



RESOLUCIÓN DE RECOMENDACIÓN

León, Guanajuato; a 20 veinte de septiembre de 2022 dos mil veintidós.

VISTO para resolver el expediente **31/18-A-III**, relativo a la queja interpuesta por **XXXXX**, respecto de actos cometidos en su agravio que consideró violatorios de sus derechos humanos, atribuidos al personal del Hospital de Especialidades Materno Infantil de León, Guanajuato.

Esta resolución de recomendación se dirige al doctor Daniel Alberto Díaz Martínez, Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, en su carácter de superior jerárquico de las personas servidoras públicas señaladas como responsables.

Lo anterior en términos de lo previsto en los artículos 5 fracción VIII y 57 de la Ley para la Protección de los Derechos Humanos en el Estado de Guanajuato; 3 fracción V y 27 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato; 1, 3 fracción VII.11 y 4 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 1, 2, 3 fracciones I y IV, 4 fracciones I y V.13, V.15 y V.48, 5, 7 fracciones I y IV y 60 fracciones XII y XIX del Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

SUMARIO

La quejosa señaló haber sido trasladada sin la atención médica adecuada, del Hospital de Especialidades Materno Infantil de León al Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato; a pesar de encontrarse en la semana 26 veintiséis de gestación, de tener un estado de salud delicado, y de que el Hospital General al que la trasladaron no tenía los recursos materiales necesarios para brindarle una adecuada atención médica, lo que trajo como consecuencia que su hijo recién nacido perdiera la vida.

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

En la presente resolución, se utilizan los siguientes acrónimos y abreviaturas para hacer referencia a diversas instituciones, autoridades, organismos públicos y normatividad:

Institución-Dependencia pública-Normatividad	Abreviatura – Acrónimo
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	Corte IDH
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.	Comité DESC
Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.	PRODHG
Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.	ISAPEG
Hospital de Especialidades Materno Infantil León.	HMI León
Hospital Materno San Luis de la Paz.	HM San Luis de la Paz
Hospital Materno Irapuato.	HM Irapuato
Hospital General San José Iturbide.	HG San José Iturbide
Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato.	SUEG
Centro Estatal de Tamizaje Oportuno.	CETO
Centro Regulador de Urgencias Médicas.	CRUM
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico.	CECAMED
Convención Americana sobre Derechos Humanos.	Convención Americana



Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer ¹ .	CEDAW (por sus siglas en inglés)
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	Protocolo de San Salvador
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Constitución General
Constitución Política para el Estado de Guanajuato ² .	Constitución de Guanajuato
Ley para la Protección de los Derechos Humanos en el Estado de Guanajuato ³ .	Ley para la Protección de los Derechos Humanos
Reglamento Interno de la Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato ⁴ .	Reglamento Interno de la PRODHEG

ANTECEDENTES

[...]

CONSIDERACIONES

[...]

QUINTA. Estudio de fondo.

La quejosa señaló haber sido trasladada sin la atención médica adecuada, del HMI León al HG San José Iturbide, a pesar de encontrarse en la semana veintiséis de gestación, de tener un estado de salud delicado, y de que el hospital general al que sería trasladada no tenía los recursos materiales necesarios para brindarle una adecuada atención médica; lo que trajo como consecuencia, que su hijo recién nacido posteriormente perdiera la vida.

De las evidencias que se encuentran en el expediente, se desprende una violación al derecho a la salud de la quejosa, así como de su hijo recién nacido, quien posteriormente perdió la vida, derivado de la falta de una atención médica de calidad, por las circunstancias detalladas a continuación:

A. El traslado a otro Hospital, que no reunía los elementos para brindar una adecuada atención médica a la quejosa.

En la opinión médica institucional 5/19, emitida por la CECAMED, se señaló que, personas con un diagnóstico como el de la quejosa, debían ser trasladadas a un hospital materno-infantil que tuviera unidad de cuidados intensivos neonatales para la atención

¹ Ratificada por México el 23 veintitrés de marzo de 1981 mil novecientos ochenta y uno, instrumento internacional disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf

² Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, el 7 siete de septiembre de 2020 dos mil veinte.

³ Ley publicada en el Periódico Oficial del Estado de Guanajuato, el 26 de septiembre de 2000 dos mil, y última reforma publicada en el citado medio de difusión el 20 veinte de julio de 2018 dos mil dieciocho.

⁴ Reglamento publicado el 26 veintiséis de septiembre del 2008 dos mil ocho, en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, abrogado pero aplicable en razón de ser el vigente tanto en la fecha que ocurrieron los hechos, así como en aquella en que inició esta investigación; ello de conformidad con el artículo segundo transitorio del Reglamento Interno de la Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, publicado en el medio de difusión oficial mencionado, el 15 quince de enero de 2021 dos mil veintiuno.



del recién nacido; es decir, a un hospital de tercer nivel,⁵ se señaló en el apartado denominado PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA lo siguiente: «...*la preeclampsia severa o preeclampsia con criterios de severidad: Es la preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios: Síntomas maternos: cefalea persistente o de novo; alteraciones visuales o cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica >160 y/o diastólica >110 mm Hg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario [...]* **Se sugiere trasladar a tercer nivel de atención que cuenten con unidad de cuidados intensivos neonatales a: Pacientes con preeclampsia y embarazo entre las 24-31 semanas de gestación...**» [Énfasis añadido]

Lo anterior fue reiterado al dar respuesta a la pregunta 5 cinco efectuada ante esta PRODHEG, pues indicó: «5.- R.- De acuerdo a la literatura **todo embarazo con pre-eclampsia severa y con embarazo igual o menor de 34 semanas de gestación deberán de ser atendidas en un tercer nivel de atención (hospitales Materno-Infantiles), que garanticen de acuerdo a infraestructura física y de soporte vital la atención correcta del binomio**» [Lo resaltado es propio]

Ello resulta coincidente con lo mencionado en el informe de 25 veinticinco de julio de 2018 dos mil dieciocho (foja 208), rendido por José Antonio Tapia Payares, especialista en ginecología y obstetricia adscrito al HG San José Iturbide, en el que puntualizó: «...*por los diagnósticos de la paciente inmediatamente me comunico con la directora de la unidad Dra. Arisbe Molina para comentar el caso, puesto que la paciente ameritaba manejo en hospital 3er nivel; como del que venía referida; sin embargo, recibo la indicación de que sea operada de cesárea y posteriormente la refiera a la unidad de cuidados intensivos de Irapuato...*».

Sin embargo, el 23 veintitrés de enero de 2018 dos mil dieciocho, la quejosa fue trasladada a un hospital de segundo nivel -HG San José Iturbide- el cual no tenía unidad de cuidados intensivos neonatales acreditada,⁶ y a pesar de ello, después de que le fuera realizada la cirugía, su hijo recién nacido permaneció en el área denominada cunero patológico; pero como el HG San José Iturbide tampoco tenía Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos para la atención de la quejosa, tuvo que ser trasladada al HM Irapuato.

Al respecto, Miguel Alberto Simón Presa coordinador del CRUM⁷, en su comparecencia ante esta PRODHEG, dijo haber trasladado a la quejosa a un hospital de segundo nivel porque en los demás hospitales -de tercer nivel- no tenían disponibilidad en la unidad de cuidados intensivos neonatales; circunstancia que no fue acreditada de forma alguna, pero al haber señalado además, que no recordaba si habló primero con el director del HM San Luis de la Paz, o con la directora del HG San José Iturbide, se considera indiciariamente que, nunca verificó la disponibilidad de una unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de tercer nivel; dejando de observar las disposiciones legales que le obligaban a salvaguardar el derecho a la salud de la quejosa.

B. La información sobre el traslado.

⁵ Consultable en las fojas 398 a 418.

⁶ En el Oficio XXXXX de 21 veintiuno de agosto de 2018 dos mil dieciocho, Arisbe Molina Coria, Directora del HG San José Iturbide, señaló: «(...) no contamos con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales acreditada, pero sí con un cunero patológico donde se puede brindar atención adecuada a este tipo de pacientes (...)» (fojas 225 y 226).

⁷ Comparecencia efectuada el 17 diecisiete de junio del 2019 dos mil diecinueve visible en la foja 389.



La calidad de la atención en salud como se especificó previamente, contempla la oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, y los resultados⁸.

En el caso concreto, la quejosa manifestó que en el HMI León le informaron que al no tener una incubadora disponible para atender a su hijo recién nacido, y sin explicarle lo que le iban a hacer, le dijeron que sería trasladada San Luis de la Paz; asimismo, agregó que a su esposo le indicaron la trasladarían de emergencia porque estaba grave, y luego de viajar en una ambulancia durante 3 tres horas aproximadamente, un paramédico les mencionó que iban a San José Iturbide y no a San Luis de la Paz.

Por otra parte, a XXXXX -esposo de la quejosa-, le informaron que el traslado de su esposa sería al HG San José Iturbide, quien cuestionó por qué la llevarían a un lugar distante, y si podrían llevarla al hospital regional de alta especialidad; sin embargo, le indicaron ser esa la única opción⁹, omitiendo informarle que una vez practicada la cesárea, el recién nacido permanecería en esa unidad médica y la madre sería llevada de inmediato al hospital en Irapuato.

Del análisis efectuado a las pruebas y evidencias que obran en el expediente, se advierte que en efecto, se proporcionó información contradictoria e incorrecta a la quejosa y a su esposo, sobre la unidad médica a la que sería trasladada.

Lo anterior, se desprende de las declaraciones efectuadas sobre los hechos por parte del personal directivo hospitalario, y el personal del SUEG; pues Daniel Botello Hernández Director del HMI León, señaló que fue SUEG quien determinó como lugar de recepción para la quejosa un hospital de tercer nivel; esto es, el HM San Luis de la Paz¹⁰. En el mismo sentido, Marco Antonio Castro Uriegas, Subdirector del HMI León, dijo haber realizado gestiones para que fuera trasladada al HM San Luis de la Paz, y posteriormente tuvo conocimiento que el traslado fue realizado a un hospital general.¹¹

Contrario a lo anterior, Miguel Alberto Simón Presa, entonces Coordinador del CRUM, afirmó haber informado al Subdirector del HMI León, que la única institución en la que había lugar para la práctica de una cesárea¹² era en el municipio de San José Iturbide; y

⁸ Resulta orientador en contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, en los numerales que enseguida se transcriben: «5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada [...] 5.3.1.13 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutoria adecuada, para tal efecto el personal de salud debe: 5.3.1.13.1 Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.»

⁹ Comparecencia realizada el 8 de agosto de 2018 dos mil dieciocho, que consta en la foja 214.

¹⁰ En el informe que consta en la foja 6 del expediente señaló: «(...) se decide iniciar en el momento con el trámite de referencia a otra unidad de la red estatal de servicios ya que no se contaba con espacio físico en la unidad de cuidados intensivos neonatales para recibir a la persona recién nacida, haciendo uso del protocolo establecido para tal fin se da aviso al Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato (SUEG), de quien es la atribución de gestionar con las unidades del estado la recepción del paciente, determinándose como lugar de aceptación Hospital Comunitario de San Luis de la Paz».

¹¹ En la comparecencia realizada ante personal de esta PRODHG, el 23 de julio de 2018 dos mil dieciocho –consultable en la foja 200-, señaló: «(...) a eso de las 15:30 horas aproximadamente el Coordinador del SUEG, el Dr. Simón me confirma un espacio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Materno Infantil de San Luis de la Paz, Guanajuato, por lo que se procede a hacer la gestión de referencia hacia dicho lugar [...] de igual manera refiero que con posterioridad me entere que la señora XXXXX había sido trasladada a San José Iturbide Guanajuato pero eso ya lo determina al SUEG (...)» (sic)

¹² Comparecencia efectuada el 17 de junio del 2019 dos mil diecinueve, visible en la foja 389, en la cual dijo «(...) me llamó el doctor Castro y me comentó el caso de la paciente [...] comencé a hablar a los directores de los Hospitales que sabía contaban



Francisco Javier Curiel Pérez, paramédico adscrito al SUEG, manifestó haber estado presente cuando el Subdirector del HMI León, explicó al esposo de la quejosa la necesidad de trasladarla al HG San José Iturbide¹³.

Por otro lado, en la hoja de referencia y contra referencia con clave XXXXX,¹⁴ no se asentó a cual hospital sería trasladada la quejosa, ni tampoco el domicilio y teléfono; omitiendo por lo tanto, plasmar información de relevancia en el citado documento, firmado por Marco Antonio Castro Uriegas, Subdirector del HMI León, lo cual pone en evidencia la incertidumbre sobre la determinación de la unidad médica a la que sería trasladada la quejosa.

Así, ha quedado acreditado que en el presente caso se proporcionó información incorrecta y contradictoria a la quejosa, pues mientras a ella le dijeron sería llevada al HM de San Luis de la Paz como hospital de tercer nivel, en los hechos fue llevada al HG de San José Iturbide, violando con ello el derecho a la salud de la quejosa y de su hijo recién nacido.

C. El traslado en la ambulancia.

Sobre este tema, los paramédicos adscritos al SUEG confirmaron que el 23 veintitrés de enero de 2018 dos mil dieciocho se trasladó a la quejosa -quien en ese momento tenía 26 veintiséis semanas de gestación- del HMI León al HG San José Iturbide por no contar con espacio físico en la unidad de cuidados intensivos neonatales para su hijo recién nacido; efectuándose el traslado en una ambulancia sin la asistencia de un médico¹⁵.

Al día siguiente, se realizó un segundo traslado únicamente de la quejosa, del HG San José Iturbide al HM Irapuato, para ser atendida en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos; desprendiéndose del reporte de actividades del personal de ambulancia con folio XXXXX¹⁶, que sólo iban a bordo el operador y el jefe de servicio.

Lo anterior tiene relevancia, debido a que contrario a lo expuesto por Marco Antonio Castro Uriegas, Subdirector del HMI León, y Miguel Alberto Simón Presa, entonces Coordinador del CRUM; tanto la quejosa como su hijo requerían cuidados intensivos, siendo una obligación por parte del personal de la Secretaría de Salud, la de brindarles

con UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) y la única que me dio una aceptación de que tenía lugar fue la Doctora Molina, aunque no recuerdo exactamente si en este caso hablé primero con el Dr. Lobato director del Materno de San Luis de la Paz o con la Dra. Molina Directora del Hospital General de San José Iturbide, pero si me acuerdo que le resolví en menos de 10 o 15 minutos [...] yo le informé al doctor Castro que el único lugar que había lugar era en el noroeste, recordando que le mencioné sería el de San José Iturbide al que se trasladaría para la práctica de la cesárea y en este caso yo sé que el Hospital de San José en un hospital de segundo nivel, y no cuenta con terapia intensiva obstétrica, sin embargo en el hospital materno de san Luis sí, por lo que hablé con ambos directores a fin de que en San José se realizara la cesárea y dado que ahí contaban con un UCIN para que le dieran la atención al recién nacido, y posteriormente la madre fuera trasladada a San Luis de la Paz [...] posteriormente avisé al Dr. Castro y al mismo personal del CRUM...» (sic)

¹³ Ello en la comparecencia realizada el 4 cuatro de mayo de 2018 dos mil dieciocho (foja 165), en que señaló: «(...) estaba una persona del sexo hombre del cual no recuerdo su nombre pero me dijo que era su esposo de XXXXX y el si estaba molesto ya que me pregunto el motivo por el cual se iba a trasladar hasta San José Iturbide y mi respuesta fue debido a la gravedad de las condiciones de cómo estaba él bebe ameritaba una vez nacido el ingreso a una unidad de cuidados intensivos neonatal, escuchando el subdirector del hospital materno infantil en turno y afirmando lo que yo ya había mencionado e inclusive el mismo subdirector le hizo ver la gravedad de no aceptar el traslado a lo que el esposo de XXXXX estuvo de acuerdo (...)» (sic)

¹⁴ Documento visible en la foja 55.

¹⁵ Comparecencias de Javier Camarillo Ventura y Francisco Javier Curiel Pérez, paramédicos adscritos al SUEG, del 4 cuatro de mayo de 2018 dos mil dieciocho (fojas 161 y 165).

¹⁶ Foja 271.



atención médica especializada, al tratarse de pacientes en estado crítico durante los trayectos realizados¹⁷; obligación que fue inobservada.

Por lo tanto, se acreditó que se vulneró el derecho a la salud de la quejosa y de su hijo recién nacido al no haberles prestado atención médica con calidad, vulnerando con ello lo dispuesto en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador.

D. Los expedientes clínicos.

Por otra parte, se advierte de las constancias que los expedientes clínicos tanto de la quejosa como de su hijo recién nacido, no se apegaron a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, ya que contienen datos en desorden cronológico, notas médicas alteradas, letras sobrepuestas, números sobrepuestos, entre otras inconsistencias, que a continuación se mencionan:

- Desorden cronológico en las diversas constancias que obran glosadas de las fojas 16 a 131 y de la 281 a 385.
- Tachaduras y enmendaduras en la nota médica de urgencias visible en la foja 61, con fecha sobrepuesta al igual que la hora de registro.
- Formato de referencia y contra referencia consultable en la foja 55, sin datos de la unidad de salud a la que se remite, domicilio, procedimiento terapéutico QX solicitado, nota médica sin nombre, fecha de nacimiento, número de expediente, signos vitales.
- Hoja de referencia del HG San José Iturbide que obra en la foja 185, sin el dato de la unidad a la que se refiere, programa prioritario, domicilio, nombre del médico al que se describe, sello de la unidad, nombre y firma del médico responsable de la unidad; hoja de consentimiento informado sin especificar el acto médico-quirúrgico propuesto, así como las cuestiones subsecuentes, así como falta de firma de los testigos, (foja 95) y hoja frontal del expediente clínico sin datos (foja 96).
- Letra ilegible, pues se advierte que existen notas médicas completamente ilegibles como las que obran a fojas 20, 59, 65, 93, 99, 101, 126, 281 y 289 de las cuales no se puede conocer el contenido en una simple lectura, cuando su obligación era contar con un expediente clínico ordenado y de fácil comprensión por su lectura.

Por lo anterior, en la atención brindada a la quejosa y a su hijo recién nacido se incumplió con lo dispuesto en los numerales 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 6.4 y 10.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012; violaciones que igualmente fueron reconocidas en la opinión médica institucional número 05/19, emitida por el CECAMED, respecto a la atención médica otorgada a XXXXX, donde se señaló en su parte medular:

¹⁷La NOM-034-SSA3-2013 establece: «6.3 De las ambulancias de cuidados intensivos. 6.3.1 Del personal [...] 6.4.1.3 En el caso que se proporcione el servicio de cuidados intensivos, deberá contar con un médico que demuestre documentalmente haber acreditado cursos para el manejo del paciente en estado crítico. Se requiere además tener conocimientos de medicina aeroespacial e interacción con la aeronave y ser el enlace para la entrega-recepción del paciente.» y «4.1.5 Ambulancia de cuidados intensivos, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención médica interhospitalaria de pacientes, que por su estado de gravedad requieren atención, mediante soporte avanzado de vida y cuidados críticos [...] 6.3 De las ambulancias de cuidados intensivos. 6.3.1 Del personal. 6.3.1.1 Deben contar con un operador de ambulancia TAMP y al menos un TAMP más, que demuestren documentalmente haber acreditado cursos para el manejo de pacientes en estado crítico que requieran cuidados intensivos, avalados por las autoridades educativas competentes. 6.3.1.2 Debe contar con un médico con capacitación en atención médica pre hospitalaria y manejo de pacientes en estado crítico que requieran cuidados intensivos (...)»



«Existe falta de apego y observancia a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO, en cuanto a la integración de la documentación con la que debe de contar el expediente clínico en base al APENDICE A (Informativo) Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad por parte de los médicos de Ginecología y Obstetricia que atendieron a la C. XXXXX y su hijo XXXXX»¹⁸

Cabe mencionar que la correcta integración de los expedientes clínicos, tanto en su conformación y conservación, ya que contienen los antecedentes médicos de las personas pacientes, y el historial inherente a su tratamiento; es un deber a cargo de las instituciones de salud y personas prestadoras de servicios médicos, de conformidad con lo resuelto por la Corte IDH al tenor siguiente:

«...En términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza...»¹⁹

Por todo lo antes expuesto, se violó el derecho humano a la salud de la quejosa y de su hijo recién nacido, durante el servicio de atención médica prestada por las instituciones y personas señaladas en la presente resolución de recomendación, al no haber realizado las acciones necesarias para integrar debidamente los expedientes médicos de acuerdo a lo antes señalado.

SEXTA. Responsabilidades.

Conforme a lo expuesto en los hechos y a lo establecido en las consideraciones de esta resolución, quedó acreditada la violación del Derecho Humano a la Salud de la quejosa y de su hijo recién nacido; durante la prestación de la atención médica de urgencia materno-fetal con carácter prioritaria durante el embarazo, parto, y puerperio; por parte de las personas servidoras públicas que participaron en su atención, traslados, y posterior cuidado médico; siendo las siguientes:

Miguel Alberto Simón Presa, entonces Coordinador del CRUM perteneciente al SUEG; Daniel Botello Hernández y Marco Antonio Castro Uriegas, Director y Subdirector, respectivamente del HMI León; Arisbe Molina Coria, Directora del HG San José Iturbide, así como el personal médico de dichos hospitales que participó en los hechos materia del expediente que se resuelve, previo procedimiento por el que se determinen las responsabilidades administrativas respectivas.

Ante ello, es obligación de la autoridad responsable reparar de forma integral y efectiva el daño sufrido como consecuencia de las violaciones de derechos humanos señaladas; por lo que, considerando lo establecido en los artículos 4 párrafos primero y segundo, 7 y 23 de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato, y 55 segundo párrafo de la Ley para la Protección de los Derechos Humanos en el Estado de Guanajuato, esta PRODHG reconoce el carácter de víctimas directas a XXXXX y su hijo recién nacido, y

¹⁸ Fojas 398 a 418.

¹⁹ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Sentencia de 22 veintidós de noviembre de 2007 dos mil siete. Párrafo 68.



de víctima indirecta a XXXXX de acuerdo a lo señalado en el artículo 109 fracción IV de Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato; por lo que se girará oficio a la Comisión Estatal de Atención Integral a Víctimas para que proceda a su ingreso al Registro Estatal de Víctimas y se surtan los efectos previstos en la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato y su reglamento.

SÉPTIMA. Reparación Integral del daño.

De inicio, debe señalarse que esta resolución de recomendación constituye por sí misma una forma de reparación.

En este contexto, resulta oportuno mencionar que la reparación integral del daño a las personas que han sido afectadas en sus derechos humanos, tiene como origen lo resuelto por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, pues el concepto “reparación integral” tiene su fundamento en los artículos 62.3 y 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos²⁰.

Con apoyo en el criterio de la Corte IDH, en el Caso Suárez Peralta Vs Ecuador²¹, es importante establecer que toda violación a los Derechos Humanos da lugar a que las personas obtengan una reparación, lo que implica que el Estado tiene el deber de proporcionarla; así, la competencia de esta PRODHG para declarar que se han violado derechos fundamentales y señalar qué servidores públicos los vulneraron, como en la presente resolución, va vinculada a su atribución para recomendar la reparación de los daños causados por esas violaciones; y debe tenerse presente que, la responsabilidad en materia de derechos humanos que compete al Estado como ente jurídico, es distinta a la civil, penal y administrativa.

Así, cuando el Estado a través de algunas de sus instituciones, incurre en responsabilidad con motivo de una conducta indebida de cualquiera de sus personas servidoras públicas, es su obligación reparar las consecuencias de tal violación.

Por lo antes expuesto, habiéndose acreditado la violación al Derecho Humano a la Salud de XXXXX y su hijo recién nacido; debe tomarse en cuenta la responsabilidad de la autoridad de garantizar los derechos de las víctimas, conforme a lo señalado en las consideraciones anteriores, y en apego a los estándares internacionales en materia de derechos humanos²²; por lo que, con fundamento en los artículos 24 fracción IV, y 123 fracción VIII de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato, se recomienda a la autoridad a quien se dirige la presente resolución, que tome en consideración particular las siguientes medidas:

a) Medidas de compensación.²³

Se deberá otorgar una compensación a la víctima directa XXXXX y a la víctima indirecta XXXXX por el daño causado, los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente

²⁰ Ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1981.

²¹ Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Consultable en la liga: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_261_esp.pdf

²² Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 2005 dos mil cinco.

²³ Artículo 58 fracciones I, II y V de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato.



evaluables que sean consecuencia de la comisión de la violación de los derechos humanos señalados en la presente resolución, ya sea que se trate de daños materiales o inmateriales.

El daño inmaterial, como lo determinó la Corte IDH, comprende: «...tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia...».²⁴

En este contexto, la autoridad a quien se dirige la resolución de recomendación deberá garantizar la reparación plena y efectiva de las víctimas, por lo que una vez que se registre e integre el expediente respectivo ante el Registro Estatal de Víctimas, la Comisión Estatal de Atención Integral a Víctimas deberá determinar el monto de la compensación económica que corresponda, debiendo considerar especialmente la pérdida de la vida del hijo recién nacido, y las afectaciones física y moral que sufrió XXXXX como madre; de acuerdo a los hechos, pruebas y razonamientos de la presente resolución de recomendación. La autoridad a quien se dirige la resolución, deberá realizar la programación y liquidación de la compensación que se determine, debiendo enviar constancia del debido cumplimiento a esta PRODHG.

b) Medidas de rehabilitación.²⁵

Con la finalidad de facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de los hechos que generaron la violación a sus derechos humanos, y por ser un elemento parte de la reparación integral, la autoridad a quien se dirige la presente resolución de recomendación deberá girar las instrucciones necesarias para que, como medida de rehabilitación, se ofrezca y de ser el caso se asegure atención psicosocial a XXXXX y a su esposo XXXXX, enviando constancia del debido cumplimiento a esta PRODHG.

Dicha atención psicosocial, no obstante el tiempo transcurrido a partir de que acontecieron los hechos, deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, por todo el tiempo que sea necesaria, y en lugar accesible, otorgándose información previa, clara y suficiente.

Para lo anterior, se deberá contar con el consentimiento informado, y de no ser aceptada esta medida, se habrá de recabar la evidencia pertinente, misma que se deberá hacer llegar a esta PRODHG.

c) Medidas de satisfacción.²⁶

Se giren las instrucciones a los órganos competentes para que se inicien o continúen en su caso, los procedimientos administrativos que correspondan, por las acciones y omisiones plasmadas en la presente resolución, a efecto de que se determinen las responsabilidades en que incurrieron las siguientes personas:

²⁴ "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

²⁵ Artículo 56 fracción I de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato.

²⁶ Artículo 67 fracción V de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato.



El doctor Miguel Alberto Simón Presa, entonces Coordinador del CRUM perteneciente al SUEG; Daniel Botello Hernández y Marco Antonio Castro Uriegas, Director y Subdirector, respectivamente del HMI León; Arisbe Molina Coria, Directora del HG San José Iturbide, así como el personal médico de dichos hospitales que participó en los hechos materia del expediente que se resuelve.

Para lo anterior, se deberán integrar a dichos procedimientos las pruebas, evidencias, y razonamientos materia de esta resolución que obran en el expediente de queja, debiendo informar a esta PRODHEG sobre lo que se resuelva.

d) Medidas de no repetición.²⁷

La autoridad a quien se dirige la presente resolución de recomendación, deberá girar las instrucciones que correspondan, para implementar las medidas legales, administrativas, y de cualquier otra índole, que sean necesarias para garantizar el derecho humano a la salud mediante un servicio público de calidad, y se evite la repetición de hechos violatorios de derechos humanos como los descritos en la presente resolución; para lo cual, se deberá:

1. Difundir y entregar de manera directa al personal directivo del HMI León, del HG San José Iturbide y del SUEG, un tanto de las normas oficiales mexicanas:
 - NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
 - NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria.
 - NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
2. Impartir capacitación dirigida al personal directivo del HMI León, del HG San José Iturbide y del SUEG, en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionados con el derecho a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, del recién nacido, y sobre la debida observancia del contenido de las Normas Oficiales Mexicanas citadas en el numeral anterior.

En mérito de lo anteriormente expuesto en razones y fundado en derecho, resulta procedente dirigir al Secretario de Salud y Director General del ISAPEG, en su carácter de superior jerárquico de las personas señaladas como responsables, la presente resolución de recomendación al tenor de los siguientes:

RESOLUTIVOS DE RECOMENDACIÓN

PRIMERO. Se otorgue una compensación a la víctima directa XXXXX y a la víctima indirecta XXXXX por el daño causado, los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la comisión de la violación de los derechos humanos señalados en la presente resolución.

²⁷ Artículo 68 fracciones VIII y IX de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato.



SEGUNDO. Se giren las instrucciones necesarias para que, como medida de rehabilitación, se ofrezca y de ser el caso se asegure atención psicosocial a XXXXX y a su esposo XXXXX, en los términos señalados en la presente resolución.

TERCERO. Se giren las instrucciones a los órganos competentes para que se inicien o continúen en su caso, los procedimientos administrativos que correspondan, por las acciones y omisiones materia de la presente resolución, a efecto de que se determinen las responsabilidades en que incurrieron las personas a quienes se señaló como responsables.

CUARTO. Se difundan y entreguen de manera directa al personal directivo del HMI León, del HG San José Iturbide y del SUEG, un tanto de las normas oficiales mexicanas precisadas en esta resolución.

QUINTO. Se imparta capacitación al personal directivo del HMI León, HG San José Iturbide y SUEG, relacionada con el derecho a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, del recién nacido, y sobre la debida observancia del contenido de las Normas Oficiales Mexicanas citadas en la presente resolución.

La autoridad a la que se dirige la presente resolución de recomendación, deberá informar a este organismo si la acepta en el término de 5 cinco días hábiles posteriores a su notificación; y en su caso, dentro de los 15 quince días naturales posteriores aporte las pruebas que acrediten su cumplimiento.

Notifíquese a las partes por conducto de la Secretaría General.

Así lo resolvió y firmó el maestro **Vicente de Jesús Esqueda Méndez**, Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.

Nota: Las citas de pie de página en la presente versión pública se modificaron respecto de su orden numérico, sin embargo, se mantiene el mismo contenido al documento original.