

C. DR. VICTOR ELIER QUIROGA AGUIRRE
SECRETARIO Y DIRECTOR DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DEL ESTADO DE NAYARIT
P R E S E N T E.

LA COMISIÓN DE DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA EL ESTADO DE NAYARIT, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 101 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit; en relación con los artículos 1º, 15, 18 fracciones II y IV, 25 fracción VIII, 102, 103, 104, 105, 110 y demás relativos aplicables de la Ley Orgánica que la rige, ha examinado los elementos contenidos en el expediente número DH/364/2016, relacionados con la denuncia interpuesta por **Q1**, por actos violatorios de derechos humanos, cometidos en agravio de **V1**, consistentes **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** en la modalidad de **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** en la modalidad de **NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO**, atribuidas a personal médico del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit y personal adscrito al Hospital Civil “Antonio González Guevara”, ambos dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Nayarit; según los siguientes:

I. HECHOS

Con fecha 14 catorce de octubre del año 2016 dos mil dieciséis, este Organismo Autónomo recibió denuncia, vía comparecencia, por parte de la ciudadana **Q1**, por actos presuntamente violatorios de derechos humanos, cometidos en agravio de **V1**, consistentes en **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** en la modalidad de **NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO**, atribuidas a personal médico del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit y personal adscrito al Hospital Civil “Antonio González Guevara”, ambos dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Nayarit; pues al respecto, se expuso lo siguiente:

“(Sic)...Que fue el día viernes 14 catorce de octubre de 2016 dos mil dieciséis cuando llegamos mi hija, la de la voz y mi pareja sentimental al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y mi pareja y yo acompañábamos a mi hija ya que ésta tenía cita con su ginecólogo, porque éste la había programado para realizarle cesárea para el nacimiento de su bebé, citándola antes de las 13.00 horas de ese día el cual el citado ginecólogo no apareció a la hora acordada, si no hasta que le pedimos información a una enfermera y fue y lo buscó y ya que este la metió al consultorio y le dijo a mi hija V1, y a otra paciente que también había programado para cesárea al igual que a mi hija, que no contaban con bandejas esterilizadas para realizar la operación y la otra paciente se

retiró molesta, ya que a esta la tenían desde el día jueves 13 trece de octubre sin comer absolutamente nada; Nosotros nos quedamos esperando al ginecólogo como nos lo indico durante una hora, cuando de repente salió y nos dijo córrale antes de que nos ganen la bandeja en el quirófano, cuando entramos para que la prepararan me envió el doctor a comprarle unas cosas que necesitaba siendo esto tubo para cirugía, pañales y bisturí; Mi hija VI ingresó al quirófano a las 15:00 quince horas al quirófano y yo me quede sola en la sala de espera durante un par de horas , cuando llegó mi pareja y mi menor hija a las 18:45 horas aproximadamente y preguntaron por el estado de mi hija y les comente que aún no me daban razón, entonces mi pareja fue con la trabajadora social ya que es conocida de ella para que nos apoyara para saber el estado de mi hija y ya esta se introdujo y se informó, y ya salió y nos dijo que le había dicho el ginecólogo que todo estaba bien, que solo la dejarían en el quirófano porque no había camas para pasarla a recuperación, no habían pasado ni 10 diez minutos cuando el guardia salió y me pidió un medicamento para mi hija y formula para el bebe; fui y lo traje y ya que le di lo que me había pedido, paso media hora, cuando el guardia salió nuevamente y me comentó que entrará al área de toco porque el ginecólogo quería hablar conmigo, ingrese y en ese lugar el ginecólogo me informa que mi hija VI tenía una hemorragia incontrolable que ya le habían puesto un tapón pero que no dejaba de sangrar y tendría que quitarle la matriz para detener el sangrado; después de un buen rato que salio el doctor de otra operación fui a preguntar nuevamente por el estado de salud de mi hija y me comentaron que estaba bien para esto mi pareja ya había escuchado que a mi hija la trasladarían a la ciudad de Tepic y le pregunté al doctor y este me dijo que había salido bien y que todo estaba bien, sólo que la pasarían a Tepic porque en ese lugar no tenían lo necesario para sus cuidados, que la llevarían a terapia intensiva; De Santiago la trasladaron a las 11:30 de la noche al Hospital General de Tepic y donde según la atendieron en cuanto llegamos y en Toco me preguntaron varios datos de mi hija y me dijeron que esperara, después de esto ya no recibí información alguna, y al preguntarle a la trabajadora social ésta me decía que estaba estable y no fue hasta otro día o sea el día 15 de octubre que mi hija ya estaba en piso que podía pasar a verla, y en cuanto la mire le pregunté que como estaba, que como se sentía y ella me comento que tenía un dolor en el estomago y la enfermera me dijo que porque le estaban dando puro liquido, el cual fue orden del doctor y mi hija me dijo que me fuera a descansar un ratito que al cabo ella ya estaba bien, me retire del hospital a las 7:00 siete de la noche y otro día o sea el día 16 de octubre a las 6:00 de la mañana hable para preguntar como estaba mi hija y me dijeron que estaba un poco malita y lo que hice fue arreglarme un poco y me dirigí al hospital y cuando iba en camino mis familiares me dijeron que me apurara a llegar porque ellos veían muy mal a mi hija, cuando llegue mi hija ya había tenido un paro cardiaco, entre sin permiso y mire a mi hija en una camilla y varias personas a su alrededor luchando por revivirla y le pregunte a mi yerno que qué había pasado y éste me dijo que cuando él se le acercó a mi hija él le hizo una pregunta y esta no le contestó pues se desplomó y que cuando este la abrazo sintió su brazo mojado y le metió la mano a su espalda y la tenia empapada de sangre y fue entonces cuando ella recibió la atención medica; Luego de un rato salió un doctor y me comentó que ella seria nuevamente intervenida, me hicieron firmar unas hojas que eran la autorización para intervenirla, la pasaron a quirófano y media hora

después salio el doctor y me informo que mi hija había fallecido, después de esto y de varias horas y cambiar el acta de defunción varias veces me entregaron su cuerpo y ya eran como las 10:30 de la noche llegamos con sus restos a Tuxpan y la llevaron a la funeraria a que la prepararan y ya que la llevaron a nuestro domicilio un compadre de mi hija V1 y que trabaja en la funeraria Sipref de Tuxpan Nayarit, nos comento que el muchacho que la había preparado le había dicho que qué le habían hecho a mi hija pues aparte de venir abierto, cuando la estaban lavando le salía muchísima pus de su parte íntima y que a el se le hacia muy poco tiempo para que se estuviera descomponiendo...”.

II. EVIDENCIAS

En el presente caso las constituyen:

1. Acta circunstanciada de fecha 28 veintiocho de octubre del 2016 dos mil dieciséis, practicada por personal de actuaciones de esta Comisión Estatal, de la cual se desprende la denuncia realizada por la ciudadana **Q1**, por actos violatorios de derechos humanos, cometidos en agravio de **V1**, consistentes en **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** en la modalidad de **NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO**, atribuidas a personal médico del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit y personal adscrito al Hospital Civil “Antonio González Guevara” , ambos dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Nayarit.

2. Oficio número 1194/2016, signado por el Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara”, mediante el cual remitió a esta Comisión Estatal, informe clínico e historial clínica de quien en vida llevara el nombre de **V1**, así como los nombres del personal médico que intervino en la atención de la paciente ya mencionada.

En relación al personal médico que intervino en la atención médica de **V1**, al momento de ingresar al Hospital General “Antonio González Guevara”, el mismo se establece a continuación, en primer término se plasma el personal médico tratante y posteriormente el de enfermería:

Personal médico:

- A1 (Ginecóloga), con numero de cédula 1647952
- A2 (Ginecólogo), con número de cédula 2623165
- A3 (Ginecóloga), con número de cédula 1647784.
- A4 (Médico Internista), con número de cédula 6355171.
- A5 (Anestesiólogo), con número de cédula 3212208.
- A6. (Médico Internista), con número de cédula 16118 30.
- A7 (Médico Internista), con número de cedula 4849795.

Personal de enfermería.

- A8(Jefa de Servicios), con número de cedula 9453887.
- A9, cédula en trámite.
- A10, con número de cédula 5064131.
- A11, con número de cédula 7346211.

- A12, cédula en trámite.
- A13, cédula en trámite.
- A14, con número de cédula 5843359.

El resumen médico remitido a este Organismo Autónomo, por parte del Hospital Civil “Antonio González Guevara”, señaló lo siguiente:

“(SIC)... VI expediente 34-552 (Datos extraídos del expediente clínico).
Edo. civil. Unión libre.
Ocupación: Hogar
Escolaridad: preparatoria
Lugar de Residencia: Tuxpan Nayarit.

23 años talla 156 peso 121 Kgs TA118/64 FC98 FR 22

Hoja de referencia: Hospital de Santiago Ixc. SSN
Viernes 14 de octubre 2016 21 horas Urgencia (si)
Paciente Secundigesta de 23 años con embarazo de término/producto macrosómicos/
trastorno hipertensivo./obesidad mórbida (156 talla y 121 kg con índice de masa
corporal de 49.7).

Se realizó cesárea en el Hospital de Santiago, presenta hemorragia por atonía uterina, se coloca balón de bakri, sin mejoría del sangrado, se decide histerectomía, se inicia hemotransfusión, paciente que requiere continuar su manejo en Unidad de Cuidados Intensivos, motivo por el cual se refiere al hospital civil de Tepic, ya que no contamos con dicho servicio.

Se envía con dos vías, una con solución Hartmann y otra vía para transfusión del 3er paquete globular. Enviada en ambulancia.

Ingreso a Toco cirugía del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara

El sábado 15 octubre a la 1 am.

AHF: Negados

APNP: Habita casa propia, la cual cuenta con servicio básico, agua, luz, fosa séptica, niega tabaquismo, niega alcoholismo.

PP. Hipertensa diagnosticada desde el primer trimestre, tratada con alfametildopa 250 mg. Cada 8 hrs. obesidad mórbida.

AGO M13 30x5 IVSA 18 años 2 parejas sexuales. GII PI CI hijos vivos 2, si amamanto a su primer hijo por 2 años. En este embarazo se realizó VRL, se aplicó TD.

Fecha de ultimo parto: 30 de septiembre del 2012, atendida en el Hospital Civil de Tepic, a las 10:21 obteniéndose recién nacido masculino de 39.6 semanas, talla 56 cm, recién nacido de 4420 gramos Apgar 9.

Según constancia en expediente 34-552 **en esa ocasión presento hemorragia obstétrica que cedió con medidas médicas.**

Cesárea – Histerectomía en Hospital de Santiago. **Hemorragia Obstétrica.**

Motivo de envió para manejo en cuidados intensivos. Sangrado de 2200 y se hemotransfunden 3 paquetes globulares. Fue colocado Pen-rose.

Paciente somnolienta, pálida, con adecuado estado de hidratación FR 22, FC 98.

Abdomen globoso, tejido adiposo grueso. Pen-rose en Fosa Iliaca Derecha, gasto hemático obscuro de 100 cc. Genitales sin sangrado transvaginal activo, pulsos presentes, no edema y Reflejos Osteotendinosos normales.

Plan. Solicitar BH completa, grupo RH, TP, TPT, QS.

Valoración por Unidad de Cuidados Intensivos

Cruzar paquetes globulares y 3 plasmas frescos congelados

Diagnostico integral. Puerperio quirúrgico inmediato patológico

Hemorragia obstétrica

Pos operada de Cesárea Histerectomía subtotal por Atonía Uterina

Choque hipovolémico grado IV

Hipertensión crónica / Obesidad mórbida PX: reservado. Alto riesgo de complicaciones.

Octubre 15 2016 2:15 am. Valoración por Unidad de Cuidados Intensivos

Temp. 36°C FC 101 latidos x minuto. Fr 18 VPM TA 132/88 mm. Hs SPO2 97% (saturación de oxígeno)

Sugiere mayor soporte con fluido terapia parenteral, sugiere incrementar aporte, optar por solución salina, suplementar magnesio en las mismas y administrar un gramo de gluconato de calcio tras la administración del 4º hemoderivado.

Por el momento sin criterios para ingreso a UCI.

Se decide que la paciente quede en Toco cirugía.

15 X 2016 08:00

101/61 MM Hg FC 99 x FC22 x min.

Laboratorios de control. 00:34 hemoglobina 10.9g/dl hct 33.7 plaquetas 191 leucos 19.75 glucosa 139, creatinina 0.64 GS O positivo, creatinina 0.64 Na 136 K 4.7 CI 102 BT 1.2 BD 0.8 TGO 21 TGP 13 DHL 497 ácido úrico 7.5 TP 11.5 TPT 22.9

15 08 2016 17:00 hrs 130/62 96 FC FR 21 Temperatura 36.8

Paciente con signos vitales en parámetros normales, uresis de 220 cc, bajo efecto de diurético, refiere tos previa cirugía, así como odinofagia, por lo que se agrega ambroxol.

Hoja de enfermería

107/61 118/61 12 hrs 130/62 13 hrs 130/60 14:00 hrs 130/64 16:00 130/62 19HRS 110/60 22 HRS A LAS 06:AM 112/52 138/88 148/90 140/90 138/90 138/90 140/90 140/90 140/90 140/90 140/88.

15:00 – 16:00 HRS SATURACIÓN 96% LAS 22 hrs.

*Diuresis de 8:00 am a 13 hrs 170 ml. De las 22 hrs a las 6 am 700 ml de diuresis *(Turno nocturno)*

Hoja de enfermería.

Sangrado por Pen rose de las 8 am a las 13 hrs. 350 ml. en total.

Sangrado por Pen-rose 15 hrs 100 ml. 18 horas 30 ml.

Sangrado por Pen-rose de las 22 hrs a las 6:00 am 50 ml.

Se decide pasar a piso, vigilancia y monitoreo.

16/10/2016 8:00 am. Evolución Paciente en área de Hospitalización cama 186

La paciente refiere dolor en herida quirúrgica, tos y odinofagia, tolera líquidos, niega cefalea, niega datos de bajo gasto. Se mantiene sin antihipertensivos en estos momentos. El gasto por penrose es de 30 cc.

Urosis en turno nocturno de 700 cc, con tasa urinaria de 0.5 ml/kg/hr.

Hemoglobina del día de ayer 6.9 g/dL, se indica un concentrado eritrocitario.

No hay evidencia de sangrado por pen rose ni por vagina.

Se solicitan nuevos controles

Nueva interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos para revaloración y manejo conjunto.

PLAN: Vigilancia estricta del estado hemodinámico

Interconsulta a UCI posterior a controles bioquímicos

Perfil pre eclámpico con electrolitos de control.

Paciente altamente complicable por factores de riesgo, tales como obesidad mórbida, hipertensión arterial y antecedente de hemorragia obstétrica.

Nota Médica

16 X 2016 12 hrs 60/40 FR 35

Datos de choque hipovolémico.

Presenta paro cardiorrespiratorio en el área de piso, y se inicia medidas de RCP por parte del servicio de medicina interna y UCI RCP avanzada con 3 ciclos, se administra 3 adrenalinas, atropina, se documenta fibrilación ventricular, recibe descargas eléctrica 200j, revirtiendo a sinusal, se obtiene, pulso carotideo, nos e detecta TA, FC 140 por telemetría, oximetría 93%. Durante la situación, no se logra canalizar acceso venoso central. Se documenta sangrado por vía vaginal y Pen rose. Paciente ingresa quirófano muy grave – Bajo anestesia general balanceada se procede a:

Laparotomía exploradora.

Hallazgo: hemoperitoneo 1200 ml.

Hematoma disecante hacía ligamento infundibulopélvico, muñón sangrante de ligamento ovárico.

Pared lateral.

Durante el acto quirúrgico presente paro-cardiorespiratorio, se dan 4 ciclos y no hay respuesta

Hora de muerte 14:50 horas.

No. Certificado MM 160491374

DX. choque hipovolémico irreversible

Hemorragia

Histerectomía Obstétrica

Parte II Obesidad Mórbida

Hipertensión arterial crónica

(firma ilegible cedula 985620)...”

3. Oficio número 218/2017 suscrito por el Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Nayarit, mediante el cual remitió a este Organismo Autónomo copias del expediente clínico de quien en vida respondiera al nombre de **V1**, relativo a la atención médica que recibió por el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit.

4. Oficio UAJ/250/2017 signado el 05 cinco de abril del 2017 dos mil diecisiete, por el Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Nayarit, mediante el cual remitió a esta Comisión Estatal, resumen clínico de la atención médica brindada, en el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, a la paciente **V1**; copias certificadas del

expediente clínico respectivo, así como la información que le fue requerida sobre el número de quirófanos que se encontraban funcionando al momento de la atención médica de la paciente, para lo cual se especifico que sólo 1 un quirófano se encontraban funcionando en ese momento, debido a que no se contaba con autoclave; remitiendo a su vez, los nombres de todo el personal que participó en la atención de la agraviada, y por ultimo, que dicho nosocomio, no estaba catalogado como Hospital SI mujer en el Estado.

5. Acta circunstanciada del 26 veintiséis de abril del año 2017 dos mil diecisiete, en la que se hizo constar la declaración testimonial, rendida ante personal de actuaciones de este Organismo Local, por parte de la ciudadana **P1**, quien en relación a los hechos denunciados, manifestó:

“(Sic)...Que fue el día 14 catorce de octubre de 2016 dos mil dieciséis cuando la de la voz en compañía de Q1 y de su hija V1 nos trasladamos de Santiago Ixcuintla, al Hospital General porque tenía cita para realizarle Cesárea y dicha cita era a las 13:00 horas y V1 ya era el segundo parto que tenía y la de la voz y mis acompañantes llegamos a las 12:30 del día aproximadamente y dicho ginecólogo el cual no supe su nombre no se encontraba y éste llegó como a las 14:00 horas, una hora más tarde de lo previsto; llegando le hablé a V1 y a otra persona también embarazada y les paso al consultorio a las dos juntas, y esto fue para decirles que no realizarían la Cesárea porque no contaban con charola quirúrgica, cosa que molesto a Q1 y le dijo que como era posible que no contaran con el material, si ella ya estaba programada para dicha cirugía y entonces el doctor cambio de parecer y dijo que nos esperaríamos que él conseguiría el material, y después de una hora regreso y dijo que nos apuráramos porque si no nos ganaban la charola, la de la voz me retiré unos instantes del lugar, donde atendían a V1, pero regresando me di cuenta que Q1 había comprado material para la atención de V1, yo me tuve que retirar para venir a Tuxpan y V1 ya estaba en el quirófano y ya eran las 3:30 de la tarde y regrese a las 6:45 de la tarde nuevamente al Hospital General de Santiago y llegando le pregunté a Q1 por el estado de V1, y si ya había nacido la niña, y me comentó que todavía no le daban ninguna razón, por lo que me fui a buscar a una conocida que trabaja en el hospital y es trabajadora social, y ya le comenté que no nos daban razón de V1 y ella se fue a preguntar por ésta y ya volvió y comentó que la bebé ya había nacido y que ambos estaban bien, y eso le había comentado el ginecólogo y fui con Q1 y le dije lo que me comento mi amiga y como a los diez minutos le habló el guardia a Q1 y le comento que le comento que le comprara un medicamento y formula para la niña y ya era como las 7:30 de la noche, la de la voz me salí fuera del Hospital y escuché que una enfermera que el comentaba al chofer de la ambulancia que no se moviera porque iba a trasladar a una paciente que estaba en el quirófano y estaba muy grave que nada mas la estabilizarían porque sino no alcanzaría a llegar al Hospital de Tepic, entonces lo que hice fue comentarle lo que había escuchado y en esos momentos salió el guardia y le hablo a Q1 nuevamente y ella se fue para donde esta el quirófano y ya el ginecólogo le dijo que tenía que extirparle la matriz, porque tenía una fuerte hemorragia, ya que la matriz no había cerrado bien; yo nuevamente me tuve que venir a Tuxpan, para traerme a la recién nacida y se vino conmigo P2 la cual es hija de Q1, y nos la dieron porque no podían llevársela en la ambulancia a Tepic,

llegamos como a las 10:30 de la noche a Tuxpan, y llegando le hablé a Q1 y me comentó que ya estaba en el Hospital en Tepic y que cuando llegaron se dio cuenta que su hija tenía un charco de sangre y de esto la doctora que las acompañaba nunca se dio cuenta y ya el día 15 quince de octubre de 2016 dos mil dieciséis tome un autobús a las 5:00 de la mañana aquí en Tuxpan y me fui a Tepic, llevándome conmigo a la bebé, llegué como a las 7:30 de la mañana al hospital civil y pregunté sobre el estado de V1 a Q1 y esta me comentó que aún no le daban razón, que le habían dicho que sino le daban razón es porque todo estaba bien y ya como a las 11:00 de la mañana llegó una conocida de Q1 y ofreció a su hija para que se quedara a cuidar a V1 y Q1 se fuera a descansar y ya como a las 05:00 cinco de la tarde informaron que había pasado a piso a V1 y nos dejaron pasar a verla y aprovechamos para llevarle a su bebé y esta me dijo que le acomodara a su bebé para darle de comer y le dije que como se sentía y me dijo que muy cansada y le dije que a lo mejor por la sangre perdida y le dije que si nos llevábamos la niña y dijo que no que ella la quería con ella y le comentó a su mamá que se fuera a descansar que ella ya se sentía bien y ya nos retiramos a descansar y ya el día 16 de octubre muy temprano le hablaron a Q1 que diciéndole que se fuera al hospital rápido porque V1 estaba un poco mal y quien estaba era P3 y estaba muy asustada, llegamos al hospital lo más pronto que pudimos y entró Q1 a ver a V1, ya que yo estaba acomodando la camioneta y cuando llegue a donde la tenían ya no me dejaron entrar y sólo dejaron a los familiares de V1 y comento el guardia que no podía entrar porque había una paciente grave y le dije que quien era y me dijo el nombre y le dije que era mi familiar y el guardia me dijo pásele porque a lo mejor a su paciente no la encuentra viva y ya me acerqué pero no pude verla, porque la estaban tratando de estabilizar los doctores y a los 20 minutos nos sacaron porque tendrían que ingresarla al quirófano y media hora después de su ingreso unas personas que estaban acompañándonos nos manifestaron a la de la voz y a Q1 que un médico había dicho que para V1 no había muchas esperanzas que sería un milagro si ella resistía y que fuéramos agarrando fuerzas; un tiempo después y siendo aproximadamente entre las 12:30 a 13:30 nos dieron la noticia de que V1 había fallecido; quiero manifestar que la de la voz nunca estuve de acuerdo de la forma en que trataron a V1 desde el hospital general de Santiago ya que cuando se perdía información de la misma le decían a Q1 que todo estaba bien, cuando la realidad era otra, omitiendo información de vital importancia y en Tepic sucedió casi lo mismo, porque según V1 estaba bien y nunca fue cierto; también manifiesto que la orden del doctor de Santiago era que V1 estuviera en Terapia Intensiva y ella nunca estuvo en ese lugar y esto la llevo hasta la muerte...”.

6. Copia de información otorgada por los Servicios de Salud de Nayarit, a través de volantes en los que se establecen los datos de alarma obstétrica; carnet perinatal expedido a **V1**; Historia clínica perinatal-base; y copia de la cartilla nacional de salud expedida a la agraviada en mención.

7. Acta de defunción a nombre de **V1**, expedida el 17 diecisiete de octubre del 2016 dos mil dieciséis, por la autoridad civil competente.

8. Oficio número 588/2017, suscrito el 24 veinticuatro de mayo del 2017 dos mil diecisiete, por el Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González

Guevara”, mediante el cual se remitieron copias certificadas del expediente clínico radicado en dicho nosocomio a nombre de **V1**.

9. Acta circunstanciada del 07 siete de octubre del 2017 dos mil diecisiete, en la que se hizo constar la declaración testimonial, rendida ante este Organismo Local, por parte del Doctor **A15**, quien en relación a la atención médica brindada en el Hospital General de Santiago Ixcuintla a la paciente **V1** manifestó: *“...que el de la voz soy Medico Especialista en Ginecología y Obstetricia, y en el mes de Octubre del año 2016 dos mil dieciséis, entro al turno de las 20:00 veinte horas en el Hospital de la Secretaria de Salud de Santiago Ixcuintla, Nayarit, por lo que me presento en el servicio de recuperación y me informa el doctor A16, que tiene una paciente con una hemorragia uterina y que había agotado todos los procedimientos para controlar la hemorragia y lo último que hicieron fue el procedimiento de Balón de Bacri, y me menciona que la van a pasar a cirugía para hacer histerectomía, y el de la voz le propuso que si gustaba que si entraba de ayudante, y permanecí en todo el procedimiento y el cual se realiza sin aparente complicaciones el sangrado se remitió y revisamos que ya no hubiera sangrado y se termino el procedimiento quirúrgico y la paciente a lo que miramos se encontraba estable, y el doctor A16, me comento que la iban a remitir al Hospital General de Tepic, Nayarit, para continuar manejo en terapia intensiva ya que el Hospital de Santiago, Ixcuintla, no cuenta con dicho servicio....”*

10. Acta circunstanciada del 07 siete de noviembre del 2017 dos mil diecisiete, en la que se hizo constar la declaración rendida ante este Organismo Local, por parte del Doctor **A16**, quien en relación a la atención médica brindada en el Hospital General de Santiago Ixcuintla a la paciente **V1**, manifestó:

“Que en mi calidad de autoridad responsable, en este momento presento por escrito mi declaración, la cual en este momento la ratifico en todas y cada una de sus partes, reconociendo como propia la firma que aparece al calce y margen del escrito respectivo; acto continuo, el ciudadano A16, señala no tener manifestación alguna sobre los hechos que fueron motivo de queja; por otro lado, en este acto se procede a realizarle las siguientes preguntas, 1. Diga si la paciente VI se encontraba programada para cirugía de cesárea? Respuesta: No tengo programación por falta de tiempos quirúrgicos, yo no programo pacientes, por lo cual insisto que no estaba programada, pero debido a que yo llevaba su control de embarazo durante el mismo sólo le dije que en su momento ocuparía cesárea, debido al feto grande edad gestacional, y cuando la valore ya estaba con trabajo de parto, posteriormente en Toco Cirugía ya con 3 centímetros de dilatación se le practico una amniotomía, y ya tenía meconio, el bebé ya estaba sufriendo, o sea riesgo de perdida de bienestar fetal, y por eso fue la cirugía; en esa ocasión quiero decir que yo lleve su consulta de control y de ahí envió a urgencias para ingresar a Toco Cirugía. 2. Cual fue el diagnostico de ingreso de la paciente? Embarazo de 39 semanas de gestación más pródromos de trabajo de parto más obesidad; Consideró necesario el traslado de la paciente a un hospital de segundo nivel, como lo es el Hospital Civil de Tepic? Respuesta. No porque presentó un cuadro de emergencia, por el riesgo de perdida de bienestar fetal. 4. Contaba con los insumos necesarios para practicar la cirugía de cesárea, como bultos quirúrgicos, instrumental quirúrgico, espacios quirúrgicos, personal de

enfermería, anestesiólogos, e insumos? Respuesta: Que me reserve el derecho a contestar la presente pregunta. 5. Cuales fueron los criterios de traslado de la paciente a terapia intensiva al hospital civil? Respuesta. Toda paciente con hemorragia obstétrica debe referirse a una unidad de cuidados intensivos y por el sangrado masivo tenía que referirse a esta paciente, puesto que el hospital general de Santiago Ixcuintla, carece de unidad de cuidados intensivos. 6. Recuerda la hora de traslado de la paciente y personal que acompañó tal traslado? Respuesta. Aproximadamente a las 22:30 veintidós horas con treinta minutos, pero no recuerdo que personal acompañó dicho traslado. 7. Conoce usted el motivo o causa del porque no fue recibida la paciente en Terapia Intensiva del Hospital Civil de Tepic, Nayarit? Respuesta. Desconozco los motivos...”.

11. Oficio sin número, suscrito el 07 siete de noviembre del año 2017 dos mil diecisiete, por el Medico Ginecólogo y Obstetra, **A16**, mediante el cual rindió el informe que le fue requerido por este Organismo Autónomo, en torno a la atención médica brindada a quien en vida respondiera al nombre de **V1**.

12. Acta circunstanciada del 21 veintiuno de noviembre del 2017 dos mil diecisiete, en la que se hizo constar la declaración rendida ante este Organismo Local, por parte del Médico Internista **A4**, quien en su calidad de autoridad presunta responsable manifestó lo siguiente: “...*que desde marzo del año 2016 dos mil dieciséis, me desempeño como Médico Internista Internista adscrito al área de Terapia Intensiva del Hospital Civil de esta ciudad de Tepic, Nayarit, con un horario de trabajo de las 20:00 veinte a las 08:00 ocho horas, ello, los días lunes miércoles y viernes. Y es el caso que el día 15 quince de octubre del año 2016 dos mil dieciséis, valoré a la paciente V1, misma que se encontraba en el área de Tococirugía, y determiné que en base a su condición de salud no requería ser atendida en el área de cuidados intensivos, dado que los parámetros hemodinámicos se encontraban normales y estables, como así se asienta en las notas clínicas. Además de que las prioridades de ingreso de los pacientes se establecen en función de los fallos de los sistemas orgánicos del paciente y de lo que el mismos se pueda beneficiar con su estancia y atención en dicha área, no existiendo normatividad especifica que determine los criterios de ingreso a cuidados intensivos, pues cada hospital debe determinar los criterios de ingresos a terapia intensiva. Al caso, quiero agregar que el Hospital Civil en comento, aún cuando el área es denominada como de cuidados intensivos, ésta conforme a su equipamiento e infraestructura corresponde a una unidad de cuidados intermedios, pues por ejemplo, no cuenta con especialistas en todos los turnos, ni cuenta con el equipo electromédico suficiente para que se constituya con un área de cuidados intensivos. En el caso concreto la paciente V1 no ingreso a dicha área, a pesar de venir referida del hospital de Santiago, Ixcuintla, Nayarit, por que, como se asiente en las notas correspondientes al 15 quince de octubre del año 2016 dos mil dieciséis“ ...por el momento sin criterios para ingreso a UCI...” siendo todo lo que deseo manifestar al respecto...”.*

13. Acta circunstanciada del 29 veintinueve de noviembre del 2017 dos mil diecisiete, en la que se hizo constar la declaración rendida ante este Organismo Local, por parte del Médico Ginecóloga Obstetra **A1**, quien en su calidad de autoridad presunta responsable manifestó lo siguiente: “...*que*

una vez que se me han puesto a la vista la totalidad de constancias y actuaciones que integran el expediente de queja número DH/364/2016, dentro del cual se encuentra el expediente clínico relativo a la atención médica proporcionada a la paciente VI, y enterada de su contenido pues se me permitió el acceso total a ello, quiero declarar que: Respecto a la razón por la cual la paciente VI no ingresó a Cuidados Intensivos, aún cuando así venía referida, es por la razón que se aplicó el “Protocolo de Manejo de Pacientes” en cual indica que la paciente debe ser valorada, en este caso por Gineco-Obstetricia y de ahí determinar si la paciente es o no susceptible de ser valorada por otra especialidad como la de cuidados intensivos. Por lo que no es posible su ingreso de manera directa, aún así venga referida. Y en el caso de la paciente VI, una vez que la valoré realicé interconsulta a cuidado intensivos, área que una vez que revisó y valoró a la paciente, según nota de fecha 15 quince de octubre del 2016 dos mil dieciséis, a las 02:15 cero dos horas con quince minutos, determinó que ésta no tenía criterios para su ingreso a UCI.

Ahora bien, quiero señalar que la paciente VI, se encontraba a mi cargo, a cargo de la Dra. A3 y el Dr. A2, todos Ginecólogos del turno. Y como consecuencia de la interconsulta que realicé al área de cuidados intensivos, y de ser valorada la paciente por el Dr. A4 de Medicina Interna, éste cambió un poco el manejo, como consta en su nota de fecha 15 quince de octubre del 2016 dos mil dieciséis

En cuanto a la Nota por Defunción, que carece de fecha y hora, y que se encuentra firmada por el Dr. A2 y la suscrita, ésta no la realicé yo, sino que ésta fue elaborada por un Residente de Gineco-Obstetricia, sin recordar el nombre, desconociendo por que no pusieron esos datos, así como también omitieron asentar al grado del choque hipovolémico que presentaba la paciente, que era de grado IV, y también desconozco por que asentaron en esta nota, con tinta y letra distinta “hipotonía crónica”.

En cuanto al formato de “Historia Clínica”, que carece de hora, éste es también elaborado por los Residentes, sin que yo conozca porque razón no pusieron la hora en que éste fue elaborado.

En cuanto a la “Nota de Trabajo Social” de fecha 16 de octubre del año 2016 dos mil dieciséis, que firma A17, que como Trabajadora Social asentó que a las 17:15 diecisiete horas con quince minutos de esa fecha desconocía que la paciente VI había fallecido, desconozco porque lo asentó así, pues es ella la que debe buscar esa información, y no conozco de alguien que en específico deba de avisarle de casos como éste...”.

14. Oficio número SM/02/18 suscrito el 12 doce de febrero del año 2018 dos mil dieciocho, por la Médico Legista designada por esta Comisión Estatal, mediante el cual rindió dictamen médico respecto del expediente clínico de la paciente **VI**; mismos que se realizó en el sentido siguiente: “...Siendo el día 09 nueve de mayo del dos mil dieciséis siendo las diez horas con treinta minutos, se encuentra hoja de referencia como no urgente a nombre de **VI**, con número de expediente 816 ochocientos dieciséis, edad 23 años, sexo femenino, cuenta con seguro popular, con domicilio en calle Morelos y Agustín Melgar número 531, de Tuxpan Nayarit. Unidad que refiere C.S. Tuxpan; se ignora a la unidad que refiere; servicio al que envía ginecología y obstetricia. Motivo de la referencia con resumen clínico: se trata de paciente femenina de 23 años de edad secundigesta con embarazo de 16.3SDG por FUM, la cual acude a control prenatal a este módulo, misma que ha referido cefalea moderada y dorsalgia de una semana de

evolución, a la EF: tranquila, consiente, orientada, con buena hidratación oral, cardiorrespiratorio sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero gestante y panículo adiposo con PUV libre con FCF 14° ciento cuarenta por minuto, sin pérdidas transvaginales, extremidades íntegras, sin edema, ni ulceraciones, se envía para revisión por especialista y tratamiento especializado. Signos vitales con pulso 92X^{''}, temperatura 36°C, respiración 20X['], tensión arterial 140/60 mmHg. Impresión diagnóstica secundigesta con embarazo de 16.2 SDG por FUM, hipertensión arterial. Tratamiento otorgado, ácido fólico tabletas de .4 mg 2X1 VO, fumarato ferroso tabletas de 200 mg 1X1 VO, paracetamol 500 mg tabletas 2X3 PRN. Se aprecia firma del responsable de la unidad médica, sin embargo, no se plasma el nombre del médico.

10 diez de mayo del dos mil dieciséis siendo las quince horas con veinte minutos, refiere la nota de urgencias gineco-obstétricas del Hospital General de Santiago Ixcuintla, a paciente VI, edad 23 años, sexo femenino, padecimiento actual, femenina de 16.4 semanas de gestación referida de CS Tuxpan por referir cefalea y opresión torácica. AGO: FUR: 15-01-16, edad gestacional a la fecha: 16.4 SDG, G: 2, P: 1; producto con mayor peso: 4,020. Antecedentes de importancia para el padecimiento actual: alergias negadas, niega DMT2, HAS, ácido fólico y fumarato ferroso. Signos vitales solo se registra TA: 120/80, FC: 72 por minuto, FR: 20, temperatura 36.5°C. estado general bueno, hidratación bueno, sin palidez, consiente, se ignora peso y talla. Cardiopulmonar son alteraciones, cardíaco rítmico, útero globoso por panículo adiposo, transvaginal diferido. Impresión diagnóstica: secundigesta embarazo de 16.4 SDG, probable trastorno hipertensivo. Auxiliares diagnósticos: perfil toxémico. Plan: valoración por GYO. Pronóstico: reservado a evolución. Se ignora nombre de médico.

10 diez de mayo del dos mil dieciséis siendo las quince horas con veinte minutos refiere la nota de urgencias gineco-obstétricas del Hospital General de Santiago Ixcuintla, a paciente VI, edad 23 años, sexo femenino, padecimiento actual refiere paciente femenina de 16.4 SDG referida de CS Tuxpan por referir cefalea y opresión torácica. AGO: FUR: 15/01/16, edad gestacional a la fecha 16.4, G: 02, P: 01, resto negado, producto con mayor peso: 4020. Resto de antecedentes no se plasman en la nota. Otros antecedentes de importancia para el padecimiento actual alergias negadas, DMT2 negado, HAS negado, ac. Fólico, fumarato ferroso. Exploración física: peso y talla se ignora. TA: 120/80, FC: 72, FR: 20, temperatura de 36.5°C. buen estado general, hidratación buena, no palidez, consiente, cardiopulmonar sin alteraciones, cardíacos rítmicos, útero globoso por panículo adiposo. Transvaginal diferido. Impresión diagnóstica: secundigesta embarazo de 18.4 SDG y probable trastorno hipertensivo. Auxiliares de diagnóstico: perfil toxémico. Plan: valoración por ginecología. Pronóstico reservado a evolución. Se ignora nombre de médico, puesto que no es legible. La nota de valoración por especialidad con fecha del día 10 diez de mayo del dos mil dieciséis, siendo las 16:52 dieciséis horas con cincuenta y dos minutos y con tensión arterial de 155/95, refiere paciente femenina de 23 años de edad, la cual acude en estos momentos asintomática, acude referida por presentar el día de hoy TA elevada de 140/90 y acudió el día de ayer con TA de 140/95 mmHg, TA urgencias 120/80 mmHg. Se realiza perfil preclámpico con HB 12.4, Hcto 37.9, plaquetas 194 mil, leucos 7.9, glucosa 103, creatinina 0.4, TGO 179, TGP 17.2, DHL 30.1, ácido úrico 4.3, EGO: proteínas 25 mg, leucos 30-50 por campo, bacterias abundantes, con FUM 15/06/16. USG FCF 156 por

minuto, 16.4 SDG, PCP 61, ILA normal. EF: obesidad mórbida, transvaginal sin pérdidas transvaginal, ROTS normales. Impresión diagnóstica embarazo de 16.4SDG + IVU + hipertensión arterial sistémica. Plan: datos de alarma. Cita abierta a urgencias. Cita a CE en 29 de junio del 2016. Alfametildopa 250 mg cada 8 horas, recolección de orina por 24 horas, con proteínas. Perfil preeclámptico completo. Toma diaria de tensión arterial y reportar con coloración por médico de control de salud. Cefalexina 500 mg VO cada 8 horas por siete días. Pronóstico reservado a evolución. Firma Dr. A16.

29 veintinueve de junio del dos mil dieciséis, siendo las dieciséis horas, la nota médica de ginecología refiere paciente femenina de 23 años de edad, G: 2, P: 1, con embarazo de 23 SDG por FUM, acude asintomática, movimientos fetales, tensión arterial de 124/61 mmHg, y 116/65 mmHg. 29/06/16 TGO 33, TGP: 16, cuantificación de 24 horas de 149; Hb 10.9, hct 36, plaquetas 191, leucos 77, EGO sin proteínas en orina en 24 horas. USG 25 SDG, 858 gr, FCF 156/pm. IDX: embarazo de 23.4 SDG más hipertensión arterial sistémica. Plan solicito perfil preeclámptico, proteínas en orina de 24 horas. Cita abierta a urgencias. Cita en un mes, pronóstico reservado a evolución. Se aprecia firma al calce de la nota, se ignora nombre del médico y cedula.

09 nueve de agosto del dos mil dieciséis, siendo las dieciséis horas, la nota médica de ginecología refiere paciente femenina de 23 años de edad, G: 2, P: 1, con embarazo de 28 SDG por FUM, acude refiriendo prurito vaginal y movimientos fetales, tensión arterial de 140/80 mmHg, peso de 120 kg; 20/07/16 Hb 11.8, Hct 34, plaq 175, Ca 6.6, TGO 16, TGP 12, Ac úrico 41, EGO leucocitos 35XC, bacterias abundantes. Proteínas en orina de 24 horas 183, glucemia carga de 75 mg 81 mg/dl, 112 mg/dl, 95 mg/dl (normal). USG 30.6 SDG, 1832 grs, liq normal, FCF 156/pm. EF cérvix posterior con leucorrea amarillenta, fétida. Idx. Embarazo de 28 SDG + IVU + CVV + hipertensión arterial sistémica. Plan: datos de alarma, cita abierta a urgencias, nitrofurantoína, alfametildopa 250 mg VO c/8 horas, cita en un mes a CE de GYO, pronóstico reservado a evolución. Se aprecia firma al calce de la nota, se ignora nombre del médico y cedula.

15 quince de septiembre del dos mil dieciséis, la nota médica de ginecología refiere paciente femenina de 23 años de edad, G: 2, P: 1, con embarazo de 34 SDG por FUM, acude asintomática, refiere movimientos fetales, niega pérdidas transvaginales, tensión arterial de 110/60 mmHg, peso de 124 kg; 14/09/16 EGO leucocitos 2XC, no patológico. USG 36 SDG, 3320 grs, (caligrafía no legible en dos palabras) PCP G III, FCF 156/pm; presenta actualmente TA estable manejo con alfametildopa 250 mg c/8 horas VO. Idx. Embarazo de 34 SDG + hipertensión arterial sistémica. Plan cita en 15 quince días, cita abierta a urgencias, perfil preeclámptico, pronóstico reservado. Se aprecia firma al calce de la nota, se ignora nombre del médico y cedula.

06 seis de octubre del dos mil dieciséis, siendo las 14:40 horas, refiere la nota médica de ginecología refiere paciente femenina de 23 años de edad, G: 2, P: 1, con embarazo de 37 SDG por FUM, acude asintomática, refiere movimientos fetales, niega pérdidas transvaginales, tensión arterial de 140/90 mmHg, peso de 133 kg; EF sin modificaciones cervicales, sin pérdidas transvaginales, RsTs normales; USG 40.2 SDG, 4264 grs, PCP G III, liquido normal, FCF 156/pm; paciente con cifras tensionales controladas con alfametildopa 250 mg c/8 horas VO, con feto grande para edad gestacional, actualmente sin trabajo de parto. Idx.

Embarazo de 37 SDG + feto grande para edad gestacional + hipertensión arterial sistémica. Plan cita en una semana para revaloración, continuo control de TA, cita abierta a urgencias. Se aprecia firma al calce de la nota, se ignora nombre del médico y cedula.

14 catorce de octubre del dos mil dieciséis siendo las 15:00 horas, manifiesta la nota medica de ginecología a paciente femenina de 23 años de edad, G: 2, P: 1, con embarazo de 39 SDG por FUM+ feto grande para edad gestacional + hipertensión arterial, acude por presentar dolor obstétrico irregular de seis horas de evolución, refiere movimientos fetales, tensión arterial de 145/80 mmHg; USG FCF 156 pm, (caligrafía ilegible en siguiente palabra). EF cérvix con tres centímetros central, 50% feto libre, amnios íntegros, Idx: embarazo de 39 SDG + feto grande para edad gestacional + hipertensión arterial sistémica + trabajo de parto en fase latente. Plan pasa a toco a valorar vía de intervención. Pronóstico reservado a evolución. Se aprecia firma al calce de la nota, se ignora nombre del médico y cedula. Se integran indicaciones medicas ayuno, solución Hartman 1000 p/8 horas, ranitidina un ampula IV DU, metoclopramida un ampula DU, SVPT, CGE, Bh, Tp, TpT, Gpo y Rh, cruzar 1 CE, perfil preeclámtico. Se aprecia firma al calce de la nota, se ignora nombre del médico y cedula.

La nota de vigilancia y atención del parto del hospital general de Santiago Ixcuintla, a nombre de VI de 23 años de edad, con fecha del día 14 catorce de octubre del dos mil dieciséis, siendo las 17:00 diecisiete horas, refiere a gesta dos, para uno, aborto cero, FUM día, mes y año se desconocen por no plasmar en la nota médica, motivo de la consulta acude por dolor obstétrico irregular. Antecedentes ginecológicos se ignoran puesto que no se plasman en la nota. Antecedentes de embarazo semanas de amenorrea 39 treinta y nueve, edema NO, hemorragia NO, dolor SI, contracciones por diez minutos irregular, tono uterino ADECUADO, membranas integras, frecuencia cardiaca fetal ++ de intensidad, ritmo 146, otros datos no, útero central, blando, longitud de dos centímetros. Otros datos cérvix acortado en 50% cincuenta porcientos, tres centímetros. Diagnostico embarazo de 39 treinta y nueve SDG + Feto grande para edad gestacional + hipertensión arterial sistémica + podrómos trabajo de parto + obesidad. Plan: cesárea kerr. Firma Dr. Núñez Montes. Se ignora cargo y cedula. En sala de trabajo de parto se refiere toco, cama uno, factores de riesgo obesidad, feto grande, membranas integras. Fecha del día catorce de octubre del dos mil dieciséis siendo las 17:00 diecisiete horas con FCF 146, dilatación de tres centímetros, cérvix acortado con 50%, feto libre, amniotomía meconio ++. Tensión arterial 104/85, pulso de 88, temperatura se ignora por mala caligrafía en la nota. Pelvis superior, medio e inferior suficiente. Se aprecia firma de médico tratante mas no nombre, cargo o cedula. La terminación del embarazo con fecha de nacimiento del día 14 catorce de octubre del dos mil dieciséis, siendo las 18:07 horas. Cesárea kerr, indicación principal DCP a expensas de feto, extracción del producto por calzamiento. Alumbramiento 18:10 horas, dirigido, revisión de cavidad uterina si, motivo profilaxis, observación completa. Recién nacido vivo Apgar 9/9, peso 4150 kg, traumatismos se ignoran no se plasman en la nota, talla 54 cincuenta y cuatro, Capurro de 38. Anestesia en parto-legrado-cesárea: si, tipo regional, resultado el esperado. Complicaciones no. Placenta normal schultze; observaciones: hipotónico útero posterior a cirugía, sangrado cirugía 600 seiscientos +

400 cuatrocientos posterior igual a mil. MPF OTB. Se aplica balón de Bakri. Nombre del médico Dr. A16. Se ignora cargo y cedula.

14 catorce de octubre del dos mil dieciséis, refiere la nota preanestésica (urgencias), se ignora la hora de la valoración puesto q no se aprecia por nota. Femenina de 23 años de edad a la cual se realiza cesárea + OTB por tener de diagnóstico embarazo de T, con producto uno, macrosómico, hipertensa crónica a descartar preeclamsia + paridad satisfecha. Niega quirúrgicos, alergias, transfusionales; obesidad mórbida. Hemoglobina 13, Hto. 39.7, plaquetas 155000, Tp 10.9, TpT 28.8, INR 0.88, "O" positivo. Riesgo quirúrgico U II B, se le informa sobre el procedimiento anestésico y riesgos y probables efectos adversos. Tx actual alfametildopa y ASA (protect). Se firma hoja de consentimiento informado. Dr. A18.

04 cuatro de octubre del dos mil dieciséis, siendo las 19:30 diecinueve horas con treinta minutos, refiere la nota trans y postanestésica inmediata que ingresa a quirófano consciente, ansiosa, cooperadora, con TA 166/95 mmHg, FC: 82. Se premédica con midazolam 1.5+fenta 50 TA 142/74, FC: 81, con DLI, asepsia y antisepsia, se le realiza punción en L3-L4 (2), acceso difícil, sin incidentes aparentes, técnica perdida de resistencia; aguja Touhy numero diecisiete a través de con aguja whytasee numero doscientos setenta y seis, salida de líquido cefalorraquídeo claro; dosis de bupivacaina 10 mg, se retira aguja W. se coloca CPD cefálico. Anestesia satisfactoria. Ventilación espontánea SPO2 94-99%, TA trans 115/60, 13/70, FC: 68-85 por minuto; EKG sin alteraciones (SE OBTUVO PRODUCTO UNICO, VIVO, MACROSOMICO). Medicamento administrado oxitocina (se suspende) carbetocina 10 mg, dexametazona 8 mg, metamizol 2 mg, completa anestesia. Sedación con mida total 4.5, fentanil total 150, sangrado aproximado de 600 ml seiscientos mililitros. Uresis de 100 ml, líquidos administrados 1800 ml, no afecta, adecuado hemodinámico aparente, TA: 145/84, FC: 79, SPO2: 99 por minuto. Firma Dr. A18. Se ignora cedula y cargo. Add. Presenta sangrado transvaginal lo que amerita masaje, gluconato de calcio un gramo, colocación de balón de Becky, sangrado aproximado de 400 cuatrocientos mililitros, total mil mililitros. Resto de la nota es ilegible, caligrafía deficiente.

14 catorce de octubre del dos mil dieciséis siendo las 21:00 veintiún horas, se encuentra nota medica preoperatoria del servicio de GYO, a nombre de V1, de 23 años de edad sexo femenino, justificación clínica: paciente continua con sangrado transvaginal, aproximadamente 800 ochocientos mililitros, se decide histerectomía obstétrica se informa a familiares. Cuidados y plan terapéutico preoperatorio. Solicito dos CE mas dos PFC. Factores de riesgo quirúrgico/anestésico: hemorragia obstétrica, obesidad, sangrado, atonía; fecha y hora de la cirugía: 14/10/16, siendo las 20:00 horas. Puerperio quirúrgico patológico + hemorragia obstétrica + atonía uterina. Cirugía programada histerectomía subtotal; anestesia planeada: general IV; pronóstico: reservado a evolución, paciente grave se informa a familiares. Firma de consentimientos (mama). Medico: Dr. A16. Firma autorización del paciente Sra. Q1 (mama). Nota postoperatoria, con fecha del día 14 catorce de octubre del dos mil dieciséis, siendo las 21:06 veintiún horas con seis minutos, cirugía realizada histerectomía, anestesia administrada: general IV, diagnostico postoperatorio: puerperio quirúrgico inmediato + hemorragia obstétrica + balón de bakri + histerectomía subtotal. Cuenta de textiles completas. Responsable de la cuenta de textiles: enfermero Mario, enfermera Esther. Accidentes o

incidentes: no, sangrado aproximado: 800 ml por reintervención, 400 ml transquirúrgico, segundo procedimiento total doscientos mililitros mas 1000 parto; total acumulado de 2200 dos mil doscientos mililitros, se transfunden tres concentrados eritrocitarios. Técnica quirúrgica: se retiran puntos en heridas, se llega a cavidad abdominal, se desinfla balón de becri. Se pinza arterias uterinas, se pinza grueso, cortan vaginales, redondos y paquete uterinas derecha e izquierda. Se pinza, anuda y corta uterina derecha e izquierda. Se corta a nivel de istmo uterino, se verifica hemostasia, se coloca Penrose de ¾", para vigilar sangrado y se anuncia cuenta completa. Se inicia cierre por planos. Firma cirujano: Dr. A16, primer ayudante Dr. A18, anestesiólogo: Dr. A18. Circulante: enfermero A19, instrumentista enfermera A20. Estado postquirúrgico inmediato TA: 143/58, FC: 114 por minuto, FR: 22 por minuto. Estado general bueno, hidratación bueno, palidez no, consiente. Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato: antibióticos, vigilar sangrado por Penrose. Se envía a Tepic para su ingreso a UCI. Paciente actualmente estable, con alto riesgo de complicaciones postquirúrgicas, se informa a familiares. Firma Dr. A16.

*La nota de referencia con fecha del día 14 catorce de octubre del dos mil catorce siendo las 21 horas, se proporciona nota de referencia como urgente a nombre de VI, de 23 años de edad, femenina, cuenta con seguro popular, domicilio en Tuxpan, unidad que refiere: Hospital General de Santiago Ixcuintla, unidad a la que se refiere: Hospital General de Tepic, Unidad de Cuidados Intensivos. Se ignora somatometría y signos vitales. Dentro del resumen clínico, refiere: secundigesta con embarazo de termino, producto macrosómico, trastorno hipertensivo, se realiza cesárea presentando hemorragia por atonía uterina, se coloca balón de Bakri sin mejoría del sangrado, por lo que se interviene nuevamente, para realizar histerectomía, se inicia hemotransfusión para control hemodinámica, paciente requiere de continuar atención en UCI, motivo por el cual se envía, ya que **NO CONTAMOS CON ESTE SERVICIO**. Impresión diagnóstica: PO. Histerectomía secundaria a hemorragia obstétrica, puerperio patológico. Tratamiento otorgado: se transfundieron dos paquetes globulares, solución Hartman, derivados, gluconato de calcio, Ig diluido en la solución, se transfundieron tres paquetes globulares. Firma de responsables de la unidad: Dr. A21, firma del médico: Dr. A16 GYO y Dr. A22 Medico general.*

RESULTADOS:

Dentro de las observaciones realizadas a las copias del expediente clínico proporcionado por autoridades del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit en atención a la atención médica proporcionada a quien en vida llevara el nombre de VI, se deduce que la atención fue deficiente desde su primera consulta por el servicio de ginecología y obstetricia, brindada en dicho nosocomio. Dentro de los antecedentes de importancia de la paciente, no se detecto un embarazo de alto riesgo desde su primer contacto, con el servicio de ginecología y obstetricia con fecha del día 10 diez de mayo del dos mil dieciséis, siendo las 16:52 horas, donde se diagnostica con embarazo de 16.4 SDG, obesidad mórbida, infección de vías urinarias e hipertensión arterial sistémica; dichos diagnósticos son de relevancia para integrar en la historia clínica perinatal base de la paciente, para manejar al embarazo como de ALTO RIESGO por los antecedentes personales de la paciente y enfermedades comórbidas que se detectaron.

De acuerdo al modelo de atención del programa de Salud Materno y Perinatal 2013-2018, aplicada en ámbito nacional, refiere que el modelo de atención obstétrica en México se ha sustentado en manuales de atención, lineamientos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios y guías clínicas nacionales e internacionales donde se describen acciones y procedimientos para la adecuada atención obstétrica, para obtener un embarazo y un parto saludable y seguro, así como la atención de algunas complicaciones y de la emergencia obstétrica, todo basado en evidencia científica.

Dentro de los aspectos prioritarios se involucra a la embarazada con el conocimiento de signos y síntomas de alarma y el seguimiento del plan de seguridad para acudir al sitio de resolución del embarazo; la atención por personal calificado; la priorización de riesgos y de la urgencia de atención a la llegada de la mujer en trabajo de parto a la unidad (triage) y; la integración de un equipo de respuesta inmediata a la emergencia obstétrica con el apoyo de la infraestructura adecuada. En esta etapa el respeto a los derechos de la embarazada es fundamental procurando un trato respetuoso y humano. (Esquema 1 se anexa).

De acuerdo a la ruta crítica de la atención del embarazo en la línea de la vida; la consulta de primera vez, se deberá de identificar: historia clínica, exploración ginecobstétrica, tiras diagnósticas o reactivas, solicitud de estudios, carnet perinatal (laboratorios, gabinete, ácido fólico y micronutrientes). Si la paciente maneja riesgo obstétrico, se cataloga como embarazo con complicaciones o sin complicaciones; en el caso de la finada VI, se presentaron complicaciones en su embarazo como lo fueron descritas en su expediente clínico en las diferentes consultas médicas proporcionadas en el hospital general de Santiago Ixcuintla, presentando hipertensión arterial del embarazo, infección de vías urinarias, cervicovaginitis, y obesidad. De acuerdo a la Ruta crítica de la atención del embarazo en la línea de vida, debió referirse a la paciente a una clínica u hospital de segundo o tercer nivel de INMEDIATO a valoración y atención prioritaria. Se brindo la atención medica en cada una de sus consultas y enfermedades; sin embargo fue deficiente, omitiendo el diagnostico de EMBARAZO DE ALTO RIESGO, por los antecedentes prescritos. Dentro de los tratamientos médicos no se proporciono manejo con medico nutriólogo para el manejo de su obesidad, ni se brindó asesoría nutricional.

En relación a la integración de expediente clínico, se encuentran serias deficiencias, como señala la normatividad; su caligrafía deficiente, falta de nombre de los médicos tratantes, especialidad y cedula, no se plasman en los formatos los datos concretos de la paciente, muchas de ellas no se encuentran llenas; así mismo las notas medicas no tienen continuidad de los antecedentes; en lo que respecta a la nota de referencia proporcionada por el Hospital General de Santiago Ixcuintla al servicio de urgencias con fecha del día 14 catorce de octubre del 2016, siendo las veintiún horas, se envía con carácter de “urgente” a la paciente VI, al servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Civil de Tepic, sin embargo es ingresada al servicio de tococirugía el día 15 quince de octubre del 2016, siendo las 1:00 horas y valorada por la DRA. Al GYO MA, del servicio (se ignora cedula); enlateciendo aún más la atención prioritaria de la paciente por el estado critico en el que fue referida por un médico ginecólogo, puesto que después de cinco horas la paciente fue valorada por

el servicio de Terapia intensiva quien señala no encontrar criterios para el ingreso a la unidad... ”.

15. Acta circunstanciada suscrita el 17 diecisiete de enero del año 2018 dos mil dieciocho, en la que se hizo constar la declaración rendida ante este Organismo Local, por parte de la ciudadana A23, quien se desempeña como enfermera en el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, misma que en relación a la atención que se brindo a la paciente **V1**, declaró: “...*Que la de la voz soy enfermera y el día 06 seis de septiembre de 2016 dos mil dieciséis, tome el cargo de jefas de enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y quien estaba antes que la de la voz era el licenciado en enfermería A24, manifestando que cuando se da el nombramiento de jefa de jefatura, solicito por oficio la entrega recepción, el cual el C. A24 me hace entrega del oficio de número 0044/2016 en el cual se le constancia de entrega de material de fecha 09 nueve de septiembre de 2016 dos mil dieciséis, firmado por el L.E.E. A25, del cual se anexa copia simple, por el cual y al observar el faltante de material con fecha 16 de noviembre de 2016, la de la voz envió oficio de petición al subdirector del Hospital el DR. A21 y en el cual se le hace del conocimiento la falta de insumos y material quirúrgico, pero éste hace caos omiso a mi petición, por lo cual desde esa fecha realizó constantemente oficios de solicitud a los diferentes directores para que se me apoyara para equipos y con surtir el material quirúrgico, insumos y todo lo que se requiere en el hospital; con fecha 13 y 14 de septiembre de 2017 se cubrió la falta de campos quirúrgicos para la esterilización de charolas quirúrgicas ya que se hizo entrega de 12 juegos de charolas quirúrgicas; quiero abundar y hacer del conocimiento que el autoclave tiene y ha tenido fallas y por esta razón no se lleva de manera normal la esterilización de materiales, por ende se atrasan o se negaban los procedimientos quirúrgicos, anexando también oficios; en este hospital general hace falta personal de enfermería para agilizar el trabajo dentro del Hospital y se preste con esto un mejor servicio a la ciudadanía que tanto requiere estos servicios... ”.*

16. Listado de faltantes de instrumental quirúrgico que la ciudadana **A23**, quien se desempeña como enfermera en el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, agrego a la declaración referida en el punto 15. del presente apartado, mismo que a continuación se describe:

MATERIAL	CANTIDAD
Pinzas de disección sin dientes 20 cm	5 piezas
Pinzas de disección sin dientes 18 cm	8 piezas
Pinzas de disección sin dientes 25 cm	4 piezas
Pinza de Possy	4 Piezas
Pinzas Nelly curvas	10 piezas
Pinzas Rochester Curva	8 piezas
Porta agujas de Hegar 25 cm	4 piezas
Porta agujas de Hegar 18 cm	6 piezas
Pinzas de piel y campo 14.5 cm	10 piezas
Onfalotomos	6 piezas
Sierra de Gigli	4 piezas
Histerometro	3 piezas
Pinzas Lanne con cremallera 34 cm	2 piezas

Valvas vaginales	2 juegos
Destornillador 3.5	2 piezas
Medidor de profundidad 3.5	2 piezas
Medidor de profundidad 4.5	2 piezas
Cortadora de clavos	2 piezas
Pinza de anillos curvas 24.5 cm	4 piezas
Pinzas Adson sin dientes	2 piezas
Tijera Metzembaun curva 24 cm	2 piezas
Pinza forcipresión	1 pieza
Charola para legrado	2

17. Oficio número 0092/2017 suscrito el 18 dieciocho de julio del 2017 dos mil diecisiete, por la Jefa de Enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mismo que es dirigido al Administrador del mismo nosocomio, para solicitar se brindara el apoyo ara la compra de glucómetro para el área de enfermería.

18. Oficio sin número suscrito el 19 diecinueve de julio del 2017 dos mil diecisiete, por el personal de enfermería del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mismo que es dirigido al Director del mismo nosocomio, y en el cual se le solicitó la designación de médico responsable para el área de hospitalización; asimismo, de su contenido se desprende que se informó a este servidor público, sobre la carencia de insumos para trabajar dentro de esas instalaciones, pues ante la falta de los mismos, consideraron los peticionarios, que se genera un riesgo para la salud del personal de enfermería, pacientes y familiares por no contar con la infraestructura suficiente. Solicitando en consecuencia, se evitara el ingreso de pacientes delicados por las carencias propias del nosocomio.

19. Oficio 0102/2017 suscrito el 20 veinte de julio del 2017 dos mil diecisiete, por la Jefa de Enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mediante el cual enlista al Director del Nosocomio el material faltante para abastecer los carros rojos de dicho hospital.

20. Oficio 0113/2017 suscrito el 31 treinta y uno de julio del 2017 dos mil diecisiete, por la Jefa de Enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mediante el cual informó al Director del mismo nosocomio que ese día, debido a la falta de recursos humanos se procedería a cerrar las áreas de ceye, cuneros, triage y quirófanos.

21. Oficio 0113/2017 suscrito el 01 primero de agosto del 2017 dos mil diecisiete, por la Jefa de Enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mediante el cual informó al Director del mismo nosocomio que ese día, debido a la falta de recursos humanos se procedería a cerrar las áreas de consulta externa, y en turno vespertino, el área de triage obstétrico, cuneros, ceye y sala.

22. Oficio 0126/2017 suscrito el 21 veintiuno de agosto del 2017 dos mil diecisiete, por la Jefa de Enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mediante el cual informó al Director del mismo nosocomio sobre los servicios que fueron cerrados, por falta de personal de enfermería durante la semana correspondiente del 14 al 20 del mismo mes y año, siendo los que a continuación se mencionan: Lunes 14 en el T.M.

consulta, T.V. quirófano, Martes 15 T.V. quirófano, miércoles 16 T.M. consulta, T.V. quirófano y jueves 17 T.M. tamiz auditivo.

23. Oficio 0138/2017 suscrito el 29 veintinueve de agosto del 2017 dos mil diecisiete, por la Jefa de Enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mediante el cual informó al Administrador del mismo nosocomio, sobre la carencia que existía en el área de CEYE de ropa quirúrgica para vestir charolas de las diferentes especialidades.

24. Oficio 0041/2016, signado el 16 de noviembre del 2016 dos mil dieciséis, suscrito por la responsable del área de jefatura de enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, mediante el cual informo al Director de ese nosocomio, lo siguiente:

“...Por medio del presente envió un cordial saludo esperando se encuentra de la mejor manera, así mismo me dijo a usted para expresarle las inconformidades con la que trabaja el personal tanto médico como enfermero por no contar con los insumos necesarios para trabajar dentro de nuestras instalaciones (por mencionar jeringas, guantes quirúrgicos, suturas, medicamentos, catéter periférico de calibre 18 y 17, perilla, sol. Glucosa al 50% entre otras cosas) sin dejar de mencionar el mal funcionamiento del autoclave ya que es importante para brindar un mejor servicio en el hospital; sobresaliendo el área de quirófano que últimamente se han presentado en urgencias y no se cuenta con dicho material para salir de ellas las cuales se atienden en precarias condiciones arriesgándose a cometer alguna negligencia, sin dejar de mencionar el riesgo laboral a los trabajadores...”

III. SITUACIÓN JURÍDICA

Esta Comisión Estatal es competente para conocer y resolver en los términos de los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 101 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit, 2, fracción XVIII, 15, 18 fracciones I, II, y IV, 25, fracción VIII, 102, 103, 104 y 110 de la Ley Orgánica de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, de la investigación radicada por presuntas violaciones de derechos humanos cometidas en agravio de quien en vida llevara el nombre de **VI**, consistentes en **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** en la modalidad de **NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO**, atribuidas a personal médico del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y del Hospital Civil de Tepic, Nayarit, ambos dependientes de los Servicios de Salud del Estado.

La inconformidad planteada ante este Organismo Autónomo, se hizo consistir en la violación a una adecuada atención médica ocasionada por un retardo negligente en la implementación de acciones inmediatas y suficientes para proteger la salud y la vida de la paciente **VI** las cuales fueron atribuidas al personal médico tratante adscrito al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y al Hospital Civil de Tepic “Antonio González Guevara”.

En efecto, en el caso que nos ocupa, se estudia si el personal de salud tratante, brindó a la agraviada **V1**, una atención médica oportuna y éticamente responsable, o bien, si por el contrario, existieron omisiones, imprudencias o negligencia médica que la dejaran en un estado de riesgo innecesario, es decir, que comprometiera su estado de salud o incluso su vida, pues no debemos de perder de vista que la paciente de referencia, de forma posterior a su trabajo de parto, y como consecuencia del mismo, presentó una hemorragia, la cual horas después, la llevara a la pérdida de su vida, por *“Choque hipovolémico Irreversible, Hemorragia, Histerectomía Obstétrica e Hipertensión Arterial Crónica y Obesidad Mórbida”*.

Al respecto, se tendrá que establecer si durante el ejercicio médico se cumplió con el deber de cuidado que se tenía hacia la paciente, si los profesionales de la salud, actuaron con la pericia y diligencia necesaria, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento que se le brindó durante el periodo de embarazo, parto y puerperio; pues de no ser así, se tendrá que establecer la responsabilidad profesional producto de una negligencia médica, entendida a esta como el descuido inexcusable, en la forma de actuar del médico tratante, la omisión conciente en el que se deja de cumplir lo que el deber funcional exige.

La omisión de proporcionar una adecuada y oportuna atención médica, el retardo por falta de insumos y de acciones inmediatas para proteger la salud del usuario del servicio médico, son actos negativo que compromete los derechos humanos a la salud y a la vida, los cuales el Estado Mexicano está obligado a proteger y garantizar de manera oportuna, eficaz y con calidad, en los términos establecidos por los artículos 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El Marco Jurídico en el que se circunscribe el presente análisis tiene sustento en lo dispuesto por los artículos 1º, 4º, párrafo cuarto y 133 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**; 1 y 25 de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**; 12 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**; 4.1 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos**; XI de la **Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre**; 10 del **Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**; 8 de la **Declaración sobre el Derecho al Desarrollo**; 1, 8, 11, 12, 17, 22, 33, 34, 36, 37, 43, 47, 50 y 52 de la **Observación General número 14, el Derecho al Disfrute del más alto nivel posible de Salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU**;

En el ámbito Nacional, por los artículos 1, 2, fracciones I, II y V, 3, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, 35, 50, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 55, 61, fracción I, 61 Bis, 77 Bis 1, 77 Bis 9 y 77 bis 36, de la **Ley General de Salud**; 2, fracción I, 7, fracciones II, III, VI, VII, XXVI, 26 y 27 de la **Ley General de Víctimas**; 7, fracción VII, 49 y 51 **Ley General de Responsabilidades**

Administrativas; 8, 9, 19, fracción I, 21, 26, 29, 46, 48, 70, fracción I, 71, 73 y 74 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;** Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del **Expediente Clínico.**

En el ámbito local por los artículos, 7 fracción XIII – 1 y 2, de la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit;** 1, 2 fracción V, 4. inciso A) fracciones I y II, 25, 26, 27, fracción IV, 29 fracciones III, IV y X, 32, 33, 43, 44 y 56 fracción I, de la **Ley de Salud para el Estado de Nayarit.**

IV. OBSERVACIONES

Del análisis de los hechos y evidencias descritos en los capítulos que anteceden, y valorados que fueron en su conjunto, este organismo de protección no jurisdiccional de derechos humanos, en estricto apego a lo dispuesto por los artículos 96, 102, 103, 105 y 110 de la Ley Orgánica que rige sus actividades, en suplencia de queja, considera que se acreditaron violaciones a los Derechos Humanos de quien en vida respondiera al nombre de **VI**, consistentes en **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** en la modalidad de **NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO**, según las siguientes consideraciones:

A) El derecho a la protección de la salud puede definirse como aquel derecho por virtud del cual la persona humana y los grupos sociales, especialmente la familia, en cuanto que titulares del mismo, pueden exigir de los órganos del Estado y de los grupos económicos y profesionales, en cuanto sujetos pasivos, que establezcan las condiciones adecuadas para que aquellos puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico y mental, y garanticen el mantenimiento de esas condiciones.

A partir de este derecho corresponde al Estado asegurar la **asistencia médica** una vez que la salud, por la causa que sea, ha sido afectada; lo que también se denomina “**derecho a la atención o asistencia sanitaria**”, que se puede concebir como la facultad que le es dada al particular para obtener de los órganos estatales el auxilio de la ciencia médica para la prevención, la curación, el alivio físico o el consuelo psico-afectivo eficaces en la enfermedad.

En ese sentido, para que pueda hacerse efectivo el derecho a la protección de la salud, los gobernados deben de tener acceso, entre otras cosas, a una **asistencia médica eficiente y de calidad** proporcionada por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, que comprende la asistencia individual preventiva y el tratamiento de la enfermedad y en la enfermedad, como la rehabilitación para la reinserción del individuo en su medio. Lo anterior, exige la planificación, creación y mantenimiento de servicios asistenciales de diversos grados de complejidad.

Al respecto, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud¹ establece entre sus principios básicos que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Asimismo, establece que el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria; y que en base a este derecho los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible, y entre esas condiciones se encuentra la disponibilidad garantizada de servicios de salud.

Sin duda, el derecho a la protección de la salud es un derecho humano, exigible y esencial para el desarrollo armónico de cualquier sociedad democrática, el cual demanda necesariamente la planeación de políticas públicas y programas nacionales que coadyuven en la creación de infraestructura material y en la formación de recursos humanos suficientes para brindar un servicio de salud de alta calidad y eficiencia en todo el país.

De ahí que el Estado, a través del sistema público de salud, también tiene la obligación de garantizar la igualdad en la prestación de ese servicio, facilitando el acceso a toda la población que lo requiera, especialmente a quienes están en condiciones socioeconómicas menos favorables; para tales efectos, el Estado está obligado a garantizar la eficacia en la prestación del servicio de salud, otorgando todas las facilidades materiales e institucionales previstas en el orden jurídico interno e internacional, a fin de poner en práctica políticas públicas sanitarias y sociales orientadas a proporcionar información de salud en general, así como para prevenir enfermedades y desnutrición, y brindar óptima atención médica a toda la sociedad en general, en especial a los grupos vulnerables y desprotegidos.

En México, el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho a la protección de la salud para todas las personas. En su segunda parte, dicho párrafo ordena al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia, de acuerdo con lo establecido en la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

Al respecto, la Ley General de Salud y la Ley de Salud para el Estado de Nayarit, establecen en sus disposiciones legales que los usuarios de los sistemas de salud tienen el derecho de obtener **prestaciones oportunas y de calidad idónea** y de recibir atención profesional y éticamente responsable, así como de obtener trato respetuoso y digno de los profesionales, de los técnicos y de los auxiliares que se dediquen a la salud.

Cabe precisar que el Estado Mexicano también se ha comprometido a garantizar el derecho a la protección de la salud, así como la asistencia **médica oportuna y de calidad**, a través de pactos internacionales de derechos humanos que reconocen explícitamente dicho derecho, entre los cuales se pueden mencionar los artículos 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos

¹ Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Económicos, Sociales y Culturales; XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 10 del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; 8 de la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo; entre otras.

El derecho a la salud y consecuentemente a la asistencia médica es de **carácter universal** - *para todos sin distinción de edad, sexo, raza, cultura, nacionalidad, religión, nivel educativo o económico*-, regido por el **principio de Gratuidad** - *significa que no puede exigirse a los pacientes y usuarios dinero u otras contraprestaciones a cambio de la asistencia sanitaria, siendo la vía de financiación, la de los impuestos, contribuyendo cada uno de manera solidaria y en proporción a su capacidad económica*-, y por consiguiente no supeditado para su prestación en instituciones públicas a un pago previo o posterior a los servicios brindados, ello cuando se trata de personas de escasos recursos.

INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO IXCUINTLA Y HOSPITAL CIVIL DE TEPIC, NAYARIT.

B) En el presente caso, **V1** fue víctima de una inadecuada atención médica, pues la asistencia que recibió no fue la idónea o acorde a su padecimiento; como punto de partida de estas deficiencias encontramos que en su primer contacto con el personal médico del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, no se le detectó o diagnosticó su *Embarazo como de Alto Riesgo*², lo que impidió que se activaran los procedimientos adecuados tendientes a preservar su vida; dentro de éstos el involucrarla con el conocimiento de signos y síntomas de alarma; seguimiento del plan de seguridad para acudir al sitio de resolución del embarazo; la atención por personal calificado; la priorización de riesgos y ante la llegada al trabajo de parto, la atención en la unidad de triage obstétrico por un *equipo de respuesta inmediata a la emergencia con el apoyo de la infraestructura adecuada*.

En efecto, el día 10 diez de mayo del año 2016 dos mil dieciséis, la ciudadana **V1**, acudió, por primera vez, al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, para efecto de solicitar su atención médica debido a su embarazo, siendo atendida por un Doctor **A16**, quien al realizar la consulta respectiva estableció entre otras cuestiones, que se trataba de una paciente de 23 años de edad, con obesidad mórbida, hipertensión arterial sistémica e infección en vías urinarias; no obstante, ante estos síntomas no se estableció o calificó el embarazo como de *Alto Riesgo*.

Además, existió una falta de acuciosidad, exhaustividad y profesionalismo por el médico tratante y personal de enfermería que asistió a la agraviada, al dejar de buscar mayores datos que pudiera proporcionar la paciente sobre la existencia de factores de riesgo distintos a los ya establecidos, basados en los antecedentes ginecológicos que se presentaron en su primer embarazo,

² Embarazo alto riesgo. Aquel que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

es decir, intentar buscar mediante un interrogatorio dirigido obtener información sobre la situación o circunstancias bajo las cuales se desarrolló su primer embarazo, parto y puerperio, con la finalidad de prevenir posibles complicaciones adicionales que pudieran presentar **V1** y mediante la aplicación oportuna del tratamiento médico adecuado proteger su vida y la del producto de la concepción.

En este sentido, el personal médico y de enfermería que desarrolló la primera consulta de atención prenatal de la agraviada y/o posteriores, debió de enfocarse a ejecutar las acciones siguientes:

*“Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada, debiendo tener los siguientes apartados: identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario; **identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos; identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales; realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales; calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos: Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3; a partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y en algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.***

Asimismo realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida; identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; **hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g;** antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica; identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embriofetal, independientemente del periodo gestacional.

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración; identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y

*puerperio; y una exploración física completa que incluya: signos vitales, **peso, talla y evaluación del estado nutricional**. Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede.*

Todas estas actividades deben ser anotadas en el carnet y en el expediente clínico para efecto de dar seguimiento oportuno en cada consulta otorgada.

*En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, **aspectos nutricionales** que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.*

*Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que **debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata**. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, **infecciones de vías urinarias**, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico”.³*

No obstante, de las notas médicas registradas en el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, relativas a la atención de la agraviada, no se desprende que durante la primer consulta prenatal o de forma posterior a ésta, el personal médico se preocupara por obtener o conocer los antecedentes ginecológicos de **V1**, y que eran necesarios para mejorar la calidad en su asistencia médica; como tampoco se advierte el desahogo de algún interrogatorio que fuera dirigido a conocer, si en este caso, existían o concurrían mayores elementos o factores de riesgo en el desarrollo del embarazo, y por los cuales se tuvieran que tomar medidas médicas inmediatas y efectivas, preventivas o resolutivas, para favorecer o proteger adecuadamente la vida del binomio.

Pues como se dijo anteriormente, para buscar la protección del bienestar de la agraviada (*la cual cursaba su segundo embarazo*) era necesario y obligado conocer sus antecedentes ginecológicos, ya fuera de manera documental o bien, mediante los datos que en su momento les pudiera arrojar el interrogatorio respectivo.

Por lo tanto, su embarazo, trabajo de parto y puerperio, se desarrollaron sin considerar que la agraviada tenía como antecedente ginecológico, un parto ocurrido el día 30 treinta de septiembre del 2012 dos mil doce, del cual se obtuvo un recién nacido masculino de 39.6 semanas, con talla de 56 cm. y

³ Véase. Objetivos 5.2 a 5.2.1.18 de la Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

4420 gramos, y sobre todo que durante el puerperio la paciente y/o agraviada había presentado una hemorragia obstétrica.⁴

Sobre este aspecto, resulta necesario destacar que la causa de muerte de la paciente fue un choque hipovolémico irreversible, precisamente como consecuencia de una hemorragia obstétrica, es decir, que por segunda ocasión presentó la misma patología en el trabajo de parto y puerperio, con lo cual se pone al relieve lo fundamental que en este caso era el haber recabado los antecedentes ginecológicos de la paciente, cosa que indebidamente se dejó de realizar, es decir, el médico tratante, al no ejercer su función éticamente responsable, provocó que la paciente se colocara en un estado mayor de vulnerabilidad o riesgo, restringiéndole una oportunidad para preservar su integridad física o su vida.

Desde el primer contacto prenatal, de haberse desarrollado de forma adecuada la consulta de la agraviada, se hubiera podido conocer el antecedente de la patología aquí tratada, y sobre todo, el poder ejercer con el tiempo suficiente las acciones médicas tendientes a prevenir, tratar o disminuir el riesgo de que se volviera a presentar una segunda hemorragia obstétrica considerando el trabajo de parto o puerperio a la que se enfrentaría la paciente, o bien, brindarle la oportunidad de que fuera atendida de forma inmediata por el grupo de especialistas que conforman el grupo ERIO,⁵ esto al activarse el código mater con la prontitud que requería la asistencia médica de la agraviada.

Antes del nacimiento, mediante un diagnóstico adecuado y con los antecedentes de la paciente, era posible identificar los factores de riesgo y sus causas, y por ende prevenir o disminuir las posibilidades de que se presentara la hemorragia postparto que a la postre fuera la causa que originó la muerte de **VI**.

C) Del mismo modo, el médico tratante dejó de plasmar en la primer consulta prenatal el peso y talla de la paciente, datos que son sumamente importantes, pues además de ser otro factor de riesgo que debió atenderse, es a partir de estos elementos que el médico o especialista respectivo deben asumir un plan nutricional que favorezca el bienestar del binomio, brindando a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre el factor de riesgo que implicaba el alto peso, fomentar un estilo de vida saludable, y sobre todo implementar un plan en nutrición, que le permitiera disminuir considerablemente los riesgos aparejados con esta condición física.

Del expediente clínico registrado en el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, no se deduce de modo alguno que a la agraviada se le hubiera establecido algún plan nutricional dado su condición de obesidad

⁴ La OMS describe la hemorragia obstétrica mayor como: cualquier sangramiento del período gestacional o puerperio (hasta 6 semanas), con independencia del tiempo de gestación, la cantidad estimada, el modo del parto, el valor del hematocrito y la necesidad de transfundir, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda.

⁵ Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata. El equipo de repuesta inmediata obstétrica esta conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brindan cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiere en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater.

mórbida que presentaba, a pesar de que el sobre peso de la madre es un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Cabe mencionar que las complicaciones maternas más relevantes ocasionadas por la obesidad están entre otras, precisamente la **hemorragia postparto**. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia describe a la atonía uterina como causa indirecta debida a la infiltración de grasa del miometrio, que lleva a una disminución de la contractibilidad uterina y a una pobre progresión del parto; por lo tanto, se propone como un factor que aumenta la posibilidad de hemorragia severa.⁶

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*.⁷

Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Esta Comisión, ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice.

En este caso, si el doctor tratante no desarrolló el procedimiento médico de forma adecuada, por las omisiones descritas, es lógico que este servidor público dejó de garantizar el derecho a la vida y a la protección de la salud de la agraviada; situación que se presentó cuando el médico no trató de forma integral los factores de riesgo que presentaba la mujer en ocasión de embarazo, como se relato anteriormente, y sobre todo cuando esas omisiones se relacionaron con la causa de muerte de la paciente.

La efectividad del derecho a la protección de la salud demanda del personal médico la observancia de los elementos esenciales que garanticen al usuario una atención de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.

⁶ Protocolos asistenciales en obstetricia de la SEGO. Obesidad y embarazo (elisevier 2011:646-659).

⁷ Jurisprudencia 1a./J. 50/2009, de Novena Época, emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en materia administrativa, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX, abril de 2009, visible a pagina 164; de rubro siguiente: “Derecho a la salud. Su Protección en el Artículo 271, Segundo Párrafo, de la Ley General de Salud”.

D) Aunado a lo anterior, cabe destacar que personal médico adscrito a este Organismo Autónomo, al realizar el estudio pormenorizado de las constancias que integran el expediente clínico registrado en el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, a nombre de **VI**, encontró elementos de responsabilidad indicativos de una deficiente asistencia médica, pues al respecto se estableció lo siguiente:

“...RESULTADOS:

*Dentro de las observaciones realizadas a las copias del expediente clínico proporcionado por autoridades del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit en atención a la atención médica proporcionada a quien en vida llevara el nombre de **VI**, se deduce que la atención fue deficiente desde su primera consulta por el servicio de ginecología y obstetricia, brindada en dicho nosocomio. Dentro de los antecedentes de importancia de la paciente, no se detecto un embarazo de alto riesgo desde su primer contacto, con el servicio de ginecología y obstetricia con fecha del día 10 diez de mayo del dos mil dieciséis, siendo las 16:52 horas, donde se diagnostica con embarazo de 16.4 SDG, obesidad mórbida, infección de vías urinarias e hipertensión arterial sistémica; dichos diagnósticos son de relevancia para integrar en la historia clínica perinatal base de la paciente, para manejar al embarazo como de ALTO RIESGO por los antecedentes personales de la paciente y enfermedades comórbidas que se detectaron.*

De acuerdo al modelo de atención del programa de Salud Materno y Perinatal 2013-2018, aplicada en ámbito nacional, refiere que el modelo de atención obstétrica en México se ha sustentado en manuales de atención, lineamientos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios y guías clínicas nacionales e internacionales donde se describen acciones y procedimientos para la adecuada atención obstétrica, para obtener un embarazo y un parto saludable y seguro, así como la atención de algunas complicaciones y de la emergencia obstétrica, todo basado en evidencia científica.

Dentro de los aspectos prioritarios se involucra a la embarazada con el conocimiento de signos y síntomas de alarma y el seguimiento del plan de seguridad para acudir al sitio de resolución del embarazo; la atención por personal calificado; la priorización de riesgos y de la urgencia de atención a la llegada de la mujer en trabajo de parto a la unidad (triage) y; la integración de un equipo de respuesta inmediata a la emergencia obstétrica con el apoyo de la infraestructura adecuada. En esta etapa el respeto a los derechos de la embarazada es fundamental procurando un trato respetuoso y humano. (Esquema 1 se anexa).

*De acuerdo a la ruta crítica de la atención del embarazo en la línea de la vida; la consulta de primera vez, se deberá de identificar: historia clínica, exploración ginecobstétrica, tiras diagnósticas o reactivas, solicitud de estudios, carnet perinatal (laboratorios, gabinete, ácido fólico y micronutrientes). Si la paciente maneja riesgo obstétrico, se cataloga como embarazo con complicaciones o sin complicaciones; en el caso de la finada **VI**, se presentaron complicaciones en su embarazo como lo fueron descritas en su expediente clínico en las diferentes consultas médicas proporcionadas en el hospital general de Santiago Ixcuintla, presentando hipertensión arterial del embarazo, infección de vías urinarias, cervicovaginitis, y obesidad. De acuerdo a la Ruta crítica de la atención del embarazo en la línea de vida, debió referirse a la paciente a una clínica u*

hospital de segundo o tercer nivel de INMEDIATO a valoración y atención prioritaria. Se brindo la atención medica en cada una de sus consultas y enfermedades; sin embargo fue deficiente, omitiendo el diagnostico de EMBARAZO DE ALTO RIESGO, por los antecedentes prescritos. Dentro de los tratamientos médicos no se proporciono manejo con medico nutriólogo para el manejo de su obesidad, ni se brindó asesoría nutricional.

En relación a la integración de expediente clínico, se encuentran serias deficiencias, como señala la normatividad; su caligrafía deficiente, falta de nombre de los médicos tratantes, especialidad y cedula, no se plasman en los formatos los datos concretos de la paciente, muchas de ellas no se encuentran llenas; así mismo las notas medicas no tienen continuidad de los antecedentes; en lo que respecta a la nota de referencia proporcionada por el Hospital General de Santiago Ixcuintla al servicio de urgencias con fecha del día 14 catorce de octubre del 2016, siendo las veintiún horas, se envía con carácter de “urgente” a la paciente VI, al servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Civil de Tepic, sin embargo es ingresada al servicio de tococirugía el día 15 quince de octubre del 2016, siendo las 1:00 horas y valorada por la DRA. Al GYO MA, del servicio (se ignora cedula); enlateciendo aún más la atención prioritaria de la paciente por el estado critico en el que fue referida por un médico ginecólogo, puesto que después de cinco horas la paciente fue valorada por el servicio de Terapia intensiva quien señala no encontrar criterios para el ingreso a la unidad...”.

En el caso concreto se considera que la autoridad administrativa responsable de los servicios de salud del Estado, esta obligada, en atención a lo establecido por el artículo 1º Constitucional,⁸ a reparar la violación a los derechos humanos de la agraviada VI, por las omisiones que en este caso cometieron servidores públicos adscritos al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y que trajo como consecuencia que se le privara de una oportunidad más amplia para preservar su vida; asimismo, para efecto de prevenir y garantizar la no repetición del acto violatorio, deberá establecer los estándares de calidad a los cuales deberá someterse todo servidor publico que brinde sus servicios dentro de esta Secretaría, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones; así como el perfeccionar los mecanismos de supervisión dentro de la institución de salud para prevenir lesiones a la integridad física de las personas que son usuarios de estos servicios; y toda aquella medida indispensable para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud.

E) En el caso que nos ocupa, no pasa desapercibido que a la agraviada se le atendió bajo condiciones hospitalarias no idóneas a su padecimiento y sin el personal médico calificado para atender una urgencia obstétrica,⁹ conforme a los lineamientos establecidos en la *Ley General de Salud*, el *Programa de Acción Especifico Salud Materna y Perinatal 2013-2018* y lo establecido en

⁸ Art. 1 Constitucional. “...Todas las autoridades, en el ámbito de su competencia, tienen la obligación de promover, respetar 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...”.

⁹ Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Urgencia Obstétrica. Complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.

el *Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*.

Recapitulando, la agraviada a 39 semanas de gestación tenía un cuadro de salud de *hipertensión arterial, infección de vías urinarias, cervicovaginitis, obesidad mórbida y con antecedentes ginecológicos de hemorragia obstétrica e hijo con peso al nacer mayor que 4,000g*; condiciones de salud que era suficientes para canalizarla, con el tiempo necesario, a una unidad con capacidad para atender de forma integral el embarazo de alto riesgo que presentaba, y en su caso, con la capacidad suficiente para atender cualquier caso de emergencia o urgencia obstétrica durante el trabajo de parto o posparto; no obstante, tácitamente se le negó estos servicios, pues su atención durante el embarazo y parto y posparto, se dio en un hospital que no tenía el personal médico calificado ni era funcional en cuanto equipo e insumos que se requerían para hacer frente a las complicaciones que presentó como consecuencia de los factores de alto riesgo no tratados durante las 39 semanas de gestación.

Es necesario establecer, que de acuerdo a la Ley General de Salud tiene el carácter prioritario la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, lo cual abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.¹⁰

Entonces los servicios de salud están obligados a prestar atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, ya fuere que la atención se genere por solicitud directa de la paciente o bien, cuando exista de por medio una referencia médica proveniente de una unidad de salud diversa, que no cuente con la capacidad de resolución para la atención de embarazos de alto riesgo.¹¹

Lo cual obliga al médico tratante, a realizar una valoración éticamente responsable, sobre las instalaciones hospitalarias, en específico determinar si las mismas reúnen la condiciones de equipamiento y funcionalidad requeridas para atender un embarazo de alto riesgo, y segundo, y no menos importante, el establecer, en protección a la vida del binomio, si el nosocomio esta conformado un Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)¹², entendido éste como el equipo de especialistas responsables de brindar cuidados a la paciente obstétrica en estado de riesgo o condición crítica, mediante la determinación de la conducta adecuada para la resolución definitiva del problema, apegada a las Guías de Práctica Clínica.

Una vez realizada esta valoración médica-ética, el personal de salud responsable de la atención prenatal, tiene dos rutas o procedimientos a seguir, la primera, de contar con el personal médico especializado y con la infraestructura adecuada, deberá continuar con el tratamiento médico de la

¹⁰ Vease. Artículo 61 de la Ley General de Salud.

¹¹ Vease. Artículo 64 de la Ley General de Salud.

¹² **Grupo Erio. Integrantes:** Subdirector médico o Asistente de Dirección y Jefa o Subjefa de Enfermeras; Personal Médico en Gineco-Obstetricia; Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos o en Anestesiología, (En su caso una médica o médico en Medicina Interna o Gineco-Obstetra con Especialidad en Medicina Crítica); Personal Médico Especialista en Neonatología o en Pediatría; Personal Médico Especialista en Cirugía General; Personal de Enfermería; Personal de Trabajo Social; Personal de Laboratorio; Personal de Banco de Sangre o Servicio de Transfusión; Personal de Rayos X, Camilleros.

mujer embarazada, aplicando los programas de salud tendientes a la protección del binomio, entre otros, el *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018* y lo establecido en el *Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*. Por otro lado, de no contar con alguno de los elementos descritos, deberá referir a la paciente a una unidad en donde se cuente con ambos requisitos, personal médico calificado e instalaciones hospitalarias suficientes y funcionales para atender el embarazo de alto riesgo y/o cualquier situación calificada como grave durante el trabajo de parto o posparto.

Luego, toda mujer que curse con un embarazo de alto riesgo, debe contar con la posibilidad de ser atendida con la eficacia y prontitud necesaria para preservar su salud y su vida, esto bajo el equipo médico indispensable y por el personal médico calificado, quienes tienen la responsabilidad de actuar de forma inmediata para solucionar la emergencia o urgencia obstétrica que se llegare a presentar, en cualquier etapa del embarazo, parto y posparto.

Ahora bien, en el caso que nos ocupa, tenemos que el ginecológico responsable de la atención de la paciente estuvo llevando sus consultas como si se tratara de una atención ordinaria, hasta el término del embarazo, pues como se especifico anteriormente no diagnosticó que la agraviada estuviera bajo un embarazo de alto riesgo; incluso como lo establecen los testimonios contenidos en la investigación realizada por este Organismo, la paciente fue programada para cesárea, presentándose el día y hora que le mencionó el médico tratante.

TESTIMONIOS

Q1: "...Que fue el día viernes 14 catorce de octubre de 2016 dos mil dieciséis cuando llegamos mi hija, la de la voz y mi pareja sentimental al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y mi pareja y yo acompañábamos a mi hija ya que ésta tenía cita con su ginecólogo, porque éste la había programado para realizarle cesárea para el nacimiento de su bebé, citándola antes de las 13.00 horas de ese día el cual el citado ginecólogo no apareció a la hora acordada, si no hasta que le pedimos información a una enfermera y fue y lo buscó y ya que este la metió al consultorio y le dijo a mi hija VI y a otra paciente que también había programado para cesárea al igual que a mi hija, que no contaban con bandejas esterilizadas para realizar la operación y la otra paciente se retiró molesta..."

P1: "...Que el día 14 catorce de octubre de 2016 dos mil dieciséis, cuando la de la voz, en compañía de Q1 y de su hija VI nos trasladamos de Santiago Ixcuintla, al Hospital General porque tenía cita para realizarle cesárea y dicha cita era a las 13:00 trece horas y VI ya era su segundo parto que tenía y la de la voz y mis acompañantes llegamos a las 12:30 del día aproximadamente y dicho ginecólogo el cual no supe su nombre llegó como a las 14:00 horas..."

Con lo anterior, se resalta el hecho de que el médico tratante contó con el tiempo necesario para poder referir a la paciente a un Hospital que contara con el personal especializado para atender este tipo de embarazos, y con las instalaciones adecuadas para enfrentar cualquier complicación que pudiera presentarse durante el trabajo de parto o posparto; incluso, se contaba con las condiciones, en cuanto a tiempo se refiere (*39 semanas de gestación*), para haber ordenado referir a la agraviada, a un hospital con mayor grado de resolución, en donde se le atendiera debidamente el embarazo de alto

riesgo, mediante la implementación de medidas preventivas tendientes a mejorar el pronóstico de vida para la mujer embarazada, más sin embargo se ignoraron todas las medidas de protección; en el caso concreto, se dejó de referir a la paciente al Hospital General de Tepic, en donde se cuentan con el personal especializado y equipo médico para mejorar la calidad de la atención brindada, esto es con capacidad para establecer el código mater y con el equipo de respuesta inmediata obstétrica.

Es decir, al médico responsable no le importó brindar la asistencia médica a la paciente en un Hospital que carece de un *Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica y el equipamiento para activar el código mater*, a pesar de los factores de riesgo bajo los cuales se desarrolló el embarazo de **V1**, que generaban un pronóstico no favorable para preservar su vida, tan fue así que ésta falleció a consecuencia de una complicación que se dio durante el parto y posparto – *Hemorragia Obstétrica* – dicho en otras palabras, se le privó de la oportunidad de ser atendida bajo condiciones y en instalaciones que requería para enfrentar de *manera inmediata* la emergencia o urgencia obstétrica.

Al respecto, el Director del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, al rendir su informe justificado a este Organismo Autónomo, manifestó que ese nosocomio *No se encuentra catalogado como Hospital Si Mujer en el Estado*, lo que implica que no se cuenta con las condiciones para atender de forma integral a pacientes de alto riesgo, ni aquellas que presentan una urgencia o emergencia obstétrica.

F) También es de destacarse que al momento de intervenir a **V1**, el hospital tenía deficiencias y/o carencias generadoras de riesgos que no eran inherentes al embarazo de la paciente, haciendo no idónea su asistencia médica por los riesgos latentes de ser víctima de una inadecuada atención médica; uno los principales factores fue que el día de atención del parto, dicho nosocomio no contaba con los servicios de la autoclave, los cuales son indispensable para la esterilización de material médico o de laboratorio.

Sobre este punto el propio Director del Nosocomio, al rendir su informe a este Organismo Autónomo reconoció que el día de la atención de la agraviada la autoclave no era funcional, pues de manera textual refirió:

“...*Cabe aclarar que no se contaba con autoclave funcional...*”.

La falta de insumos, equipo e instrumental médico *quirúrgico*, no se dio sólo el día de la atención médica de la paciente, sino que era una deficiencia recurrente en el nosocomio, incluso reportado en múltiples ocasiones por el personal de enfermería a los Directivos Responsables de proveer o tomar las medidas necesarias para vigilar el buen funcionamiento del hospital; lo cual hacía aún mas apremiante la referencia de la agraviada a otro hospital con las condiciones adecuadas para su atención y protección de su vida.

En este sentido, la Jefa de Enfermeras del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, **A23**, al rendir su declaración ante este Organismo Autónomo, en relación al punto tratado, estableció que el mal funcionamiento del autoclave, faltantes de insumos y material quirúrgico

habían provocado el atraso en la atención médica de los pacientes hasta llegar a negar los procedimientos quirúrgicos; pues al respecto, manifestó:

*“(Sic)...manifestando que cuando se da el nombramiento de jefa de jefatura, solicito por oficio la entrega recepción, el cual el C. A24 me hace entrega del oficio de número 0044/2016 en el cual se le da constancia de entrega de material de fecha 09 nueve de septiembre de 2016 dos mil dieciséis, firmado por el L.E.E. A25, del cual se anexa copia simple, por el cual y al observar el faltante de material con fecha 16 de noviembre de 2016, la de la voz envió oficio de petición al subdirector del Hospital el DR. A21 y en el cual se le hace del conocimiento la falta de insumos y material quirúrgico, pero éste hace caso omiso a mi petición, por lo cual desde esa fecha realizo constantemente oficios de solicitud a los diferentes directores para que se me apoyara para equipos y con surtir el material quirúrgico, insumos y todo lo que se requiere en el hospital; **con fecha 13 y 14 de septiembre de 2017 se cubrió la falta de campos quirúrgicos para la esterilización de charolas quirúrgicas ya que se hizo entrega de 12 juegos de charolas quirúrgicas; quiero abundar y hacer del conocimiento que el autoclave tiene y ha tenido fallas y por esta razón no se lleva de manera normal la esterilización de materiales, por ende se atrasan o se negaban los procedimientos quirúrgicos, anexando también oficios...**”.*

Asimismo, es de destacarse el oficio número 0041/2016, mediante el cual la Jefatura de Enfermería solicitó al Director del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, se abocara a solucionar los problemas que presentaba el nosocomio y que originaba ponen en riesgo la integridad de los pacientes y del personal médico; lo anterior se realizó en los siguientes términos:

“Santiago Ixcuintla, Nay, 16 de noviembre 2016... Por medio del presente envió un cordial saludo esperando se encuentre de la mejor manera, así mismo me dirijo a usted para expresarle las inconformidades con la que trabaja el personal tanto médico como enfermero por no contar con los insumos necesarios para trabajar dentro de nuestras instalaciones (por mencionar jeringas, guantes quirúrgicos, suturas, medicamentos, catéter periférico de calibre 18 y 17, perilla, sol Glucosa al 50% entre otras) sin dejar de mencionar el mal funcionamiento del autoclave ya que es parte importante para brindar un mejor servicio en el hospital; sobresaliendo el área de quirófano que últimamente se ha presentado urgencias y no cuenta con dicho material para salir de ellas las cuales se atienden en precarias condiciones arriesgándose a cometer alguna negligencia, sin dejar de mencionar el riesgo laboral a los trabajadores...”.

(El énfasis es propio)

Estos elementos se enlazan con las declaraciones testimoniales de aquellas personas que acompañaron a la paciente **V1**, el día en que se generó su asistencia médica, quienes de manera coincidente establecieron que existió un retraso inexcusable en la atención de la agraviada debido a que el Hospital carecía de “charolas quirúrgicas”, atribuido al hecho que no estaba en funciones la autoclave.

Así la ciudadana **Q1**, manifestó:

*“(Sic)...Que fue el día viernes 14 catorce de octubre de 2016 dos mil dieciséis cuando llegamos mi hija, la de la voz y mi pareja sentimental al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y mi pareja y yo acompañábamos a mi hija ya que ésta tenía cita con su ginecólogo, porque éste la había programado para realizarle cesárea para el nacimiento de su bebé, citándola antes de las 13.00 horas de ese día el cual el citado ginecólogo no apareció a la hora acordada, si no hasta que le pedimos información a una enfermera y fue y lo buscó y ya que este la metió al consultorio y le dijo a mi hija **V1** a*

otra paciente que también había programado para cesárea al igual que a mi hija, **que no contaban con bandejas esterilizadas para realizar la operación** y la otra paciente se retiró molesta, ya que a esta la tenían desde el día jueves 13 trece de octubre sin comer absolutamente nada; **Nosotros nos quedamos esperando al ginecólogo como nos lo indico durante una hora, cuando de repente salió y nos dijo córrale antes de que nos ganen la bandeja en el quirófano, cuando entramos para que la prepararan me envió el doctor a comprarle unas cosas que necesitaba siendo esto tubo para cirugía, pañales y bisturí;** Mi hija VI ingresó al quirófano a las 15:00 quince horas al quirófano y yo me quede sola en la sala de espera durante un par de horas , cuando llegó mi pareja y mi menor hija a las 18:45 horas aproximadamente y preguntaron por el estado de mi hija y les comente que aún no me daban razón, entonces mi pareja fue con la trabajadora social ya que es conocida de ella para que nos apoyara para saber el estado de mi hija y ya esta se introdujo y se informó, y ya salió y nos dijo que le había dicho el ginecólogo que todo estaba bien, que solo la dejarían en el quirófano porque no había camas para pasarla a recuperación, **no habían pasado ni 10 diez minutos cuando el guardia salió y me pidió un medicamento para mi hija** y formula para el bebe; fui y lo traje y ya que le di lo que me había pedido, paso media hora, cuando el guardia salió nuevamente y me comentó que entrará al área de toco porque el ginecólogo quería hablar conmigo, **ingrese y en ese lugar el ginecólogo me informa que mi hija VI tenía una hemorragia incontrolable que ya le habían puesto un tapón pero que no dejaba de sangrar y tendría que quitarle la matriz para detener el sangrado;** después de un buen rato que salio el doctor de otra operación fui a preguntar nuevamente por el estado de salud de mi hija y me comentaron que estaba bien para esto mi pareja ya había escuchado que a mi hija la trasladarían a la ciudad de Tepic y **le pregunté al doctor y este me dijo que había salido bien y que todo estaba bien, sólo que la pasarían a Tepic porque en ese lugar no tenían lo necesario para sus cuidados, que la llevarían a terapia intensiva;** De Santiago la trasladaron a las **11:30 de la noche** al Hospital General de Tepic y donde según la atendieron en cuanto llegamos y en Toco me preguntaron varios datos de mi hija y me dijeron que esperara, después de esto ya no recibí información alguna... ”.

Lo anterior, resulta concordante con lo manifestado por la ciudadana P1, quien también acompañó a la agraviada durante la atención médica proporcionada en el Hospital General de Santiago Ixcuintla; pues al respecto manifestó:

“(Sic)...*Que fue el día 14 catorce de octubre de 2016 dos mil dieciséis cuando la de la voz en compañía de Q1 y de su hija VI nos trasladamos de Santiago Ixcuintla, al Hospital General porque tenía cita para realizarle Cesárea y dicha cita era a las 13:00 horas y VIyo era el segundo parto que tenía y la de la voz y mis acompañantes llegamos a las 12:30 del día aproximadamente y dicho ginecólogo el cual no supe su nombre no se encontraba y éste llegó como a las 14:00 horas, una hora más tarde de lo previsto; llegando le habló a VI y a otra persona también embarazada y les paso al consultorio a las dos juntas, y esto fue para decirles que no realizarían la Cesárea porque no contaban con charola quirúrgica, cosa que molesto a Q1 y le dijo que como era posible que no contaran con el material, si ella ya estaba programada para dicha cirugía y entonces el doctor cambio de parecer y dijo que nos esperáramos que él conseguiría el material, y después de una hora regreso y dijo que nos apuráramos porque si no nos ganaban la charola, la de la voz me retire unos instantes del lugar, donde atendían a VI, pero regresando me di cuenta que Q1 había comprado material para la atención de VI, yo me tuve que retirar para venir a Tuxpan y VI estaba en el quirófano y ya eran las 3:30 de la tarde y regrese a las 6:45 de la tarde nuevamente al Hospital General de Santiago y llegando le pregunte a Q1 por el estado de VI, y si ya había nacido la niña, y me comento que todavía no le daban ninguna razón, por lo que me fui a buscar a una conocida que trabaja en el hospital y es trabajadora social, y ya le comente que*

*no nos daban razón de V1 y ella se fue a preguntar por ésta y ya volvió y comentó que la bebé ya había nacido y que ambos estaban bien, y eso le había comentado el ginecólogo y fui con Q1 y le dije lo que me comento mi amiga y como a los diez minutos le habló el guardia a Q1 y le comento que le comento que le comprara un medicamento y formula para la niña y ya era como las 7:30 de la noche, la de la voz me salí fuera del Hospital y escuché que una enfermera que el comentaba al chofer de la ambulancia que no se moviera porque iba a trasladar a una paciente que estaba en el quirófano y **estaba muy grave que nada mas la estabilizarían porque sino no alcanzaría a llegar al Hospital de Tepic**, entonces lo que hice fue comentarle lo que había escuchado y en esos momentos salió el guardia y le hablo a Q1 nuevamente y ella se fue para donde esta el quirófano y **ya el ginecólogo le dijo que tenía que extirparle la matriz, porque tenía una fuerte hemorragia, ya que la matriz no había cerrado bien**; yo nuevamente me tuve que venir a Tuxpan... ”.*

Llama la atención para esta Comisión de Derechos Humanos el silencio asumido por el médico tratante **A16**, al solicitarle información tendiente a conocer si al momento de desahogar el procedimiento quirúrgico de la paciente V1, contaba con los insumos necesarios para practicar la cirugía de cesárea, como bultos quirúrgicos e instrumental quirúrgico; lo anterior tuvo lugar cuando, el día 07 siete de noviembre del año 2017 dos mil diecisiete, se le realizó la pregunta directa sobre estos datos, y el servidor público asumió la postura de reservarse esta información.

La reserva de información respecto a una función pública que se ejerció en una institución de la misma naturaleza, la cual resulta indispensable para la integración de la investigación desarrollada por este Organismo Constitucional, denota una actitud de desinterés y desprecio respecto de la observancia y protección de los Derechos Humanos que no debe ser tolerada en el marco de un estado de derecho de manera que las autoridades como ésta, que no actúan en este sentido contradice las leyes expedidas sobre responsabilidad de los servidores públicos, que regulan el respeto a la legalidad y desempeño de la función con la probidad, eficacia y diligencia requerida en el servicio a su cargo; lo cual constituye por si sólo una violación a los derechos humanos de los afectados por su actuación.

Sin embargo, los elementos contenidos en la investigación resultan suficientes para establecer la responsabilidad administrativa en la que incurrió el médico aludido, pues como se estableció a través de los medios de convicción descritos, es innegable que a la ciudadana **V1** se le sometió a recibir asistencia quirúrgica en un hospital que no contaba con los elementos suficientes para afrontar las complicaciones resultantes de un embarazo de alto riesgo, en donde se carecía de los insumos e instrumental básico, al grado de ser la propia madre de ésta quien adquirió el bisturí y diversos insumos que se requerían durante su intervención; en donde no se contaba tan siquiera con un servicio funcional de autoclave, que como se dijo era necesario para la esterilización del material médico o de laboratorio; deficiencias que eran recurrentes en el nosocomio, y lógicamente del conocimiento del personal médico adscrito al mismo, y por ende el médico tratante; el decir lo contrario resultaría mas grave, pues no es posible concebir que un médico realice una intervención quirúrgica sin conocer las condiciones o deficiencia que tiene el hospital y que pudieran ocasionar una deficiente atención médica o negligencia de su parte. En el caso concreto, las condiciones bajo las cuales funciona el nosocomio debieron ser suficiente para que el médico ejerciera los medios de

protección a favor de la madre, entre otros, referir con tiempo suficiente a la paciente a otro hospital que reuniera las condiciones adecuadas para la atención de su embarazo y con el personal especializado para su asistencia, en consideración al alto riesgo que presentó durante 39 semanas de gestación.

Existe un deber jurídico de cuidado al que se faltó, que hace que los médicos en el ejercicio profesional actúen con pericia y diligentemente tanto en el diagnóstico como en el tratamiento que se da a los pacientes, y en caso que ello no sea así, como ocurrió con la agraviada, se incurre en una responsabilidad profesional producto de su actuar negligente, pudiendo también ser institucional, en ambos casos lo procedente es iniciar procedimiento administrativo de responsabilidad para, en su caso, aplicar la sanción correspondiente, reparar el daño causado y evitar la repetición del acto.

G. El día *13 trece de octubre del año 2016 dos mil dieciséis*, **V1** recibió consulta médica, en la cual se le encontró con 38.6 semanas de amenorrea, con un peso de 131.500 kg., tensión arterial 140/80, entre otros datos; lo que demuestra que el médico tratante **A16** contaba con el tiempo necesario para ordenar su referencia a otro hospital; no obstante, decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente – Cesárea – al día siguiente.

El día *14 catorce de octubre del 2016 dos mil dieciséis*, siendo las 12:30 doce horas con treinta minutos, la agraviada **V1**, se presentó en las instalaciones del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, sin ser atendida por ningún especialista sino hasta las 14 catorce horas del mismo día, cuando la consultó el mismo doctor **A16**, quien retrasó su intervención quirúrgica debido a las recurrentes deficiencias que presentaba el nosocomio (*relatadas en apartado que antecede*), entre otras, ante la posibilidad de no contar con “*charola quirúrgica y/o bandeja esterilizada para la operación*”, tal como lo comunicó el médico tratante a la paciente y a familiares que la acompañaban, pues al respecto, relatan los testimonios de las ciudadanas **Q1** y **P1**, que el médico aludido le solicitó a la agraviada esperara el tiempo necesario para que pudiera “*conseguir el material que se ocuparía en la intervención*”, y así una hora después el doctor les comentó que actuarían de forma rápida para efecto de que no les “*ganaran la bandeja en el quirófano*”, no sin antes solicitar a **Q1** la compra “*Tubo para Cirugía, pañales y un bisturí*” por carecer de los mismos, y desde luego ser indispensables para iniciar su procedimiento de cesárea.

En cuanto a la práctica médica, se tienen los siguientes datos:

“Nota preanestésica (urgencias), se ignora la hora de la valoración puesto q no se aprecia por nota. Femenina de 23 años de edad a la cual se realiza cesárea + OTB por tener de diagnóstico embarazo de T, con producto uno, macrosómico, hipertensa crónica a descartar preeclamsia + paridad satisfecha. Niega quirúrgicos, alergias, transfusionales; obesidad mórbida. Hemoglobina 13, Hto. 39.7, plaquetas 155000, Tp 10.9, TpT 28.8, INR 0.88, “O” positivo. Riesgo quirúrgico U II B, se le informa sobre el procedimiento anestésico y riesgos y probables efectos adversos. Tx actual alfametildopa y ASA (protect). Se firma hoja de consentimiento informado. Dr. A18

Siendo las 19:30 diecinueve horas con treinta minutos, refiere la nota trans y postanestésica inmediata que ingresa a quirófano consciente,

ansiosa, cooperadora, con TA 166/95 mmHg, FC: 82. Se premedica con midazolam 1.5+fenta 50 TA 142/74, FC: 81, con DLI, asepsia y antisepsia, se le realiza punción en L3-L4 (2), acceso difícil, sin incidentes aparentes, técnica perdida de resistencia; aguja Touhy numero diecisiete a través de con aguja whytasee numero doscientos setenta y seis, salida de líquido cefalorraquídeo claro; dosis de bupivacaina 10 mg, se retira aguja W. se coloca CPD cefálico. Anestesia satisfactoria. Ventilación espontánea SPO2 94-99%, TA trans 115/60, 13/70, FC: 68-85 por minuto; EKG sin alteraciones (SE OBTUVO PRODUCTO UNICO, VIVO, MACROSOMICO). Medicamento administrado oxitocina (se suspende) carbetocina 10 mg, dexametazona 8 mg, metamizol 2 mg, completa anestesia. Sedación con mida total 4.5, fentanil total 150, sangrado aproximado de 600 ml seiscientos mililitros. Uresis de 100 ml, líquidos administrados 1800 ml, no afecta, adecuado hemodinámico aparente, TA: 145/84, FC: 79, SPO2: 99 por minuto. Firma Dr. A18. Se ignora cedula y cargo. Add. Presenta sangrado transvaginal lo que amerita masaje, gluconato de calcio un gramo, colocación de balón de Becky, sangrado aproximado de 400 cuatrocientos mililitros, total mil mililitros. Resto de la nota es ilegible, caligrafía deficiente.

14 catorce de octubre del dos mil dieciséis siendo las **21:00 veintiún** horas, se encuentra nota medica preoperatoria del servicio de GYO, a nombre de VI, de 23 años de edad sexo femenino, justificación clínica: **paciente continua con sangrado transvaginal, aproximadamente 800 ochocientos mililitros**, se decide histerectomía obstétrica se informa a familiares. Cuidados y plan terapéutico preoperatorio. Solicito dos CE más dos PFC. Factores de riesgo quirúrgico/anestésico: hemorragia obstétrica, obesidad, sangrado, atonía; fecha y hora de la cirugía: 14/10/16, siendo las 20:00 horas. Puerperio quirúrgico patológico + hemorragia obstétrica + atonía uterina. Cirugía programada histerectomía subtotal; anestesia planeada: general IV; pronóstico: reservado a evolución, **paciente grave se informa a familiares.** Firma de consentimientos (mama). **Medico: Dr. Núñez.** Firma autorización del paciente Sra. Q1 (mama). Nota postoperatoria, con fecha del día 14 catorce de octubre del dos mil dieciséis, siendo las 21:06 veintiún horas con seis minutos, cirugía realizada histerectomía, anestesia administrada: general IV, diagnostico postoperatorio: **puerperio quirúrgico inmediato + hemorragia obstétrica + balón de bakri + histerectomía subtotal.** Cuenta de textiles completas. Responsable de la cuenta de textiles: enfermero A19, enfermera A20. Accidentes o incidentes: no, sangrado aproximado: 800 ml por reintervención, 400 ml transquirúrgico, segundo procedimiento total doscientos mililitros mas 1000 parto; **total acumulado de 2200 dos mil doscientos mililitros,** se transfunden tres concentrados eritrocitarios. Técnica quirúrgica: se retiran puntos en heridas, se llega a cavidad abdominal, se desinfla balón de becri. Se pinza arterias uterinas, se pinza grueso, cortan vaginales, redondos y paquete uterinas derecha e izquierda. Se pinza, anuda y corta uterina derecha e izquierda. Se corta a nivel de istmo uterino, se verifica hemostasia, se coloca Penrose de 3/4", para vigilar sangrado y se anuncia cuenta completa. Se inicia cierre por planos. **Firma cirujano: Dr. A16, primer ayudante Dr. A18, anesthesiólogo: Dr. A18.** Circulante: enfermero A18, instrumentista enfermera A19. Estado postquirúrgico inmediato TA: 143/58, FC: 114 por minuto, FR: 22 por minuto. Estado general bueno, hidratación bueno, palidez no, consiente. Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato: antibióticos, vigilar sangrado por Penrose. **Se envía a Tepic para su ingreso a UCI. Paciente actualmente estable, con alto riesgo de complicaciones postquirúrgicas, se informa a familiares. Firma Dr. A16.**

La nota de referencia con fecha del día 14 catorce de octubre del dos mil catorce siendo las 21 horas, se proporciona nota de referencia como urgente a nombre de VI, de 23 años de edad, femenina, cuenta con seguro popular, domicilio en Tuxpan, unidad que refiere: Hospital General de Santiago Ixcuintla,

*unidad a la que se refiere: Hospital General de Tepic, Unidad de Cuidados Intensivos. **Se ignora somatometría y signos vitales.** Dentro del resumen clínico, refiere: secundigesta con embarazo de término, producto macrosómico, trastorno hipertensivo, **se realiza cesárea presentando hemorragia por atonía uterina, se coloca balón de Bakri sin mejoría del sangrado,** por lo que se interviene nuevamente, para realizar histerectomía, se inicia hemotransfusión para control hemodinámica, paciente requiere de continuar atención en UCI, motivo por el cual se envía, ya que **NO CONTAMOS CON ESTE SERVICIO.** Impresión diagnóstica: PO. **Histerectomía secundaria a hemorragia obstétrica, puerperio patológico.** Tratamiento otorgado: **se transfundieron dos paquetes globulares, solución Hartman, derivados, gluconato de calcio, Ig diluido en la solución, se transfundieron tres paquetes globulares.** Firma de responsables de la unidad: **Dr. A21, firma del médico: Dr. A16 GYO y Dr. A22 Medico general.***

En cuanto al Hospital General de la ciudad de Tepic, Nayarit, tenemos que se recibió a la paciente y/o agraviada a las **01:00 horas del día 15 de octubre del 2016 dos mil dieciséis,** según nota de ingreso registrada en el servicio de tococirugía, con signos vitales con 118/64 mmHg, FC: 98 X minuto, FR: 22 por minuto, temperatura de 35° C; con antecedente quirúrgico, cesárea + histerectomía el día 14/10/16, en el hospital de Santiago Ixcuintla por atonía uterina sangrado total de 2200 cc, hemotransfusiones de 3 paquetes globulares por hemorragia obstétrica en esta ocasión, sin reacción postransfusional al momento. Antecedentes Gineco-obstétricos, menarca a los 13 años, ciclo 30X5, citología cervical negadas IVSA 18 años de edad, PS 2, G:2. P:01 (hace 4 años peso 4420 grs), cesárea: 01 + histerectomía obstétrica HGSI 14/10/16, aproximadamente 16:00. Padecimiento actual: referida del Hospital de Santiago Ixcuintla por puerperio quirúrgico inmediato + patológico por Hemorragia Obstétrica + histerectomía Obstétrica subtotal + choque hipovolemico IV, paciente la cual se realiza cesárea 14/10/16 a las 16:00 horas por feto macrosómico con RN 4000 grs, sangrado transquirurgico de 600 ml, posterior a hipotonía uterina con sangrado de 400 cc, se aplica carbetocina 1 amp. IV y se coloca balón de BAKRY, sin embargo persiste el sangrado, se pasa a histerectomía obstétrica subtotal, sangrado de 800 cc, en procedimiento quirúrgico, sangrado total estimado de 2200 ml, se transfunden 3 tres concertados eritrocitarios, se coloca penrose.

Siendo las 2:15 dos horas con quince minutos la paciente fue valorada por el área de cuidados intensivos, determinándose que debía continuar su atención en Toco Cirugía, lugar en donde permaneció a pesar de ser una paciente altamente complicable por los factores de riesgo ya señalados y los cuales, a consideración de este Organismo Autónomo ponían en peligro su vida, muestra de lo anterior, fue que la paciente *falleció el día 16 dieciséis de octubre del 2016 dos mil dieciséis, sin recibir la atención médica especializada que sólo se le podía haber brindado en la unidad de cuidados intensivo y que pudo ser la diferencia entre restablecer su salud o perder su vida.*

No debemos de perder de vista que la Unidad de Terapia Intensiva es un área de hospitalización en la que un equipo multidisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo continuo, diagnóstico y tratamiento; pues esta área cuenta con el apoyo de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como de soporte vital las 24 horas del día; de tal forma,

que los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete se obtienen con la oportunidad que el caso requiera.

En este caso, de acuerdo a los antecedentes ginecológicos, intervenciones quirúrgicas y diagnóstico, hicieron evidente el estado crítico de la paciente, lo cual conllevaba, sin lugar a dudas, a ser candidata a ser ingresada al área de cuidados intensivos *pues requería asistencia médica continua*, siendo además potencialmente recuperable su salud; no obstante, se reitera **V1** falleció a 36 treinta y seis horas de su ingreso al hospital por presentar complicaciones orgánicas que sobrevinieron a la hemorragia obstétrica, como lo fue el choque hipovolemico irreversible y paro cardiorrespiratorio; lo cual es prueba suficiente irrefutable que la paciente careció de un monitoreo adecuado, pues no se concibe que no se haya actuado de forma alguna para poder restablecer su salud, o se le haya dejado en un área que no ofrece el servicio de asistencia médica continua.¹³

Cabe mencionar que la necesidad de ingresar a la usuaria al área de cuidados intensivos fue determinada por el especialista en Ginecología y Obstetricia **A16**, adscrito al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, y quien de primera mano, valoró a la paciente, pues fue el responsable de intervenirla en dos ocasiones, la última para buscar detener la Hemorragia Obstétrica que se presentó pos parto; luego entonces quien con conocimiento de causa decidió – *ante las condiciones altamente complicables que presentaba* – referir a la paciente al área donde a su consideración podía ser monitorizada de forma continua, como acción necesaria para salvar su vida, es decir, determinó que la agraviada debía de ser ingresada al área de terapia intensiva del Hospital Civil de Tepic, Nayarit.

La nota de referencia (traslado) a la que se hace mención, esta signada el 14 catorce de octubre del 2016 dos mil dieciséis, por el Médico Gineco-Obstetra **A16** y por el entonces Director del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, Médico **A21**, en cuyo contenido se estableció como urgente la atención a otorgarse a **V1**, en consecuencia se solicitó su ingreso a la **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**; dentro del resumen clínico, refiere: “*secundigesta con embarazo de termino, producto macrosómico, trastorno hipertensivo, se realiza cesárea presentando hemorragia por atonía uterina, se coloca balón de Bakri sin mejoría del sangrado, por lo que se interviene nuevamente, para realizar histerectomía, se inicia hemotransfusión para control hemodinámica, paciente requiere de continuar atención en UCI, motivo por el cual se envía, ya que NO CONTAMOS CON ESTE SERVICIO. Impresión diagnóstica: PO. Histerectomía secundaria a hemorragia obstétrica, puerperio patológico. Tratamiento otorgado: se transfundieron dos paquetes globulares, solución Hartman, derivados, gluconato de calcio, Ig diluido en la solución, se transfundieron tres paquetes globulares...*”.

Con lo anterior, el Médico Ginecólogo responsable de realizar la Histerectomía a **V1**, actuó de acuerdo con los *Lineamientos para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica*, emitidos

¹³ Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de cuidados intensivos. 4.3 Cuidados Intensivos, a la forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado crítico. 4.5. Estado agudo crítico, a la existencia de alteraciones fisiológicas que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes que presentan enfermedades con posibilidades razonables de recuperación.

por la Secretaría de Salud (año 2010), pues en ellos se establece que la vigilancia postoperatoria de la paciente con complicaciones de esta naturaleza deberá ser efectuada indistintamente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Luego, una vez que a la paciente se le trasladó al Hospital General “Dr. Antonio González Guevara” con sede en Tepic, Nayarit, debió de ser ingresada de forma inmediata al área de cuidados intensivos, y evitar cualquier contratiempo que pusiera en riesgo su vida, pues era evidente su estado crítico bajo el cual se encontraba, como evidente la necesidad de recibir una atención oportuna y constante - *muestra de ello, fue que falleció a 36 horas de haber llegado a dicho nosocomio* - ; entonces, el personal de salud del Hospital que recepcionó a la paciente estaba obligado a actuar de acuerdo a los lineamientos establecidos para la *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica*, y sobre todo respetar el criterio médico del especialista que conocía a profundidad las condiciones de salud de la paciente y quien le practicó una histerectomía como procedimiento tendiente a controlar la hemorragia obstétrica que presentaba, que dicho sea de paso fue la causa primaria de la muerte materna.

No obstante, la Doctora A1, responsable del área de Ginecología del Hospital General de Tepic, Nayarit, al recibir la referencia de la paciente V1, no ordenó su ingreso inmediato al *ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS* como lo estableció el Ginecólogo tratante (Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit), pues dicha doctora sin explicación lógica, de mutuo propio, decidió consultar nuevamente a la paciente para establecer si a su consideración era o no procedente su ingreso al área de cuidados intensivos.

Con lo anterior, la Doctora A1, responsable del área de Ginecología del Hospital General de Tepic, Nayarit, evitó que la paciente recibiera la atención médica inmediata y continua que necesitaba para preservar su vida, pues de acuerdo a los antecedentes ginecológicos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones que se presentaron durante la misma, requería monitoreo intensivo.¹⁴

Además, es de considerarse que el médico ginecólogo del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit, era quien conocía con detalle el estado de salud de la paciente, pues este fue el responsable de practicarle la Histerectomía por la complicaciones pos parto que presentó (Hemorragia Obstétrica), luego con el conocimiento médico suficiente para poder establecer que su paciente requería estar monitorizada en el área de cuidados intensivos.

Lo anterior fue ignorado por la Doctora A1, responsable del área de Ginecología del Hospital General de Tepic, Nayarit, pues como se dijo, lejos de atender la indicación del médico que conocía a profundidad las complicaciones de la paciente, decidió revalorarla para establecer si era o no procedente lo decidido por el médico tratante.

¹⁴ NOM-025-SSA3-20013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos. Objetivos 5.5.1.2.2. Prioridad II. Pacientes que requieren monitoreo intensivo y pueden necesitar intervenciones inmediatas, como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicaciones de procedimientos médicos o quirúrgicos.

Si bien es cierto que en este caso, de manera posterior a la valoración que realizó la doctora *A1*, ésta solicitó una inter-consulta al área de Terapia Intensiva, esta acción no era necesaria y entorpecía la asistencia médica que debía recibir la paciente con carácter de urgente para preservar su vida; en todo caso, lo que se debió de realizar es ingresar a la agraviada a la Unidad de Terapia Intensiva para que en esta área, una vez atendida se realizaran los estudios correspondientes y continuos que permitieran al especialista conocer en realidad la condición médica de la paciente y ser tratada con la importancia que merecía su padecimiento y no dejarla en un área que no le ofrecía los mismos servicios de monitoreo.

En cumplimiento a lo ordenado por la doctora *A1*, el Médico Internista de Terapia Intensiva *A4*, sin conocer de *FORMA INTEGRAL* el caso de la paciente, brindó interconsulta a la misma, y estableció que en su opinión *V1*, no era candidata a ingresar al área de cuidados intensivos; determinación que acarreó que dicha paciente no tuviera el monitoreo adecuado para preservar su vida, y como consecuencia se complicara su estado de salud y por último se presentara su muerte por Choque hipovolémico irreversible a consecuencia de la hemorragia obstétrica que se presentó pos parto.

La muerte materna producto de una violación a los derechos humanos, como lo es la Inadecuada Atención Médica, es violatoria a las disposiciones legales contenidas en los siguientes instrumentos jurídicos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 1. ...Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley...

Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Artículo 133. Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada entidad federativa se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de las entidades federativas.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

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...

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Artículo 12.1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Artículo 4.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción.

Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.

Artículo XI. 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.

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

Artículo 10. Derecho a la salud.

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

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a....

...f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Declaración sobre el Derecho al Desarrollo.

Artículo 8. Los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos. Deben adoptarse medidas eficaces para lograr que la mujer participe activamente en el proceso de desarrollo. Deben hacerse reformas

económicas y sociales adecuadas con objeto de erradicar todas las injusticias sociales.

Observación General número 14, el Derecho al Disfrute del más alto nivel posible de Salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU.

Artículo 1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley

Artículo 8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Artículo 11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

Artículo 12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte: a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS . b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser

accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: I) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos . II) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. III) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. IV) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Artículo 17. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la

salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Artículo 33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Artículo 34. En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.

Artículo 36. La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud

sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud

Artículo 37. La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.

Artículo 47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga.

Artículo 50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

Artículo 52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o

aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

En el ámbito Nacional.

Ley General de Salud.

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

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

- I.** El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades
- II.** La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III...**
- V.** El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

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

- I...**
- II.** La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- III...**
- IV.** La atención materno-infantil;

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

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

I...

III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta;

IV. La atención materno-infantil...

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 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno...

Artículo 35. Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 50. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

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.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

Artículo 51 bis 1.

Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 51 Bis 2. Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

Artículo 55. Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

Artículo 61. El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;...

Artículo 61 Bis. Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

Artículo 77 Bis 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.

Ley General de Víctimas.

Artículo 2. El objeto de esta Ley es:

I. Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, en especial el derecho a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, debida diligencia y todos los demás derechos consagrados en ella, en la Constitución, en los Tratados Internacionales de derechos humanos de los que el Estado Mexicano es Parte y demás instrumentos de derechos humanos.

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...

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han

sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

III. A conocer la verdad de lo ocurrido acerca de los hechos en que le fueron violados sus derechos humanos para lo cual la autoridad deberá informar los resultados de las investigaciones;

IV...

VI. A solicitar y a recibir ayuda, asistencia y atención en forma oportuna, rápida, equitativa, gratuita y efectiva por personal especializado en atención al daño sufrido desde la comisión del hecho victimizante, con independencia del lugar en donde ella se encuentre, así como a que esa ayuda, asistencia y atención no dé lugar, en ningún caso, a una nueva afectación;

VII. A la verdad, a la justicia y a la reparación integral a través de recursos y procedimientos accesibles, apropiados, suficientes, rápidos y eficaces;

VIII...

...XXVI. A una investigación pronta y efectiva que lleve a la identificación, captura, procesamiento y sanción de manera adecuada de todos los responsables del daño, al esclarecimiento de los hechos y a la reparación del daño;

Artículo 26. Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

Artículo 27. Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral comprenderá:

I. La restitución busca devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o a la violación de sus derechos humanos;

II. La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos;

III. La compensación 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. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos;

IV. La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas;

V. Las medidas de no repetición buscan que el hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir;

VI. Para los efectos de la presente Ley, la reparación colectiva se entenderá como un derecho del que son titulares los grupos, comunidades u organizaciones sociales que hayan sido afectadas por la violación de los derechos individuales de los miembros de los colectivos, o cuando el daño comporte un impacto colectivo. La restitución de los derechos afectados estará orientada a la reconstrucción del tejido social y cultural colectivo que reconozca la afectación en la capacidad institucional de garantizar el goce, la protección y la promoción de los derechos en las comunidades, grupos y pueblos afectados.

Las medidas colectivas que deberán implementarse tenderán al reconocimiento y dignificación de los sujetos colectivos victimizados; la reconstrucción del proyecto de vida colectivo, y el tejido social y cultural; la recuperación psicosocial de las poblaciones y grupos afectados y la promoción de la reconciliación y la cultura de la protección y promoción de los derechos humanos en las comunidades y colectivos afectados.

Las medidas de reparación integral previstas en el presente artículo podrán cubrirse con cargo al Fondo o a los Fondos Estatales, según corresponda.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Artículo 7. Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices:

I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones;

II...

...VII. Promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución.

VII...

VIII. Corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido; tendrán una vocación absoluta de servicio a la sociedad, y preservarán el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general;

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Artículo 8. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

III. De rehabilitación: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

Artículo 9. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 19. Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones:

I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

Artículo 21. En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.

Artículo 26. Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría.

Artículo 29. Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.

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.

Artículo 70. Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

I. Hospital General: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización...

Artículo 71. Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están

obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

Artículo 73. El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.

Artículo 74. Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

En el ámbito local.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit.

Artículo 7. El Estado tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Todos los habitantes del estado gozarán sea cual fuere su condición:

I...

XIII. Los derechos sociales que a continuación se enuncian:

1. Se reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano desde el momento de la fecundación natural o artificial y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural.

2. Toda mujer y su producto tienen derecho a la atención médica gratuita durante el periodo de embarazo y el parto...

Ley de Salud para el Estado de Nayarit.

Artículo 1. La presente ley es de orden público e interés social y tiene por objeto la protección de la salud y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la concurrencia de este y sus municipios en materia de salubridad local, en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Ley General de Salud, es de aplicación en el Estado de Nayarit.

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

I...

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

Artículo 4. Corresponde a los Servicios de Salud de Nayarit:

A) En materia de salubridad general;

I. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

II. La atención materno infantil;

Artículo 25. Se entenderá por servicios de salud, todas aquellas acciones que se realicen con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la colectividad

Artículo 26. Los servicios de salud se clasificarán en tres tipos:

I. De atención Médica...

Artículo 27. Conforme a las prioridades del sistema estatal de salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

I...

IV. Mujeres en periodo de gestación o lactancia;

Artículo 29. Para los efectos del derecho a la protección de la salud se consideran servicios básicos de salud preferentemente a:

I...

III. La atención médica integral, que comprende las acciones de carácter preventivo, curativo, paliativo, de urgencias, y de rehabilitación, incluyendo la reconstrucción mamaria, previo dictamen médico emitido por los Servicios de Salud de Nayarit, como parte de rehabilitación a quien se le haya realizado una mastectomía como tratamiento de cáncer de seno; Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.

IV. La atención materno-infantil;

V...

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables,

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables,

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.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y;

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad física y mental, así como la reconstrucción mamaria derivada de la realización de una mastectomía como tratamiento del cáncer de seno.

Artículo 43. Para los efectos de esta ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores públicos, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 44. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportuna, profesional, ética y de calidad idónea, así como la orientación necesaria respecto a riesgos, efectos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos, quirúrgicos y de rehabilitación que se le indiquen o apliquen, teniendo un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 56. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;

En ese sentido éste Organismo Protector de Derechos Humanos, se permite formular a Usted Ciudadano Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nayarit, la siguiente **RECOMENDACIÓN**, en el entendido de que el compromiso de este Organismo, es el de coadyuvar con el servicio público, señalando los actos, omisiones o conductas que originan la violación de Derechos Humanos, con la pretensión de que se corrijan las anomalías, se repare el daño causado y que no se repitan, en beneficio de la comunidad.

V. RECOMENDACIONES:

PRIMERA. Girar sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que en cumplimiento de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, de la Ley General de Salud y la Ley de Salud para el Estado de Nayarit, se inicie y determine procedimiento administrativo disciplinario en contra del Ginecólogo Obstetra adscrito al Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit **A16**, así como de la médico en Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tepic, Nayarit, **A1**, ambos responsables de la asistencia médica de la agraviada **VI**, al haber incurrido en la comisión de actos violatorios de derechos consistentes en **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** en la modalidad de **NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO**. Y en caso de resultarles responsabilidad sean sancionados, respetando su derecho de defensa para que ofrezcan los elementos de prueba que consideren

pertinentes, y aleguen, por sí mismos o a través de un defensor, de acuerdo a lo ordenado en los ordenamientos antes invocados.

SEGUNDA. Se tomen las medidas para reparar el daño causado a la víctima **VI**, que incluyan una indemnización o compensación, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit y Hospital General de Tepic, Nayarit, ambos dependientes de los Servicios de Salud del Estado, y se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERO. Se diseñe e imparta en el Hospital General de Santiago Ixcuintla, Nayarit y Hospital Civil de Tepic, Nayarit, ambos dependientes de los Servicios de Salud del Estado, un curso de capacitación en materia del derecho a la *protección de la salud materna y a la vida*, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente personal de **A16**, así como de la médico en Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tepic, Nayarit, **A1**, ambos responsables de la asistencia médica de la agraviada **VI**, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participó, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 102 apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 101 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit; 2, fracción XVIII, 18, fracción IV, 25, fracción VIII, de la Ley Orgánica de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, es de carácter público.

De conformidad con lo ordenado por el artículo 107 de la Ley Orgánica que rige las actividades de este Organismo Estatal, solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, nos sea informada en el término de diez días hábiles siguientes al de su notificación.

Igualmente solicito a usted, que las pruebas y constancias que acrediten el cumplimiento de la presente Recomendación sean enviadas a esta Comisión Estatal, en otros diez días hábiles adicionales.

La falta de respuesta sobre la aceptación de la Recomendación, dará lugar a que se interprete que la presente no fue aceptada, por lo que esta Comisión quedará en libertad de hacer pública esta circunstancia.

Se emite la presente Recomendación, en la ciudad de Tepic, capital del Estado de Nayarit; a 15 quince de agosto de 2018 dos mil dieciocho.

A T E N T A M E N T E
El Presidente de la Comisión de Defensa de
los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit

Mtro. Huicot Rivas Álvarez.