, y plasmada en el memorable documento denominado *Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts with Commentaries*, que ilustra cuáles son las formas en que se debe resarcir a la víctima de la violación de derechos humanos con medidas entre las que se encuentran: 1) Cesar el acto, si este es un acto continuado; 2) Ofrecer seguridades y garantías de no repetición; 3) Hacer una completa reparación; 4) Restituir a la situación anterior, si fuere posible; 5) Compensación de todos los daños estimables financieramente, tanto morales como materiales; y 6) Satisfacer los daños causados que no son estimables financieramente.¹³⁹

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

¹³⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, México. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

¹³⁸ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes-lxiv.html

¹³⁹ Texto aprobado por la Comisión de Derecho Internacional en su quincuagésimo tercer período de sesiones, en 2001, y presentado a la Asamblea General como parte del informe de la Comisión sobre la labor de ese período de sesiones (A / 56 /10). http://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/commentaries/9_6_2001.pdf

156. Siendo aplicable al caso, lo dispuesto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones¹⁴⁰, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, debe ser proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

157. La reparación del daño en materia de derechos humanos debe ser integral, de tal forma que comprenda, entre otras cosas, la indemnización del daño material y moral causado, reconociéndose que el ideal para la reparación sería el restablecimiento de las cosas al estado al que se encontraban antes de las violaciones perpetradas; sin embargo, la afectación a la integridad personal en perjuicio de la persona agraviada impide, por el daño ocasionado por la omisión, restablecer la condición que tenían antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, de ahí que sea necesario establecer otras formas a través de las cuales pueda reparar a las víctimas, sin dejar de observar el enfoque diferenciado y si se pertenece a un grupo de atención prioritaria para su correcta reparación, entre las que se encuentran las siguientes:

A. Medidas de Rehabilitación.

158. Estas medidas se establecen para buscar ayudar a las víctimas y a sus familiares a hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 19 fracción II de la LVEH¹⁴¹, así como del numeral 21 de los Principios y Directrices Básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. **La rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.**

¹⁴⁰ Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, 60/147 Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005. Para consulta en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation>.

¹⁴¹ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

B. Medidas de Compensación.

159. Ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, de conformidad con el artículo 19 fracción III de la LVEH¹⁴², en el que se establece lo siguiente:

“**Artículo 19.** Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral del daño comprenderá:

...

III. La compensación: medida que ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho victimizante y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Esta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del hecho victimizante;” (lo resaltado es propio).

(...)

160. Consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño moral o inmaterial, como lo determinó la Corte IDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso.

161. Esta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, así como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

C. Medidas de Satisfacción.

162. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas

¹⁴² Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública; y e) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones. Por lo que en el presente caso resulta necesario se inicien los procedimientos administrativos respectivos en contra de las personas responsables, en atención al artículo 19 fracción IV de la LVEH.¹⁴³

D. Medidas de no repetición.

163. Las garantías de no repetición establecidas en los artículos 18 y 19 fracción V de la LVEH¹⁴⁴, consisten en implementar las medidas que sean necesarias, a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y, de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe actuar con un enfoque transformador el cual está establecido en el numeral 5 de la LGV y así adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas.

164. En tales circunstancias, resulta aplicable solicitar que se haga efectiva la reparación del daño, la indemnización y la rehabilitación a la víctima directa e indirecta, como parte de las consecuencias jurídicas aplicables al acreditarse violaciones a su derecho a no ser sometido a violencia institucional, derecho a recibir atención médica integral, derecho a la accesibilidad a los servicios de salud, derecho a la debida integración y resguardo de expediente clínico y derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica.

165. Incluso la SCJN se ha pronunciado a favor de medidas necesarias para reparar integralmente a aquellos que han sufrido violaciones a sus derechos humanos, siendo la **garantía de no repetición** una de ellas, que ha de incluir la promoción de la observancia de los códigos de conducta y de las normas éticas, en particular las normas internacionales, por las personas funcionarias públicas, inclusive el personal de las fuerzas de seguridad, los establecimientos penitenciarios, los medios de información, el personal de servicios médicos, psicológicos, sociales y de las fuerzas

¹⁴³ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

¹⁴⁴ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

armadas, además del personal de empresas comerciales¹⁴⁵. Siendo el pronunciamiento de la Corte el siguiente¹⁴⁶:

DERECHOS A UNA REPARACIÓN INTEGRAL Y A UNA JUSTA INDEMNIZACIÓN POR PARTE DEL ESTADO. SU RELACIÓN Y ALCANCE. El artículo 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de los particulares a obtener una indemnización en caso de que el Estado, a través de sus servidores públicos, cause un daño en su patrimonio, sea en el plano material o inmaterial, con motivo de su actividad administrativa irregular, mientras el párrafo tercero del artículo 1º constitucional prevé la obligación del Estado de reparar las violaciones a los derechos humanos. De acuerdo con lo anterior, quienes prueben haber sido dañados en su patrimonio con motivo de una actividad administrativa irregular del Estado, deberán acreditar que ésta constituyó una violación a un derecho o a diversos derechos humanos contenidos en la Constitución o en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, para poder ser "reparadas integralmente" y, en algunos casos, el estándar de "reparación integral" podrá alcanzarse mediante una indemnización, como lo prevé el párrafo segundo del artículo 113 constitucional, siempre y cuando no pueda restablecerse a la persona afectada a la situación en que se encontraba antes de la violación y la medida indemnizatoria o compensatoria sea suficiente para considerarla "justa". Sin embargo, si en otros casos la indemnización fuera insuficiente para alcanzar el estándar de "reparación integral", **las autoridades competentes deben garantizar medidas adicionales -como lo son las de satisfacción, rehabilitación o las garantías de no repetición- que sean necesarias y suficientes para reparar integralmente a las personas por los daños materiales o inmateriales derivados de la actividad administrativa irregular del Estado que impliquen violaciones a sus derechos humanos, en términos del párrafo tercero del artículo 10. constitucional** (lo resaltado es propio).

E. La restitución

166. Busca devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o la violación de sus derechos humanos en su justa y real dimensión, derivado del análisis y contexto de la víctima en comento.

167. La reparación adecuada, efectiva y rápida del daño sufrido, tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas de

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclassificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

¹⁴⁵ Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. 60/147. Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005.

¹⁴⁶ Época: Décima Época Registro: 2006238 Instancia: Primera Sala Tipo de Tesis: Aislada Fuente: Semanario Judicial de la Federación Publicación: viernes 25 de abril de 2014 09:32 h Materia(s): (Constitucional, Administrativa) Tesis: 1a. CLXII/2014 (10a.) Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/listado-resultado-tesis>

derechos humanos. La reparación debe de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.

168. Por lo tanto, habiéndose acreditado plenamente violación a los siguientes Derechos Humanos:

- I. Derecho a no ser sometido a violencia institucional;
- II. Derecho a recibir atención médica integral;
- III. Derecho a la accesibilidad a los servicios de salud;
- IV. Derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico;
- V. Derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica.

Y una vez agotado el procedimiento regulado en el título tercero, capítulo IX de la LDHEH, a usted Titular de la Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Hidalgo se le:

XII. RECOMIENDA

PRIMERO.- Se ofrezca una disculpa pública a la víctima directa Q1, la cual deberá efectuarse por conducto de la persona titular de la Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud en el Estado de Hidalgo, con la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad como víctima de violaciones a sus derechos humanos; lo anterior, a efectuarse en las instalaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, de conformidad con el “Protocolo de Disculpa Pública a las Víctimas de Violaciones a Derechos Humanos” de esta Institución, en un término no mayor a treinta días hábiles a partir de la notificación de la presente Recomendación.

SEGUNDO. En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Hidalgo, derivado de la responsabilidad institucional se proceda a la inscripción de Q1, en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente que incluya las acciones suficientes por la actuación del personal de la Secretaría de Salud, misma que contemple, una compensación justa y suficiente tomando en cuenta la gravedad de los hechos, en términos de la Ley General de Víctimas y Ley de Víctimas del Estado de Hidalgo y se le otorgue en su caso, atención psicológica; y se envíen a este Organismo las constancias con que se acredite su cumplimiento, en un término máximo de ciento veinte días naturales a partir de la notificación de la presente Recomendación.

TERCERO. Instruya a quien corresponda, a efecto de que en el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, se emprenda una investigación en contra de AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR1, personal médico señalado como responsable, y en su caso, dar inicio a los procedimientos legales respectivos para determinar la responsabilidad en que incurrieron para que en su momento, les sea impuesta la sanción a que se hubieren hecho acreedores, de conformidad con la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Hidalgo; apoyándose para ello con los argumentos y pruebas que sirvieron a esta Comisión como medios de convicción para la emisión de la presente Recomendación, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de ciento veinte días naturales a partir de la notificación.

CUARTO. Instruya por escrito al personal médico del Hospital General de Huichapan, en especial a AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR1, para que en el ejercicio de sus funciones den el debido cumplimiento a lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-024-SSA3-2010, relativas al "Expediente Clínico", con la finalidad de conocer el estado clínico y verificar la atención que se otorga a las personas usuarias, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de treinta días naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

QUINTO. Se desarrollen manuales, protocolos y lineamientos para la implementación de acciones que garanticen la atención psicológica y/o psiquiátrica a personas en duelo derivado de la atención médica recibida, tanto a la víctima directa como a la víctima indirecta, atendiendo a sus necesidades específicas, de manera gratuita, de forma inmediata y en un lugar accesible; remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de ciento veinte días naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

SEXTO. Girar instrucciones a quien corresponda, a fin de que el Hospital General de Huichapan, cuente con profesionales especializados de la salud para que brinden el servicio médico las veinticuatro horas de los trescientos sesenta y cinco días del año, debiendo contar con los insumos necesarios para proporcionar el servicio respectivo con calidad y oportunidad; además que el personal adscrito a dicho establecimiento, atienda en tiempo y forma las solicitudes generadas por el personal médico de dicho hospital, cumpliendo con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de sesenta días

naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

SÉPTIMO. Con la finalidad de garantizar las medidas de No Repetición de las conductas realizadas por el personal del Hospital General de Huichapan, se recomienda capacitar a todo el personal médico en temas de derechos humanos de las y los pacientes y su grupo familiar, en específico:

- a) Derechos y obligaciones de las personas gestantes.
- b) Perspectiva de género.
- c) Violencia obstétrica.
- d) Integración de expedientes clínicos.
- e) Lenguaje incluyente.
- f) Derecho al trato digno.
- g) Derechos humanos y no discriminación.
- h) Derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, corresponsabilidad, disponibilidad y calidad basado en el contenido de la Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal, el Manual de Llenado del Certificado de Defunción.

Lo anterior para sensibilizar a las personas servidoras públicas en el trato de respeto para con las personas que acuden a ese nosocomio, mismo que debe imperar en el ejercicio de sus funciones y sobre la importancia de satisfacer las demandas obstétricas de la población objetivo, con calidad y calidez, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de noventa días naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

OCTAVO. Se elaboren manuales, protocolos y lineamientos que garanticen la protección y el respeto de los derechos humanos tanto de las personas pacientes como de los profesionales de la salud. Estos protocolos deben incluir mecanismos claros para asegurar la transparencia y la adecuada comunicación, garantizando que toda indicación médica y procedimiento se registre de manera explícita en el expediente clínico; remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de ciento veinte días naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

NOVENO. Desarrollar e implementar campañas de sensibilización para la prevención de la violencia obstétrica y el autocuidado de mujeres y personas gestantes, todo ello con el objetivo de contribuir a la disminución de la posición que ocupa el Estado de Hidalgo a nivel nacional de muerte materna y fetal, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de sesenta días



naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

DÉCIMO. Designar a una persona servidora pública de esa Secretaría de Salud, que fungirá como enlace con esta Comisión de Derechos Humanos, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida o si la Secretaría de Salud tiene alguna modificación legal y/o administrativa a su sistema, deberá notificarse oportunamente a este Organismo, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de diez días naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

169. Notifíquese a la víctima directa y a las autoridades, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo¹⁴⁷; de igual manera conforme a las reglas del artículo 92 del mismo ordenamiento, publíquese en el sitio web de esta Comisión.

170. De aceptada la presente Recomendación, deberá hacerlo de nuestro conocimiento por escrito, en un plazo no mayor a **diez días hábiles** siguientes a la notificación de la presente; en caso de no ser aceptada, se hará saber a la opinión pública.

ATENTAMENTE

ANA KAREN PARRA BONILLA
P R E S I D E N T A

BEMR/RRM/CAHM

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

¹⁴⁷ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes-lxiv.html