



Síntesis: El 31 de julio de 2010, aproximadamente a las 06:00 horas, V1, mujer de 21 años de edad, que cursaba un embarazo de 24 semanas de gestación, acudió al Área de Urgencias del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, perteneciente a la Secretaría de Salud de ese estado, ya que presentaba un leve sangrado. Posteriormente, de acuerdo con el dicho de Q1 (hermana), se le practicó un ultrasonido, y el personal médico del Servicio de Ginecología que atendió a la víctima les informó “que tenía las membranas rotas, por lo que era necesario realizarle un aborto”.

Al día siguiente, a V1 se le practicó otro ultrasonido en el que se advirtió que V2 estaba viva y contaba con buen ritmo cardíaco, sin embargo, el 2 de agosto de 2010, AR1 le refirió a otra familiar de V1 que el producto no sobreviviría, por lo que le solicitaron a AR2 su opinión sobre el caso, quien refirió que “el producto tenía 24 horas de haber fallecido”, razón por la que AR3 le suministró a la paciente un medicamento con la finalidad de inducir el parto.

El 3 de agosto de 2010, aproximadamente a las 05:50 horas de la mañana, V1 fue ingresada a la “sala de expulsión”, donde fue atendida por AR2, quien sin revisar a V2, según dicho de V1, reportó que se extrajo sin vida, a pesar de que le manifestó al personal de enfermería que su hija trataba de abrir la boca para respirar.

En este contexto, a las 18:00 horas del 3 de agosto de 2010, según dicho de Q1, les entregaron el cuerpo de V2, precisando que cuando destaparon la caja en que venía la niña para conocerla escucharon que lloraba, por lo que le quitaron los algodones que tenía en la boca y la trasladaron a un consultorio particular, y donde se les informó que presentaba un cuadro clínico de hipotermia severa.

El 4 de agosto de 2010, Q1 solicitó la intervención de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, para que V2 fuera trasladada al Hospital General en Pachuca, Hidalgo, donde a pesar de haber recibido la atención médica adecuada, falleció a las 18:00 horas del 5 de agosto de 2010.

En virtud de lo anterior, y dado que se vulneró el derecho a la protección a la salud de una mujer, así como el derecho a la vida en agravio de una menor de edad, recién nacida, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ejerció la facultad de atracción para conocer e investigar sobre los hechos ocurridos, por lo que solicitó los informes correspondientes tanto al Procurador General de Justicia, como al Secretario de Salud y al Director General de los Servicios de Salud, ambos del estado de Hidalgo.

Del análisis lógico-jurídico practicado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2010/4541/Q, este Organismo Nacional contó con elementos

para acreditar violaciones al derecho a la protección a la salud de V1 y al derecho a la vida en agravio de V2, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

De acuerdo con la nota de ingreso del 31 de julio de 2010, V1 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, refiriendo dolor y con sangrado transvaginal, y se le diagnosticó “embarazo de 24 semanas de gestación por fecha de última menstruación, más amenaza de parto prematuro”; asimismo, se indicó como plan de manejo: útero inhibición a base de indometacina, tratamiento profiláctico con antibiótico a base de ampicilina, y tratamiento de maduración pulmonar para V2 a base de betametasona.

En la nota de evolución matutina de V1, elaborada a las 14:00 horas del 1 de agosto de 2010, se describió que presentaba un producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos por minuto; Tarnier y Valsalva (maniobras utilizadas para observar la salida de líquido amniótico) negativos, con sangrado escaso; además, se tomó cristalografía (estudio en el cual se coloca una gota de líquido amniótico en una laminilla y se seca al aire creándose una cristalización en forma de hoja de helechos) que de igual forma resultó negativo, y se reportó como resultado del ultrasonido que le fue practicado: embarazo de 24 semanas de gestación, con oligohidramnios (disminución de la cantidad de líquido amniótico) severo, por lo que se indicó como plan de manejo vigilarla, reposo y practicarle estudios de laboratorio; además de cambiar antibiótico a ceftriaxona y con útero inhibición.

En este contexto, a las 12:10 horas del 2 de agosto de 2010, AR1 valoró a V1 y la diagnosticó con un cuadro de “embarazo de 24 semanas, con oligohidramnios” (disminución de la cantidad de líquido amniótico), y “corioamnioítis” (infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico), situación que, en opinión del perito médico-forense de este Organismo Nacional que investigó el expediente clínico, fue incorrecta, en razón de que la paciente no tenía síntomas que indicaran la presencia de un cuadro de corioamnioitis; sin embargo, AR1 informó a la víctima que era necesario finalizar el embarazo.

Así las cosas, a las 15:30 horas V1 fue valorada por AR3, quien la reportó con actividad uterina irregular y a la exploración física encontró que la toalla testigo estaba mojada con “olor a líquido amniótico, no fétido, tacto vaginal, cérvix blando anterior, acortado el 50 % permeable a un dedo, Tarnier y Valsalva positivos”, y concluyó un mal pronóstico fetal con prematurez extrema no compatible con la vida, con alto riesgo de infección y complicaciones inherentes, situación que informó a la paciente y a sus familiares e indicó como plan de manejo iniciar doble cobertura de antibiótico y misoprostol (medicamento que se utiliza para la práctica de abortos con medicamentos y en concreto para la inducción del parto, siempre

bajo supervisión médica por el riesgo de hemorragia que conlleva la mala utilización).

En opinión del perito médico-forense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, la atención proporcionada a V1 fue inadecuada, ya que omitió precisar las características de las contracciones, además de que sin confirmar el diagnóstico de ruptura de membranas mediante cristalografía, se decidió interrumpir el embarazo de V1, basándose en pruebas subjetivas como el “olor”, y se omitió trasladar a V1 a un hospital de tercer nivel, en el que se pudiera brindar la atención especializada que requerían tanto ella como su producto (V2), por lo que se dejó de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio; asimismo, se omitió registrar el progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, la evolución del trabajo del parto, el criterio médico, el registro del pulso, la tensión arterial y al temperatura.

Es de destacar que para este Organismo Nacional no pasó inadvertido el hecho de que existió abandono de paciente, ya que entre la hoja de notas e indicaciones médicas de V1, elaborada a las 15:30 horas del 2 de agosto de 2010, pasaron 14 horas para que se realizara otra nota médica hasta las 06:00 horas de la mañana del 3 de agosto de 2010.

Así las cosas, AR2 reportó en la nota de atención del parto el ingreso de V1 a la sala de expulsión, a las 6:00 horas del 3 de agosto del 2010, e indicó que se obtuvo un producto único femenino de 600 gramos, que no respiró a la extracción, y el cual se revisó, lo que refleja que omitió solicitar durante el parto la presencia de un médico pediatra, con la finalidad de que brindara la atención que V2 requeriría, así como de su posible reanimación, ya que no se advirtió en las constancias que integran el expediente clínico que el producto hubiere muerto dentro del útero, negándole la posibilidad que tenía de vivir.

Igualmente, AR2 reportó que V2 se extrajo sin vida, y sin haber comprobado clínicamente su fallecimiento la envió al Servicio de Patología, en el que permaneció aproximadamente 11 horas en condiciones extremas, ya que la temperatura de ese lugar es muy baja, pues es necesaria para la conservación de los cadáveres, circunstancia que aceleró la presencia de complicaciones propias de la inmadurez orgánica; asimismo, no pasó inadvertido que AR2 indicó como causas de muerte de V2 corioamnionitis y oligohidramnios.

El 3 de agosto de 2010, cuando Q1 recibió el supuesto cuerpo sin vida de V2, la escuchó llorar, por lo que la llevó a un consultorio particular, donde le informaron que la niña cursaba con hipotermia severa, y se le trasladó el 4 de agosto de 2010 al Hospital General en Pachuca, Hidalgo, donde recibió la atención médica adecuada, sin embargo, esa circunstancia se vio desfavorecida por las 11 horas

que la menor de edad permaneció en el Servicio de Patología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, en condiciones de abandono.

Finalmente, a las 17:30 horas del 5 de agosto de 2010, V2 presentó un deterioro súbito, a través de dos eventos de paro cardiorrespiratorio, sin responder a las maniobras de reanimación básicas ni avanzadas, por lo que se declaró su fallecimiento a las 18:00 horas de ese día, indicándose en su certificado de defunción como causa de muerte “asfixia perinatal consecutiva a inmadurez orgánica cardiopulmonar y prematuridad”.

En ese orden de ideas, es importante señalar que en opinión del médico forense de este Organismo Nacional, el deceso de V1 pudo haberse evitado con su traslado a un hospital de tercer nivel donde se contara con los recursos humanos especializados que permitieran brindarle una atención médica adecuada, básicamente, en haberse realizado todas las pruebas necesarias para establecer si V1 presentaba o no ruptura prematura de membranas y corioamnionitis, así como la atención especializada por neonatólogos e intensivistas.

En este caso en particular, la muerte de V2 derivó de forma directa de la inadecuada atención médica proporcionada por AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, quienes con sus conductas y omisiones dejaron de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.

Asimismo, para este Organismo Nacional no pasó inadvertido que el personal médico encargado de integrar el expediente clínico de V1 y de V2 en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, incumplió con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, toda vez que algunas de las notas de indicaciones médicas son ilegibles, presentan exceso de abreviaturas, los nombres de los médicos tratantes se encuentran incompletos, faltan notas de indicaciones médicas y de evolución por turno, además de que carece de partograma y descripción de la atención del parto y a la recién nacida, no obstante que esos documentos están orientados a garantizar la eficiencia en la práctica médica, y principalmente a dejar constancia de los antecedentes que permitan conocer la calidad del servicio otorgado.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional, el 22 de febrero de 2011, emitió la Recomendación 6/2011, dirigida al Gobernador Constitucional del estado de Hidalgo, para que se indemnice y reparen los daños a V1, o a quien mejor derecho tenga a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, dependiente de la Secretaría de Salud de ese estado, de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable sobre la materia, en virtud de las consideraciones planteadas

en el capítulo de observaciones de esta Recomendación, y envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento; que se otorgue a V1 el tratamiento médico y psicológico necesario para restablecer su salud física y emocional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; que se diseñen e impartan en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, y con ello se eviten actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos; que se implemente en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, como obligación para el personal médico, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios suficientes para mantener las habilidades necesarias para brindar un servicio médico adecuado y profesional; que se colabore con este Organismo Nacional en la presentación y trámite de la queja que promueva ante la Contraloría Interna de los Servicios de Salud de Hidalgo, en contra del personal médico del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, involucrado en los hechos, y que se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, por tratarse de servidores públicos locales los involucrados.

RECOMENDACIÓN No. 6/2011

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V1 Y PRIVACIÓN DE LA VIDA EN AGRAVIO DE V2, EN EL ESTADO DE HIDALGO.

México, D.F., a 22 de febrero de 2011

**LIC. MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE HIDALGO**

Distinguido señor gobernador:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2010/4541/Q, relacionado con el caso de V1 y V2.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos, y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 31 de julio de 2010, aproximadamente a las 6:00 horas, V1, mujer de 21 años de edad, que cursaba un embarazo de veinticuatro semanas (V2), acudió al área de Urgencias del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, perteneciente a la Secretaría de Salud de ese estado, ya que presentaba un leve sangrado. Posteriormente, de acuerdo al dicho de Q1 (hermana), se le practicó un

ultrasonido, y el personal médico que atendió a la víctima, les informó "... que tenía las membranas rotas, por lo que era necesario realizarle un aborto".

Al día siguiente, a V1 se le practicó otro ultrasonido en el que de acuerdo al dicho de Q1, se advirtió que V2 estaba viva y contaba con buen ritmo cardíaco; sin embargo, el 2 de agosto de 2010, AR1, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, le refirió a otra familiar de V1, que el producto no sobreviviría, por lo que le solicitaron a AR2, también médica adscrita al mencionado servicio de Ginecología su opinión sobre el caso, quien refirió que, "... el producto tenía 24 horas de haber fallecido"; razón por la que AR3, médico adscrito al referido servicio de Ginecología le suministró a V1 un medicamento con la finalidad de inducir el parto.

Así las cosas, el 3 de agosto de 2010, aproximadamente a las 5:50 horas de la mañana, V1 fue ingresada a la "sala de expulsión", donde fue atendida por AR2, médica adscrita al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, quien sin revisar a V2, según dicho de V1, reportó que se extrajo sin vida, a pesar de que la mamá le manifestó al personal de enfermería, que su hija trataba de abrir la boca para respirar.

En este contexto, siendo aproximadamente las 18:00 horas del 3 de agosto de 2010, según dicho de Q1, les entregaron el cuerpo de V2, supuestamente muerta, para realizarle los servicios funerarios respectivos, precisando que cuando destaparon la caja en que venía la niña para conocerla, escucharon con claridad que ésta lloraba, por lo que inmediatamente la sacaron de la misma y le quitaron los algodones que le habían colocado en la boca, corroborando que efectivamente la bebé estaba con vida, trasladándola para su atención inmediatamente a un consultorio particular, en el que el pediatra que la recibió les informó que la recién nacida presentaba un cuadro clínico de hipotermia severa.

El 4 de agosto de 2010, Q1 solicitó la intervención de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del estado de Hidalgo, para que V2 fuera trasladada en una ambulancia al Hospital General en Pachuca, Hidalgo, donde a pesar de haber recibido la atención médica adecuada, falleció a las 18:00 horas del 5 de agosto de 2010.

En virtud de lo anterior, y dado que los hechos trascendieron el interés de la entidad federativa e incidieron en la opinión pública nacional por tratarse de un asunto en el que se vulneró el derecho a la protección a la salud de una mujer, así como el derecho a la vida en agravio de una menor de edad, recién nacida, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, con fundamento en los artículos 60 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 14 de su reglamento interno, ejerció la facultad de atracción para conocer e investigar sobre los hechos ocurridos en este caso, por lo que, solicitó en los mismos términos, los informes

correspondientes, tanto al procurador general de justicia como al secretario de Salud y director general de los Servicios de Salud, ambos del estado de Hidalgo.

II. EVIDENCIAS

A. Queja presentada por Q1, vía telefónica el 4 de agosto de 2010, ante personal de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Hidalgo.

B. Acta circunstanciada del 12 de agosto de 2010, en la que consta la entrevista sostenida entre el director general del Programa de Atención a Víctimas del Delito de la CNDH con Q1, de la que destacan los siguientes documentos:

1. Certificado de muerte fetal de V2, en el que AR2, médica adscrita al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, hizo constar como hora y fecha de fallecimiento las 5:50 horas del 3 de agosto de 2010, y en el que se precisaron como causas de muerte “Corioamnioítis e Oligohidramnios”.

2. Necropsia practicada al cuerpo de V2, por peritos médicos forenses oficiales de la Procuraduría General de Justicia del estado de Hidalgo, el 6 de agosto de 2010.

3. Certificado de defunción de V2, emitido el 6 de agosto de 2010, en el que se señalan como fecha y hora de fallecimiento las 18:00 horas del 5 de agosto de 2010, y se especifica como causa de muerte “Asfixia perinatal consecutiva a inmadurez orgánica cardio pulmonar y prematuridad.”

C. Informe del 8 de octubre de 2010, suscrito por el secretario de Salud y director de los Servicios de Salud del estado de Hidalgo, al que anexó copia de los informes rendidos por el encargado de la Dirección del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo y el director del Hospital General de Pachuca, así como copia del expediente clínico de V1, del que destacan las siguientes constancias:

1. Nota de ingreso emitida el 31 de julio de 2010, en la que una médico adscrita al servicio de Urgencias del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, hizo constar el ingreso de V1 a ese nosocomio.

2. Hoja de consulta de urgencias que refiere el estado clínico de V1, suscrita por una médico adscrita a ese servicio del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo de fecha 31 de julio de 2010.

3. Hojas de notas e indicaciones médicas de V1, elaboradas el 31 de julio de 2010, por personal médico del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

4. Nota de evolución ginecológica de V1, elaborada por AR3, médico adscrito al servicio de Ginecología del mencionado Hospital General, a las 14:00 horas del 31 de julio de 2010, en la que se señaló precisamente que no estaba corroborado el diagnóstico de la ruptura de membranas.

5. Nota de evolución matutina de V1, elaborada por un médico adscrito al Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, a las 08:00 horas del 1 de agosto de 2010, en la que se observó la solicitud para practicar a la paciente un ultrasonido obstétrico de control para valoración de grado del líquido amniótico.

6. Nota de evolución vespertina de V1, elaborada por un médico adscrito al Hospital General de Tulancingo de Bravo, a las 18:40 horas del 1 de agosto de 2010, en la que se precisó la valoración del resultado del ultrasonido obstétrico practicado a la paciente.

7. Hojas de notas e indicaciones médicas de V1, una de ellas suscrita por AR1, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, a las 12:10 horas del 2 de agosto de 2010, en la que hizo constar que informó a V1 sobre los signos de corioamnioítis (infección materna) y la necesidad de finalizar el embarazo pretérmino.

8. Hoja de notas e indicaciones médicas de V1, elaborada a las 15:30 horas del 2 de agosto de 2011, por AR3, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, en la que se hizo constar actividad uterina irregular, movimientos fetales, y se reportó olor de líquido amniótico en la toalla testigo; asimismo, se informó a la víctima sobre el mal pronóstico fetal con prematuridad extrema no compatible con la vida, con alto riesgo de infección y complicaciones inherentes; iniciando doble cobertura antibiótica y misoprostol (sustancia que en embarazadas se considera abortiva).

9. Notas de atención del parto de V1, elaborada por AR3, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo a las 6:00 horas del 3 de agosto de 2010, en la que reportó el ingreso de la víctima a la sala de expulsión y el hallazgo de un producto único femenino (V2), de 600 gramos, sin respiración a su extracción.

10. Resumen clínico de V2, en el que personal médico del Hospital General de Pachuca, Hidalgo, precisó la atención médica que se le proporcionó a la menor de edad.

D. Oficio de 3 de noviembre de 2010, suscrito por el procurador general de Justicia del estado de Hidalgo, en el que informó a este organismo nacional, el estado de la causa penal iniciada con motivo de los hechos del presente pronunciamiento, y al que anexó copia del dictamen médico emitido, el 19 de agosto de ese año, por

la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y copia de la patología quirúrgica y citología diagnóstica realizada a V2.

E. Análisis de las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, elaborado el 6 de diciembre de 2010 por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el cual consta en la opinión médica del 4 de febrero de 2011.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 31 de julio de 2010, V1, mujer de 21 años de edad, que cursaba un embarazo de veinticuatro semanas, acudió al área de Urgencias del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, perteneciente a la Secretaría de Salud de ese estado, ya que presentaba sangrado transvaginal, en el que después de practicarle un ultrasonido se le informó que tenía las membranas rotas. Al día siguiente se le practicó otro ultrasonido, en el que se advirtió que V2 estaba viva y con buen ritmo cardíaco; sin embargo, el 2 de agosto de 2010, AR1, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, le comentó de la necesidad de un embarazo pretérmino, por lo que la madre de V1 solicitó la opinión de AR2, también médica del mencionado servicio, quien de acuerdo a su dicho les manifestó que el producto tenía 24 horas de haber fallecido, y esa fue la razón por la que AR3, también médico adscrito al mencionado servicio, le suministró misoprostol con la finalidad de inducirle el parto. Finalmente, el 3 de agosto de 2010, AR2 reportó que la paciente dio a luz un producto femenino sin vida.

El 3 de agosto de 2010, el cuerpo de V2 se entregó a sus familiares, quienes al verla con vida la llevaron para su atención a un consultorio particular donde se les informó que presentaba un cuadro de hipotermia severa, lo que motivó que fuera trasladada al Hospital General en Pachuca, Hidalgo, lugar en el que el 5 de agosto de 2010 falleció a pesar de haber recibido atención médica adecuada por “asfixia perinatal consecutiva a inmadurez orgánica cardiopulmonar y prematuridad.”

En virtud de lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, ejerció la facultad de atracción para conocer e investigar sobre los hechos ocurridos en este caso.

Cabe destacar que a la fecha de elaboración de la presente recomendación, se encuentra en etapa de instrucción la causa penal 1, por lo que hace a algunos de los servidores públicos que atendieron a V1; sin embargo, en lo que respecta a AR2, médica adscrita al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, la mencionada causa penal se encuentra

suspendida por existir orden de aprehensión en su contra, pues la servidora pública se sustrajo de la acción de la justicia.

El 19 de agosto de 2010, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió un dictamen médico en relación con el presente caso, en el que concluyó que AR2 y AR3, médicos adscritos al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, debieron remitir a V1 a un establecimiento de mayor capacidad resolutive que pudiese ofrecer a V2 la atención necesaria, además de que no justificaron el uso de misoprostol e incumplieron las disposiciones de la normativa sanitaria para la vigilancia del trabajo de parto; asimismo, determinó que AR2, omitió solicitar la participación de un médico pediatra durante el parto, lo que propició que se emitiera un diagnóstico incorrecto de muerte fetal y no le proporcionaran a V2 las maniobras de reanimación correspondientes.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico practicado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2010/4541/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos para acreditar violaciones al derecho a la protección a la salud de V1 y al derecho a la vida en agravio de V2, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, dependiente de la Secretaría de Salud de ese estado, en atención a las siguientes consideraciones:

De acuerdo con la nota de ingreso de 31 de julio de 2010, V1 mujer de 21 años de edad, acudió al servicio de Urgencias del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, refiriendo dolor y con sangrado transvaginal, donde el personal médico que la atendió le diagnosticó un cuadro clínico de “embarazo de 24 semanas de gestación por fecha de última menstruación, más amenaza de parto prematuro”; asimismo, se indicó como plan de manejo: útero inhibición a base de indometacina, tratamiento profiláctico con antibiótico a base de ampicilina, y tratamiento de maduración pulmonar para V2 a base de betametasona, con indicación de reposo absoluto.

En ese sentido, a las 07:00 horas del mismo día, otro médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, solicitó recabar estudios de laboratorio e iniciar el tratamiento de V1 con Dactil OB, el cual coadyuva en el tratamiento de amenaza de aborto y parto pretérmino y además, ordenó la vigilancia de V2 y del sangrado transvaginal de V1, situación por la que colocó una toalla testigo (toalla sanitaria) para su seguimiento

Posteriormente, en la misma fecha, un médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, reportó a V1 con un cuadro clínico de “útero gestante con frecuencia cardíaca fetal de 149 latidos por minuto con doptone; con actividad uterina de una contracción cada 30 minutos (esporádicas); cérvix posterior largo de 3 cm (formado), dehiscente en todo su trayecto; con pronóstico reservado a evolución y Tarnier y Valsalva negativos”; asimismo, otro médico adscrito al mencionado servicio de Ginecología la encontró con datos de intolerancia a la orciprenalina intravenosa (inhibidor de la contractilidad uterina), por lo que cambió su tratamiento a vía oral.

Igualmente, en la nota de evolución matutina de V1, elaborada a las 14:00 horas del 1 de agosto de 2010, se describió que la paciente presentaba un producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos por minuto; Tarnier y Valsalva (maniobras utilizadas para observar la salida de líquido amniótico) negativos, con sangrado escaso; además, se tomó cristalografía (estudio en el cual se coloca una gota de líquido amniótico en una laminilla y se seca al aire creándose una cristalización en forma de hoja de helechos) que de igual forma resultó negativo; y se reportó como resultado del ultrasonido que le fue practicado: embarazo de 24 semanas de gestación, con oligohidramnios (disminución de la cantidad de líquido amniótico) severo, por lo que se indicó como plan de manejo vigilarla, reposo y practicarle estudios de laboratorio; además de cambiar antibiótico a ceftriaxona y con útero inhibición.

En este contexto, a las 12:10 horas del 2 de agosto de 2010, AR1, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, valoró a V1 y la diagnosticó con un cuadro de “embarazo de 24 semanas, con oligohidramnios” (disminución de la cantidad de líquido amniótico), y “corioamnioítis” (infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico), situación que, en opinión del perito médico forense de este organismo nacional que investigó el expediente clínico, fue incorrecta, en razón de que la paciente no tenía síntomas que indicaran la presencia de un cuadro de corioamnioítis, ya que fue reportada sin sangrado, sin salida de líquido amniótico, afebril, y sin aumento de la frecuencia cardíaca, tanto materna como fetal, es decir que, la amenaza de parto pretérmino estaba controlada; sin embargo, AR1 informó a la víctima que era necesario finalizar el embarazo pretérmino.

Así las cosas, a las 15:30 horas del día señalado en el párrafo anterior, V1 fue valorada por AR3, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, quien la reportó con actividad uterina irregular y a la exploración física encontró que en la toalla testigo (toalla sanitaria) estaba mojada con “olor a líquido amniótico, no fétido, tacto vaginal, cérvix blando anterior, acortado el 50% permeable a un dedo, Tarnier y Valsalva positivos”, y concluyó un mal pronóstico fetal con prematuridad extrema no compatible con la vida, con alto riesgo de infección y complicaciones inherentes, situación que informó a la paciente y a sus familiares e indicó como plan de manejo iniciar doble

cobertura de antibiótico y misoprostol (medicamento que se utiliza para la práctica de abortos con medicamentos y en concreto para la inducción del parto, siempre bajo supervisión médica por el riesgo de hemorragia que conlleva la mala utilización).

En opinión del perito médico forense de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que conoció del asunto, la atención proporcionada a V1 por AR3, médico adscrito al Servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, fue inadecuada, ya que omitió describir en qué consistía la actividad uterina irregular, es decir, precisar las características de las contracciones, tales como cantidad y duración, además de que sin confirmar el diagnóstico de ruptura de membranas mediante cristalografía, decidió interrumpir el embarazo de V1, basándose en pruebas subjetivas como el “olor”, por lo que dejó de observar el contenido de 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 del Servicio.

De igual forma, en opinión del perito médico forense de este organismo nacional, AR3, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, omitió trasladar a V1 a un hospital de tercer nivel, en el que se pudiera brindar la atención especializada que requerían tanto ella como su producto (V2), tal como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, la que señala que: “la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda”.

En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional observó que AR3 al prescindir solicitar de inmediato el traslado de V1 a un hospital de tercer nivel, que contara con insumos para el manejo médico especializado de una embarazada con amenaza de parto pretérmino (premature) y un producto inmaduro de 24 semanas, le negó la posibilidad de ser atendida por un especialista en neonatología y en una unidad de cuidados intensivos neonatales con la finalidad de brindarle mejores expectativas de vida a V2, mismas que no se le otorgaron al dejar evolucionar el parto con la aplicación de misoprostol (sustancia abortiva), faltando nuevamente a la multicitada norma oficial mexicana, pues no hay indicación para la administración de dicha sustancia.

Aunado a lo anterior, AR3, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, omitió verificar y registrar la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos, así como el progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, la evolución del trabajo del parto y el criterio médico, el registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada

cuatro horas, considerando la evolución clínica; hoja conocida como partograma. De la misma manera, el mencionado servidor público no registró todos los medicamentos usados, su tipo, dosis, vía de administración y frecuencia, tal como lo establece la multicitada Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.

Es de destacar que no pasó inadvertido para este organismo nacional el hecho de que en el presente caso existió abandono de paciente, ya que entre la hoja de notas e indicaciones médicas de V1, elaborada a las 15:30 horas del día 2 de agosto de 2010, por AR3, médico adscrito al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, pasaron 14 horas para que se realizara otra nota médica hasta las 06:00 horas de la mañana del día 3 de agosto de 2010, es decir hasta la hora en que AR2, médica adscrita al mencionado servicio de Ginecología realizara la nota de atención del parto.

Así las cosas, AR2, médica adscrita al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, reportó en la nota de atención del parto el ingreso de V1 a la sala de expulsión, a las 6:00 horas del día 3 de agosto del 2010, e indicó que se obtuvo un producto único femenino de 600 gramos, que no respiró a la extracción, el cual se revisó; asimismo, señaló que se practicó a la paciente un legrado uterino instrumental en razón de que la placenta se encontraba adherida.

Lo anterior, en opinión del perito médico forense de esta Comisión Nacional, confirmó la inadecuada atención médica que proporcionó AR2, médica adscrita al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, ya que además de que su nota es escueta, refleja que omitió solicitar durante el parto la presencia de un médico pediatra, con la finalidad de que brindara la atención que V2 requeriría, así como de su posible reanimación, en virtud de que tenía conocimiento de los antecedentes y difíciles condiciones del caso, con lo cual le negó a V2 la posibilidad que tenía de vivir.

En ese contexto, se observó que AR2, médica adscrita al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, omitió aplicar maniobras de reanimación a V2 al momento de su nacimiento, ya que no se advirtió en las constancias que integran el expediente clínico que el producto se hubiere obitado; es decir, muerto dentro del útero, razón por la que la mencionada servidora pública estaba obligada a brindar las maniobras de reanimación a la menor de edad que pudiera estar cursando con una apnea por la inmadurez, excluyendo del mismo modo, indicar el sexo, talla y somatometría del producto.

Igualmente, la servidora pública mencionada en el párrafo anterior reportó que V2 se extrajo sin vida, y sin haber comprobado clínicamente su fallecimiento la envió al servicio de Patología en el que permaneció aproximadamente 11 horas en condiciones extremas, ya que la temperatura del lugar es muy baja para la conservación de los cadáveres, circunstancia que aceleró la presencia de

complicaciones propias de la inmadurez orgánica tales como problemas pulmonares, intestinales, renales y cardiacos; asimismo, no pasó inadvertido que AR2, indicó como causas de muerte de V2, una corioamnioítis (infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico), circunstancia que nunca estuvo confirmada y oligohidramnios (disminución de la cantidad de líquido amniótico).

Es de resaltar que el 3 de agosto de 2010, cuando Q1 recibió el supuesto cuerpo sin vida de V2, la escuchó llorar, motivo por el que la llevó a un consultorio particular donde le informaron que la niña cursaba con hipotermia severa, por lo que se le trasladó el 4 de agosto de 2010, en una ambulancia al Hospital General en Pachuca, Hidalgo, en el que, según consta en el resumen clínico que se envió a esta Comisión Nacional, la recién nacida ingresó a dicho Hospital General, a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, a las 05:45 horas, viva.

En ese hospital, V2 recibió la atención médica adecuada; sin embargo, esa circunstancia se vio desfavorecida por las 11 horas que la menor de edad permaneció en el servicio de Patología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo en condiciones de abandono; por ello, los días 4 y 5 de agosto de 2010 su evolución fue hacia el deterioro general, tanto metabólico como hemodinámico.

Finalmente, a las 17:30 horas del 5 de agosto de 2010, V2 presentó un deterioro súbito, a través de dos eventos de paro cardiorespiratorio, sin responder a las maniobras de reanimación básicas ni avanzadas, por lo que se declaró su fallecimiento a las 18:00 horas de ese día, indicándose en su certificado de defunción como causa de muerte “asfixia perinatal consecutiva a inmadurez orgánica cardiopulmonar y prematuridad”.

El 6 de agosto de 2010 peritos médicos forenses oficiales de la Procuraduría General de Justicia del estado de Hidalgo practicaron la necropsia de ley al cuerpo de V2, en la que concluyeron que la causa de muerte de la menor de edad fue “asfixia perinatal consecutiva a inmadurez orgánica cardiopulmonar y prematuridad”, la cual además quedó asentada en el certificado de defunción del 6 de agosto de 2010, suscrito por un médico adscrito al Hospital General en Pachuca, Hidalgo, y que se corroboró con el resultado de patología quirúrgica y citología diagnóstica, de fecha 13 de agosto de 2010, que se realizó al cuerpo de V2, donde se estableció que el estudio de los fragmentos de tejido nervioso central y cerebeloso, pulmón derecho e izquierdo, corazón, hígado, bazo y riñón presentaban inmadurez orgánica.

En ese orden de ideas, es importante señalar que en opinión del médico forense de este organismo nacional, si bien es cierto que en el certificado de defunción de V1, expedido el 6 de agosto de 2010, se especifica como causa de su muerte

“asfixia perinatal consecutiva a inmadurez orgánica cardiopulmonar y prematuridad”, también lo es que su deceso pudo haberse evitado con su traslado a un hospital de tercer nivel donde se contara con los recursos humanos especializados que permitieran brindarle una atención médica adecuada, básicamente, en haberse realizado todas las pruebas necesarias para establecer si V1 presentaba o no ruptura prematura de membranas y corioamnionitis (infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico), así como la atención especializada por neonatólogos e intensivistas, situaciones que los médicos señalados no previeron.

En este caso en particular, la muerte de V2, en opinión del perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, derivó de forma directa de la inadecuada atención médica proporcionada por AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, quienes con sus conductas y omisiones dejaron de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, ya que al no haber evitado la expulsión del producto de la gestación del seno materno le negaron la oportunidad de sobrevivir a la que tenía derecho; situación que se repitió al no haberla valorado adecuadamente al momento de su nacimiento, sometiéndola a condiciones climáticas inhumanas en el servicio de Patología durante 11 horas.

Asimismo, no pasó inadvertido para este organismo nacional que el personal médico encargado de integrar el expediente clínico de V1 y de V2 en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, incumplió con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, toda vez algunas de las notas de indicaciones médicas son ilegibles, presentan exceso de abreviaturas, los nombres de los médicos tratantes se encuentran incompletos, faltan notas de indicaciones médicas y de evolución por turno, además de que carece de partograma y descripción de la atención del parto y a la recién nacida, no obstante que esos documentos están orientados a garantizar la eficiencia en la práctica médica, y principalmente a dejar constancia de los antecedentes que permitan conocer la calidad del servicio otorgado.

En este contexto, AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al servicio de Ginecología del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, perteneciente a la Secretaría de Salud de ese estado, transgredieron, en agravio de V1 y de V2, el derecho a la salud y a la vida, respectivamente contemplados en los artículos 4, párrafos tercero, sexto y séptimo, y 14, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8 de la Constitución Política del estado de Hidalgo; 1, 2, 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, 34, fracción II, 37, 51, 61, 77, Bis 1 de la Ley General de Salud; 48, 73; 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 2 de la Ley de Salud para el estado de Hidalgo, que establecen el derecho de todo paciente a que se proteja su salud en las instituciones públicas de seguridad

social, mediante la obtención de una atención médica oportuna, de calidad idónea, profesional y éticamente responsable, así como la prioridad en la atención de la mujer durante el embarazo.

Por ello, la actuación del mencionado personal médico no se apegó al contenido del artículo 47, fracciones I, y XXI, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el estado de Hidalgo, que impone la obligación de cumplir con la debida diligencia el servicio encomendado y evitar actos que causen la deficiencia del servicio, así como el incumplimiento de cualquier disposición legal, y establece la obligación de los servidores públicos de supervisar que el personal que tenga bajo su dirección cumpla con la misma.

En este caso, se observó la existencia de la responsabilidad institucional sobre la base de la relación causa-efecto que existió entre la falta de adecuada atención médica y de vigilancia obstétrica proporcionadas a V1 y V2 en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, perteneciente a la Secretaría de Salud, y el fallecimiento de esta última en el Hospital General de Pachuca, situación que amerita una investigación completa e imparcial por parte de la autoridad correspondiente.

En suma, el mencionado personal médico del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, que trató a V1, no atendió las disposiciones relacionadas con los derechos fundamentales a la salud y a la vida, previstas en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y previstos en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1, y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que establecen el derecho a la vida y el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, y ratifican el contenido del artículo 4, párrafos tercero, sexto y séptimo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al reconocimiento por parte del Estado a las personas al disfrute de un servicio médico de calidad y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho y garantizar a la mujer los servicios apropiados en relación con el embarazo.

Es preciso señalar que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.

En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, Sobre el Derecho a la Protección a la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que señala que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por su restablecimiento, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección a la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección a la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud y, por ende, la vida de las personas, por lo que en consecuencia el personal médico del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, perteneciente a la Secretaría de Salud de ese estado, debió proporcionar una adecuada atención médica al estado de salud de V1 y V2.

Finalmente, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la actuación irregular de los servidores públicos consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños que se hubieran ocasionado, por lo cual resulta procedente se realice la reparación que corresponde en los términos de ley.

Con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente formal queja ante la Contraloría Interna de los Servicios de Salud de Hidalgo, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, así como la denuncia de hechos ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Hidalgo, en contra del personal médico que intervino en los hechos materia de la presente recomendación.

En consecuencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor gobernador constitucional del estado de Hidalgo, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para indemnizar y reparar los daños a V1, o a quien mejor derecho tenga a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, dependiente de la Secretaría de Salud de ese estado, de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable sobre la materia, en virtud de las consideraciones planteadas en el capítulo de observaciones de esta recomendación, y envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se otorgue a V1 el tratamiento médico y psicológico necesario para restablecer su salud física y emocional, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire instrucciones a quien corresponda para que en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio que proporcione el personal médico se ajuste al marco de legalidad y sanas prácticas administrativas que deben observar, garantizando y supervisando que se apliquen los protocolos de estudios y de intervención necesarios para integrar diagnósticos precisos que permitan establecer tratamientos adecuados y así proporcionar atención médica oportuna y de calidad, y con ello evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, así como los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos, en los cuales se señale el impacto efectivo de la capacitación.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se implemente en el Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, perteneciente a la Secretaría de Salud estatal, como obligación para el personal médico, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios suficientes para mantener las habilidades necesarias para brindar un servicio médico adecuado y profesional.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación y trámite de la queja que promueva ante la Contraloría Interna de los Servicios de Salud de Hidalgo, en contra de AR1, AR2 y AR3, personal médico del Hospital General de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Hidalgo, por tratarse de servidores públicos locales los involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

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

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, le solicito que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

EL PRESIDENTE
DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA