



**Expediente:** Auxiliar  
CDHEC/022/2013/PN/SS y  
CDHEC/004/2013/PN/SS  
**Asunto:**  
Negligencia Médica  
**Quejoso:**  
Q1  
**Autoridad responsable:**  
Secretaría de Salud

### **Recomendación No. 11/2013**

En la ciudad de Saltillo, capital del Estado de Coahuila de Zaragoza, a los 25 días del mes de abril de 2013; en virtud de que la Primera Visitaduría Regional de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, ha concluido la investigación realizada con motivo de los hechos que dieron lugar al expediente Auxiliar CDHEC/022/2013/PN/SS y su acumulado CDHEC/004/2013/PN/SS, con fundamento en el artículo 124 de la Ley que rige nuestro actuar, elaboró el proyecto que con base en el artículo 127 del ordenamiento invocado, turnó al Visitador General para que, finalmente en apego a los artículos 195 de la Constitución Política local; 1, 2 fracción XI, 3, 20 fracciones II, III y IV, de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza y, 99 del Reglamento Interior de esta Comisión, el suscrito en mi calidad de Visitador General, Encargado del Despacho, he considerado lo siguiente:

#### **I.- HECHOS**

**PRIMERO:** Que el día 20 febrero del 2013, esta Comisión de Derechos Humanos inició oficiosamente una investigación con motivo de los hechos que se publicaran en el periódico “Zócalo Saltillo” el 19 de febrero del 2013, mediante las cuales se hace del conocimiento público que el día 17 de enero del 2013, falleció un recién nacido por una supuesta negligencia médica en el A2, atribuida al médico

ginecólogo SP1, ya que el mismo se ausentó la noche del parto y la madre y su bebé no pudieron ser atendidos por un especialista, lo cual provocó el deceso.

**SEGUNDO:** En fecha 25 de febrero de 2013, se presentó a las oficinas de la Tercera Visitaduría Regional la Q1 e interpuso formal queja en contra de personal médico del A2 y manifestó que el día 16 de enero de 2013, siendo las 22:30 horas, su esposo AG1 la llevó al A2 a la sala de Urgencias porque tenía dolores de parto, una vez en él fue atendida por el médico de turno el doctor SP1 quien le hizo la revisión y le informó que estaba bien y que tenía que llegar a 10 centímetros de dilatación para poder dar a luz, de ahí fue enviada a un cuarto a la cama 21 y durante su estancia fue revisada por personal diverso quienes se identificaron como pasantes, posteriormente el día 17 de enero del 2013, a las 14:30 horas cuando la revisó uno de los pasantes, le informó que tenía una dilatación de 8 centímetros y fue trasladada al quirófano, lugar donde según la quejosa, permaneció sola un tiempo aproximado de una hora u hora y media, mientras que dos pasantes estaban afuera del quirófano platicando de cosas personales y jugando con sus celulares, refiere la paciente que durante ese lapso de tiempo inició con los dolores más fuertes y su esposo les dijo a los pasantes que hicieran algo, y que si no lo habían escuchado, a lo que a dichos de la quejosa contestaron: “que quieres que hagamos, que le saquemos el niño a huevo”, en el momento en que entraron al quirófano, la impetrante ya estaba alumbrando, por lo que fue asistida por dos pasantes, un hombre y una mujer, después del alumbramiento, los pasantes mencionados salieron del quirófano, dejando sola a la paciente por un espacio de 20 minutos y cuando regresaron los acompañaba un doctor alto, güero, quien estaba en la planta baja, al ingresar al quirófano, el doctor inició el procedimiento de reanimación, dándole respiración de boca a boca al recién nacido, pero en ningún momento la paciente escuchó que el bebé llorara, mientras tanto, terminó de asistir el parto un pediatra llamado SP2 el cual le habló al esposo de la quejosa y le dijo que el bebé había nacido muerto.

**TERCERO:** Derivado de los hechos anteriores y advirtiéndose que ambas investigaciones se refieren a los mismos acontecimientos se acordó por parte de la Tercera Visitadora Regional acumular la queja iniciada por ella al expediente de investigación oficiosa iniciado por la Primera Visitaduría Regional de esta Comisión, esto con la finalidad de no dividir la investigación.

## II.- EVIDENCIAS

1.-Informe pormenorizado rendido por la Secretaría de Salud, a través de la SP3, Directora de Asuntos Jurídicos de la dependencia antes mencionada, en el cual manifiesta que el día 25 de enero de 2013, se hizo del conocimiento de la Dirección de Asuntos Jurídicos los hechos ocurridos el día 17 de enero de 2013, en los cuales derivado del trabajo de parto de la paciente Q1, se obtuvo un producto obitado, lo que motivó que el AG1, esposo de la paciente y padre del menor, presentara queja en el departamento de Servicio Social del A2, lo que motivó que se iniciara la investigación de los hechos, motivo por el cual se solicitó un informe al respecto a las autoridades directivas del A2 además de que se desahogó la declaración del personal involucrado en los citados hechos. Así mismo, AG1 manifestó la SP3 que después de que se recibiera el informe y del desahogo de algunas pruebas se pudo determinar que existió responsabilidad laboral del médico gineco-obstetra SP1 por omisión en la prestación del servicio y/o falta de atención médica oportuna, razón por la cual en fecha 15 de febrero de 2013, se rescindió la relación laboral que el médico mencionado mantenía con la institución pública de salud.

2.- Copia certificada del informe que el Director del A2 doctor SP4, rindiera respecto de los hechos ocurridos en el A2 el día 17 de enero de 2013, en el cual se afirma que el día 16 de enero de 2013, la paciente Q1 es atendida en el área de urgencias por el doctor SP5 el cual la envía a sacar consulta externa de ginecología. Posteriormente a las 23:15 horas del mismo día 16 de enero de 2013, es ingresada nuevamente al área de urgencias y es atendida por el doctor SP6, quien ordena hospitalización de inmediato con diagnóstico de oligohidramnios y embarazo de más de 40 semanas. Se informa que en la hospitalización fue atendida el día 17 de enero de 2013, siendo las 00:15 horas por la doctora SP7 y pasa al siguiente turno, razón por la cual es atendida a las 09:30 horas por el ginecólogo SP1, quien según su informe encuentra una paciente con embarazo de 42 semanas, cefálico, con escaso líquido dando las indicaciones de iniciar conducción del trabajo de parto y antibioticoterapia, con vigilancia del trabajo de parto. Manifiesta el director del Hospital citado que en el turno vespertino del día 17 de febrero del 2013 estaba programado el ginecólogo SP8 quien un día antes pidió permiso económico, por lo que no asistió a laborar. La doctora interna SP9 realiza una nota en el expediente clínico del día 17 de febrero de 2013, en la cual

menciona que se recibe paciente procedente de hospitalización en trabajo de parto a las 15:00, a las 15:30 horas bajo asepsia y campos estériles, se recibe producto obitado por el residente de pediatría, quien inicia reanimación del recién nacido sin obtener éxito, declarándose la muerte del producto.

**3.-**Copia certificada del aviso de rescisión del contrato laboral que sostenía el médico SP1 con el A2, suscrito por la doctora SP3 en fecha 15 de febrero de 2013.

**4.-**Copias certificadas del expediente clínico de la señora Q1, en el cual se describe la hora de ingreso de la paciente al A2, la sintomatología que presentaba y el seguimiento clínico que se le dio por parte del nosocomio.

**5.-**Oficio número \*/\*, suscrito por el Agente Investigador del Ministerio Público de primer turno de la ciudad de Piedras Negras, mediante el cual manifiesta que en fecha 17 de enero de 2013 se dio inicio a la averiguación previa penal \*/\*/ por el delito de responsabilidad profesional, derivado de la denuncia que interpusiera el AG1 en representación de la Q1 y del menor fallecido.

**6.-** Copias certificadas de la fe de necropsia practicada al menor fallecido el día 17 de enero de 2013 por el doctor SP10, perito en materia de medicina forense adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales Región Norte I, así como por el licenciado SP11, perito fotógrafo, en el cual concluye el perito forense que *“la causa directa de la muerte es por asfixia por obstrucción de vías aéreas inferiores por maniobra traumática de tórax del lado derecho, y que el mecanismo de la muerte fue que al realizar maniobra traumática en tórax lado derecho se ocasionó compresión directa de vías aéreas inferiores lesionando severamente pulmón derecho resultando obstrucción directa de paso de aire a vías aéreas inferiores, lo cual culminó súbitamente con la interrupción de las funciones vitales y posteriormente la muerte, en razón de lo anterior se afirma que el recién nacido tuvo una muerte violenta a causa de alteraciones viscerales en los órganos interesados por asfixia por obstrucción de vías aéreas inferiores por maniobra traumática de tórax lado derecho”*.

### **III.- SITUACIÓN JURÍDICA**

A la señora Q1 y al menor fallecido se les vulneraron sus derechos humanos, al omitírsele la debida atención médica durante el trabajo de parto, ya que a su alumbramiento solo asistió personal residente y no un especialista calificado para hacer frente a las adversidades médicas que se pudieran presentar, lo cual ocasionó que el recién nacido perdiera la vida, razón por la que se acredita que personal del A2, realizó actos y omisiones en agravio de los derechos humanos de las personas citadas.

### **IV.- OBSERVACIONES**

**PRIMERA.-** Dispone el artículo 2, fracción XI, de la mencionada Ley Orgánica de esta Comisión, que por derechos humanos se entiende que son las garantías individuales y sociales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, también los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los reconocidos en los Convenios, Acuerdos y Tratados Internacionales en los que México sea parte.

**SEGUNDA.-** La Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, es el organismo constitucional encargado de tutelar que sean reales y efectivos los derechos fundamentales de toda persona que se encuentre en territorio coahuilense, por lo que, en cumplimiento de tal encomienda, solicita a las autoridades den cabal cumplimiento a las disposiciones legales.

**TERCERA.-** Que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 19 y 20, fracciones I, III, y IV, de la Ley Orgánica de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, este organismo público defensor de los derechos humanos, es competente para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones que se imputen a autoridades y servidores públicos de carácter estatal y municipal.

**CUARTA.-** En el análisis y estudio que se efectúa en el presente capítulo, es respecto del concepto de violación que se describe a continuación:

A. Negligencia Médica, cuya denotación es la siguiente:

- 1.- Cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud;
- 2.- realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública;
- 3.- sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada;
- 4.- que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico.

Así las cosas, esta Comisión afirma que está plenamente acreditado que la Secretaría de Salud a través del personal médico del A2; violó los derechos humanos de la paciente Q1 y su menor fallecido, ya que la falta de atención oportuna por un especialista en gineco-obstetricia y la negligente atención brindada por el personal médico residente que se encontraba, en el momento en que ocurrieron los hechos.

El día 20 de febrero de 2013, esta Comisión inició oficiosamente una investigación sobre los hechos que se publicaron en el periódico “Zócalo de Saltillo”, en los cuales se hacía del conocimiento público que el día 17 de enero de 2013, una persona del sexo femenino la cual estaba embarazada, fue atendida negligentemente en el A2 y a causa de esto su menor hijo perdió la vida.

Posteriormente esta Comisión solicitó un informe pormenorizado de los hechos a la Secretaría de Salud, el cual rindió oportunamente en fecha 22 de febrero de 2013, en el cual se reconoce que efectivamente SP1, incurrió en responsabilidad laboral al no atender con la debida diligencia a la señora Q1, ya que fue hospitalizada el día 16 de enero de 2013 a las 23:30 horas y atendida por la doctora encargada del turno nocturno quien tuvo en observación a la paciente, y entregó su turno a las 7:30 horas al doctor SP1 no obstante lo anterior, el mismo no acudió a verificar el estado de salud de la citada persona hasta las 09:30 horas del mismo día, sin importarle que las notas médicas anteriores indicaban embarazo de más de 40 semanas y escasas de líquido amniótico, asimismo refiere la autoridad que el médico señalado no volvió a ver a Q1, a pesar de que se encontraba en trabajo de parto y comenzó el alumbramiento a las 14:30 horas

aproximadamente, tiempo en que el SP1 aún estaba de turno en el A2, lo que ocasionó que personal residente asistiera sin la debida supervisión el nacimiento del menor. En el mismo informe manifiesta la autoridad responsable, que se recibió un producto obitado o sin vida, razón por la que el pediatra SP11 inició la reanimación del recién nacido sin obtener éxito, declarando muerto al producto a las 15:50 horas del día 17 de enero de 2013.

Así las cosas, una vez que son analizadas las pruebas que obran en el expediente que se resuelve, se puede concluir que efectivamente se violentaron los derechos humanos de la Q1 y su menor fallecido, ya que personal del A2 no les garantizó la debida atención médica, no obstante que es una obligación legal de acuerdo a las funciones y servicios que se prestan en el nosocomio mencionado.

En primer lugar, es necesario precisar que la paciente fue atendida en el área de urgencias del multicitado nosocomio el día 16 de enero de 2013, siendo las 23:30 horas y fue atendida por el personal de guardia quien al percatarse que el usuario era una mujer con embarazo de más de 40 semanas, oportunamente ordenó la hospitalización de la persona citada, lo cual tuvo como consecuencia que recibiera atención médica de parte de la doctora SP7, médico ginecólogo de turno el día 17 de enero de 2013, siendo las 00:15 horas, dicha doctora ordena la debida vigilancia ya que la paciente presenta un embarazo de término, además de líquido amniótico disminuido, sin mayor contratiempo, la paciente pasa al siguiente turno que inició a las 7:00 horas del día 17 de enero de 2013, el cual estuvo a cargo del médico gineco-obstetra SP1.

No obstante lo anterior, el médico citado no visitó a la paciente sino hasta las 09:20 horas lo cual se desprende del expediente clínico remitido vía informe por la propia autoridad, y éste asentó como única nota médica que se trataba de una paciente femenina de X años de edad ingresada la noche anterior y que encuentra los resultados de un ultrasonido que se había practicado a las 09:00 horas del día 17 de enero del año 2013, que muestra un embarazo de 42 semanas, oligohidramnios moderado con varios partos vaginales previos con sospecha de ruptura de membranas y en consecuencia le indica el médico la conducción del parto.

En el resto del turno del médico SP1, no realizó otra visita a la paciente, razón por la que se acredita que no brindó la debida atención médica, contrariando con ello lo establecido en el artículo 56 de la Ley Estatal de Salud que literalmente dice:

*“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;...”*

Además de lo anterior, es importante señalar que existe una nota de la enfermera de turno que indica que la paciente fue ingresada a la sala de expulsión a las 14:30 horas del día 17 de enero de 2013 y según el informe de la autoridad responsable la salida del médico de turno SP1 se registró a las 14:34 horas, es decir, el mismo aún se encontraba en las instalaciones del A2 cuando comenzó la labor del parto y el mismo indebidamente no estuvo presente en dichos acontecimientos, lo cual tuvo como consecuencia que el parto no estuviera supervisado por un médico especialista ya que el siguiente turno que comenzó a las 14:30 horas, también estuvo descubierto por un médico especialista debido a un permiso económico que se le brindó, sin embargo no es posible concebir que la salud esté sujeta a un horario y la obligación del médico ginecólogo era asistir el parto hasta su conclusión, sin importar el término de la jornada laboral. La falta de un especialista en la materia ocasionó que el parto fuera asistido por personal residente que aún está en capacitación y por la falta de experiencia no tiene los conocimientos prácticos para responder ante una situación grave que se presente con algún paciente.

Es importante mencionar que la Dirección del A2 también incurre en responsabilidad por omisión, ya que no suplió con la debida oportunidad la ausencia del médico especialista en ginecología que se le otorgó un permiso económico ya que sin importar las cuestiones laborales con su personal, el A2 como institución de salud pública debe de garantizar la presencia un médico especialista en las áreas requeridas en todos los turnos del día, ya que es una medida necesaria para reducir la mortalidad materno infantil, tal como lo establece el artículo 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

*“ARTÍCULO 99.- Los responsables de un hospital gineco-obstétrico tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad materno infantil, acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos”.*

Ahora bien, hasta el momento se ha analizado la responsabilidad del personal del A2 por la omisión en la atención médica, sin embargo es preciso señalar que además de lo anterior hubo negligente atención por parte del pediatra residente que recibió al recién nacido ya que se puede advertir por su propio dicho que realizó maniobras de reanimación consistentes en compresiones torácicas, y del dictamen pericial de necropsia del menor fallecido se puede concluir que el menor si respiró y que la causa de la muerte fue por realizar maniobra traumática en tórax lado derecho, ya que al realizar compresión directa en las vías aéreas inferiores lesionaron severamente el pulmón derecho resultando la obstrucción directa de paso de aire, culminando súbitamente con la interrupción de las funciones vitales y posteriormente la muerte.

Hechos que nos llevan a concluir que los procedimientos realizados por el médico residente de pediatría no fueron realizados con la debida diligencia ya que el exceso de fuerza en los mismos ocasionó una lesión mortal al menor.

No obstante lo anterior, es importante precisar que el personal residente aún debe estar en permanente supervisión hasta que se determine que se encuentran debidamente capacitados para el ejercicio de sus funciones, y que esto debe de garantizarse por parte del A2 que es indispensable que todo el tiempo se encuentre físicamente en el nosocomio un especialista de cada área, esto para brindar la atención médica oportuna que se pudiera presentar.

Sirve de sustento legal a lo anteriormente expuesto las siguientes disposiciones legales:

### **Ley General de Salud**

Artículo 1o.- 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 2o.- 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;

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 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud pública, y
- III. De asistencia social.

Artículo 25.- Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 26.- Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

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

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

III. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. La atención materno-infantil;

## **CAPITULO V**

### **Atención Materno-Infantil**

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;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual;
- III. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro;
- IV. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados, y

V. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.

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 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 63.- La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento para la lactancia materna, promoviendo que la leche materna sea alimento exclusivo durante los primeros seis meses de vida y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil;

II Bis.- Acciones de promoción para la creación de bancos de leche humana en los establecimientos de salud que cuenten con servicios neonatales;

III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años, y

IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

## **Ley Estatal de Salud**

Artículo 1o. La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto la protección de la salud, así como establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la concurrencia de éste y sus municipios en materia de salubridad local, en 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 Coahuila.

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

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

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

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

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;
- II. La atención a menores y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual;
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar;

- IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento, y
- V. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de menores en las escuelas públicas y privadas.

Artículo 57. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 58. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

Artículo 59. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias del Estado de Coahuila establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil, y

Con todo lo anterior no queda duda alguna de que efectivamente se violentaron los derechos humanos de Q1 y su menor fallecido.

Por último, es menester recalcar que todo lo aquí expuesto tiene por finalidad, en estricto apego al cometido esencial de esta Comisión, el colaborar con las instituciones que, como la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, se esfuerzan por erradicar prácticas comunes que en otros tiempos fueron insostenibles, y que ahora, al margen de la protección de los derechos de igualdad, trato digno, de legalidad y seguridad jurídica, obligan a todas las instituciones a la búsqueda de la protección de los derechos fundamentales y crear los mecanismos legales necesarios contra toda conducta que los lastime.

En virtud de todo lo anterior, a la Secretaria de Salud; en su calidad de superior jerárquico de la autoridad señalada como responsable se:

## **R E C O M I E N D A**

**PRIMERA.-** Se inicien los procedimientos administrativos al personal médico que incurrió en responsabilidad ya sea por actos u omisiones y se impongan las sanciones que en derecho correspondan y de existir éstos proporcione copias debidamente autorizadas a esta Comisión a la brevedad posible.

**SEGUNDA.-** Se imponga la sanción administrativa que corresponda al Médico gineco-obstetra SP1 y de ser procedente se le inhabilite para seguir ejerciendo la profesión, ya que la conducta desplegada el día 17 de enero del 2013, refleja un completo desinterés en la búsqueda de la atención, tratamiento y prevención de la salud de las personas.

**TERCERA.-** Se inicien cursos de capacitación en materia de respeto a los derechos humanos al personal médico y administrativo del A2 a efecto de que fomenten un ejercicio de su función en estricto apego a los derechos humanos de las personas.

**CUARTA.-** Túrnese el presente expediente a la Comisión Coahuilense de Arbitraje Médico, a fin de que inicie la investigación de los hechos ocurridos el día 17 de enero del 2013, en el A2 y pueda determinar lo conducente.

**QUINTA:** Se tomen las medidas necesarias para que en todos los hospitales públicos del estado se garantice la presencia permanente de un médico de cada especialidad, tal como lo contempla el artículo 71 bis 1 de la Ley General de Salud.

En el caso de que la presente recomendación sea aceptada, de conformidad con el artículo 130 de la Ley Orgánica de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza y 102 de su Reglamento Interior, solicítase al superior jerárquico de la autoridad responsable lo informe a esta Comisión dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación y

hágasele saber que en caso contrario deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, lo anterior conforme a lo dispuesto por el artículo 195 párrafo tercero inciso 13 de la Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza.

En el supuesto de aceptación de la Recomendación que se emite, deberán exhibirse las pruebas de su cumplimiento, las que habrán de remitirse a esta Comisión dentro de quince días siguientes a la fecha de la aceptación de la misma. En caso de estimar insuficiente el plazo, podrá exponerlo en forma razonada, estableciendo una propuesta de fecha límite para probar el cumplimiento de la Recomendación.

Notifíquese la presente resolución por medio de atento oficio a la autoridad responsable, para los efectos a que haya lugar.

Así con fundamento en las disposiciones legales invocadas en esta determinación y, en base a los razonamientos que en ella se contienen, lo resolvió y firma el suscrito, Visitador General, Encargado del Despacho de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza.- NOTIFÍQUESE.- - -  
-----

**FEDERICO ALBERTO GARZA RAMOS**  
**Encargado del Despacho de la Comisión de los Derechos**  
**Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza**