



RECOMENDACIÓN No. 79 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V1 Y LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2; AL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1, AL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V1; ASÍ COMO AL DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN, EN AGRAVIO DE V1 y V2.

Ciudad de México, a 29 de diciembre de 2017.

**MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**MTRO. FEDERICO ARTURO GARZA HERRERA
FISCAL GENERAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, y 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, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos de prueba contenidos en el expediente número CNDH/5/2014/6247/Q, derivado de la queja formulada por V1, relacionada con el caso de violaciones al derecho a la protección a la salud por

inadecuada atención médica en su agravio y la pérdida de la vida de V2; al derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1, al derecho de acceso a la información en materia de salud de V1; así como al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración, en agravio de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad de conformidad con los artículos 4°, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 78, parte segunda, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 3, 11, fracción VI, y 113, fracción I, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. La información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto, en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

I. HECHOS

3. El 11 de agosto de 2014, personal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí (CEDH), recibió la queja de V1, quien manifestó que el 30 de julio de 2014 tuvo su primera cita médica con el Ginecólogo del Hospital General de Zona No. 6 en Ciudad Valles, San Luis Potosí (en adelante Hospital General), quien le indicó que estaba “estrecha” por lo que su parto sería por cesárea, le ordenó un ultrasonido, el cual se realizó el 31 de julio de 2014, en una clínica privada, donde fue atendida por el mismo médico ginecólogo que también prestaba sus servicios para ese nosocomio, quien le reiteró que estaba estrecha y que V2 estaba muy grande, con un peso aproximado de 3 kilos 900 gramos, por lo que tendría que ser cesárea la cual programó para el lunes 4 de agosto de 2014 en el Hospital General.

4. El domingo 3 de agosto de 2014, aproximadamente a las 9:00 horas, V1 comenzó con fuertes dolores, por lo que se trasladó al mencionado Hospital General, informándole al médico que la atendió lo referido por el Ginecólogo respecto a que

tendrían que hacerle cesárea; después de auscultarla salió del consultorio del área de toco cirugía e ingresó con AR1, quien le indicó que no estaba estrecha, le realizó un nuevo ultrasonido y le dijo que el producto pesaba a lo mucho 3 kilos 400 gramos, considerando que podría nacer normal, enseguida la ingresaron a otro cuarto donde le colocaron algunos aparatos en el abdomen para monitorear los latidos y los movimientos de V2, veinte minutos después AR1 regresó y le comentó que todo estaba bien, que no habría problema para que tuviera un parto normal, que esperara afuera o que regresara a las 14:00 horas de ese mismo día, ya que en ese momento solo tenía 2 centímetros de dilatación.

5. V1 se presentó a la hora señalada, el médico que la revisó le mencionó que ya traía 4 centímetros de dilatación, lo que corroboró AR1, quien le dijo que se quedaría internada. Dos horas más tarde V1 le comentó a AR1 y al Interno que sentía mucho dolor, por lo cual este último le rompió la fuente para que aminorara el malestar, logrando el objetivo. Cuando tuvo 8 centímetros de dilatación, V1 le mencionó a AR1 que ya no aguantaba los dolores, pero éste solo le dijo “*ya mero [V1]*” y se retiró. Posteriormente, AR1 y el otro doctor del cual no recuerda el nombre, le colocaron un aparato en su abdomen, tras lo cual expresaron “*es sufrimiento fetal*”, trasladándola a quirófano, donde perdió el conocimiento mientras V2 nacía.

6. Cuando despertó, AR1 le dijo que tuvieron que hacerle una cesárea de emergencia, que al momento de estar pariendo se le abrió la matriz, que V2 “*intentó*” salir por ahí por lo que se quedó sin oxígeno, lo que le ocasionó muerte cerebral y daño en algunos órganos.

7. Finalmente, el 22 de agosto de 2014, en comparecencia ante personal de CEDH, V1 informó que V2 murió en el Hospital General, el 17 de agosto de 2014.

8. Por razón de competencia, la CEDH remitió a este Organismo Nacional el expediente de queja, mismo que se recibió el 4 de septiembre de 2014, radicándose el diverso CNDH/5/2014/6247/Q. Para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a la Procuraduría General

de Justicia de San Luis Potosí (Procuraduría Estatal); y en colaboración al Centro de Atención a las Víctimas del Delito de San Luis Potosí (CAVID), cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Oficio DQOF-0502/14, de 2 de septiembre de 2014, signado por el Director General de Canalización, Gestión y Quejas de la CEDH, mediante el cual remitió los siguientes documentos:

9.1. Acta Circunstanciada de 11 de agosto de 2014, elaborada por personal de la CEDH, en la que se hizo constar la comparecencia de V1, quien refirió los hechos motivo de queja y al que agregó como prueba:

9.1.1. Disco compacto que contiene el ultrasonido que le practicó el Ginecólogo a V1, a las 17:21 horas del 31 de julio de 2014.

9.2. Acta Circunstanciada de 22 de agosto de 2014, elaborada por personal de la CEDH, en la que se hizo constar la comparecencia de V1, quien informó que V2 falleció el 17 de agosto de 2014 en el Hospital General y a la que se agregó dos fotografías de V2.

10. Acta Circunstanciada de 2 de septiembre de 2014, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la comunicación telefónica con V1, quien refirió que denunció los hechos de queja ante la Procuraduría Estatal, donde se radicó la averiguación previa AP; ocasión en la que personal de este Organismo Nacional le ofreció atención psicológica, la cual aceptó.

11. Oficio 09 52 17 61 4BB1/1759, de 13 de octubre de 2014, signado por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual rindió informe en torno a los hechos de la queja, y al que se adjuntaron, en copia simple, las siguientes documentales:

11.1. Tarjeta informativa de 2 de septiembre de 2014, signada por AR1, sobre la atención médica brindada a V1 el 3 de agosto de 2014, en la que, entre otras cosas, refirió: *“Dado que la pelvis la encontré ginecoide, suficiente, la edad gestacional fetal por clínica y ultrasonido fue de 39 semanas, la cantidad de líquido amniótico valorada por ultrasonido la encontré en rango normal, el trazo cardiotocográfico¹ reactivo, documentando bienestar fetal y se encontraba aún en fase de latencia y siendo la paciente candidata para prueba de trabajo de parto, se citó para ingresarla en fase activa, tal y como señala la normatividad vigente”*.

▪ **Expediente Clínico de V1.**

11.2. Nota médica de 9 de diciembre de 2013, elaborada a las 15:03 horas, por el Médico Familiar 1, en la que indicó que V1 presentó P.I.E. (Prueba Inmunológica de Embarazo) positiva de 7 de diciembre de 2013.

11.3. Formato de Vigilancia Prenatal y Riesgo obstétrico de V1, al que se adjuntó el resumen de las siguientes notas médicas:

11.3.1. Nota médica de 17 de junio de 2014, elaborada por el Médico Familiar 2, en la que después de revisar a V, anotó: *“PRESENTA PUNTAJE DE ALTO RIESGO DE 10.5 POR ANTECEDENTE DE ABORTO, CESÁREA PREVIA, CIRUGÍA PÉLVICA, POR LO QUE SE ENVÍA PARA VALORACIÓN A G Y O [gineco-obstetricia]”*.

11.4. Nota médica de consulta externa en el servicio de ginecología, de 30 de julio de 2014, sin hora, elaborada por el Ginecólogo, en la que mencionó, como datos relevantes, que V1 presentaba una cesárea previa, pelvis estrecha y desproporción cefalopélvica, por lo que solicitó un ultrasonido obstétrico.

¹ Trazo cardiotocográfico. *“Estudio que [...] permite evaluar el estado de salud fetal mediante el registro grafico de la FCF, motilidad fetal y actividad uterina”*.

11.5. Nota médica de Admisión a Ginecoobstetricia de V1, del 3 de agosto de 2014, a las 09:05 horas, elaborada por AR1, en la que describió que el tacto vaginal reveló que era candidata a parto, ordenando su revaloración en 4 horas.

11.6. Nota médica de revaloración de V1 en el área de ginecoobstetricia del 3 de agosto de 2014, a las 15:00 horas, suscrita por AR1 y el Interno, en la que se detalló que no contaba con radiólogo para realizar ultrasonido con reporte e imágenes, por lo que se remitió al realizado en el servicio de admisión de urgencias obstétricas horas antes. También indicó que daría prueba de trabajo de parto a V1, por lo que la pasaría a sala de labor para vigilancia y conducción del mismo.

11.7. Nota médica de evolución de labor del 3 de agosto de 2014, a las 15:50 horas, firmada por AR1, en la que señaló: *“Se realiza tacto vaginal, encontrando 6 cm de dilatación, 90% de borramiento, con FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) 148 x’. Ver formato de partograma”*.

11.8. Nota médica de evolución de labor del 3 de agosto de 2014, a las 16:50 horas, signada por el Interno y AR1, en la que se lee: *“TV con dilatación 7 cm, con borramiento 90% con FCF 152 x”*.

11.9. Nota médica preoperatoria de 3 de agosto de 2014, a las 19:35 horas elaborada por AR1, en la que detalló que pasó a V1 a cesárea urgente por sufrimiento fetal agudo secundario a ruptura uterina.

11.10. Formato de *“Carta de Consentimiento bajo Información”* para autorizar el procedimiento o intervención quirúrgica, sin anotación alguna ni firma del paciente.

11.11. Nota médica post quirúrgica y técnica del 3 de agosto de 2014, elaborada por AR1 a las 20:15 horas, en la que señaló que a la apertura de la cavidad abdominal, identificó al feto fuera de cavidad uterina el cual entregó al pediatra, sin esfuerzo respiratorio, tono ni frecuencia, lo intubó y le dieron maniobras de reanimación, ingresándolo en Terapia Intensiva Neonatal. Asimismo, detalló que aunque la

paciente lo había solicitado no se realizó salpingoclasia por el estado crítico del neonato.

11.12. Formato de Vigilancia y Atención de Parto, de 3 de agosto de 2014, sin hora, elaborado por AR1, del que se advierte que practicó a V1 una cesárea, detallando como complicación la dehiscencia de histerorrafía (ruptura uterina).

11.13. Nota médica de evolución del 5 de agosto de 2014, a las 9:30 horas, con nombre ilegible, en la que se identificó a V1 sin datos de infección, disponiendo su alta hospitalaria.

11.14. Hoja de Alta Hospitalaria de V1 de 5 de agosto de 2014, signada por el Ginecólogo, por mejoría, con diagnóstico: *“III EMB 39 SDG x FUM, Puerperio quirúrgico y Ruptura uterina”*.

▪ **Expediente Clínico de V2.**

11.15. Hoja del recién nacido, sin fecha, signada por el Médico Pediatra 1, en la que detalló que V1 nació sin frecuencia cardíaca, muerto, por lo que se realizó reanimación neonatal avanzada, al minuto comenzó con signos débiles de frecuencia cardíaca y ligera coloración de tegumentos, se ingresó a cunero muy grave estableciendo como *“IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Recién nacido macrosómico de termino, asfixia neonatal severa, post paro cardiopulmonar, encefalopatía hipóxico isquémica”*.

11.16. Nota médica de valoración e ingreso de V2 a cunero patológico de 3 de agosto de 2014, elaborada a las 20:30 horas, por el Médico Pediatra 1, en la que diagnosticó ausencia de reflejos primarios y campos pulmonares ventilados.

11.17. Nota médica de evolución matutina, de 4 de agosto de 2014, elaborada a las 13:20 horas, por el Médico Pediatra 2, en la que registró que V2 se encontraba en

malas condiciones generales, bajo ventilación mecánica, con datos de coma profundo.

11.18. Nota médica de evolución matutina, de 5 de agosto de 2014, elaborada a las 12:30 horas, por el Médico Pediatra 2, en la que reportó a V2 muy grave.

11.19. Nota médica de evolución vespertina, de 6 de agosto de 2014, elaborada a las 14:30 horas, por el Médico Pediatra 3, en la que detalló que tras realizarle un electroencefalograma a V2, se le encontró sin actividad cerebral, lo que se informó a V1.

11.20. Nota médica de evolución nocturna, de 8 de agosto de 2014, elaborada a las 22:40 horas, por la Médico Pediatra 4, en la que mencionó que V2 continuaba muy grave, con muerte cerebral.

11.21. Nota médica de evolución, de 11 de agosto de 2014, realizada a las 21:50 horas, por el Médico Pediatra 5, en la que refirió que tras tomar dos electroencefalogramas se confirmó la muerte cerebral de V2.

11.22. Nota de defunción de V2, de 17 de agosto de 2014, suscrita a las 11:15 horas, por el Médico Pediatra 6, de la que se lee: *“DX Egreso: RN de Terminó/ PGEG²/ Sufrimiento fetal agudo/ Estado Postparto/ Asfixia Perinatal Severa, Encefalopatía Hipóxico-Isquémica/ Muerte Cerebral/ Falla orgánica Múltiple/ Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda/ Reanimación No exitosa. Fecha y hora de defunción: 17/08/2014 09:15 hrs.”*

12. Oficio 1738/2014, de 23 de diciembre de 2014, signado por el agente del Ministerio Público Investigador del Fuero Común (AMPFC), mediante el cual informó las diligencias realizadas en la AP hasta esa fecha.

² PGEG. Producto grande para la edad gestacional.

13. Oficio 09 52 17 61 4 BB1/ 0221, de 16 de febrero de 2015, firmado por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual informó que el caso se sometió a la consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente (Comisión Bipartita) del H. Consejo Consultivo de la Delegación del IMSS en San Luis Potosí, radicándose el expediente ECB, en el que se resolvió como procedente la queja, sin determinar compensación alguna; y adjuntó los siguientes documentos:

13.1. Oficio INV-402/2014, de 16 de octubre de 2014, firmado por el Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación del IMSS en San Luis Potosí, mediante el cual comunicó a la titular de la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en San Luis Potosí, que posterior a una investigación laboral se determinó sancionar administrativamente a AR1.

13.2. Oficio 259001051100/462/2014, de 22 de octubre de 2014, firmado por la Coordinadora Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente, mediante el cual le notificó a V1 y V3 la resolución de la Comisión Bipartita.

14. Oficio 09 52 17 61 4 BB1/ 1104, de 15 de junio de 2015, firmado por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual informó que mediante oficio 259001051100/185/2015, de 6 de abril de 2015, se dio vista de los hechos de queja al Órgano Interno de Control (OIC) en el IMSS, donde se registró el expediente PA.

15. Acta Circunstanciada de 27 de octubre de 2015, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se hizo constar que la indagatoria AP radicada en la Subprocuraduría Regional para la Huasteca Norte de la Procuraduría Estatal, se encuentra en trámite.

16. Dictamen Médico Forense de 3 de noviembre de 2015, elaborado por personal médico de este Organismo Nacional, en torno al caso de V1 y V2 en el que se concluyó que la atención médica proporcionada a V1 por AR1 en el Hospital General, el 3 de

agosto de 2014, fue inadecuada, incurriendo en negligencia, lo que determinó la afectación directa en la salud del producto y su posterior fallecimiento.

17. Acta Circunstanciada de 6 de junio de 2016, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que hizo constar que el expediente administrativo PA radicado en el OIC en el IMSS, se encontraba en trámite en esa fecha.

18. Acta Circunstanciada de 28 de febrero de 2017, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que hizo constar que el expediente administrativo PA radicado en el OIC fue remitido al Área de Responsabilidades, donde está en trámite.

19. Oficio 033/2017, de 14 de marzo de 2017, signado por el AMPFC, mediante el cual rindió informe en torno al estado que guarda la AP, y en el que detalló cada una de las diligencias practicadas hasta ese momento en la indagatoria de referencia.

20. Acta Circunstanciada de 22 de marzo de 2017, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se hizo constar que, toda vez que el IMSS no le dio respuesta a V1 respecto de su solicitud de reclamación por el daño patrimonial, personal y moral causado por los hechos que nos ocupan, el 23 de agosto de 2016, la agraviada interpuso recurso de nulidad por la negativa ficta ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa con sede en San Luis Potosí, donde se radicó el expediente RA, el cual está en trámite.

21. Acta Circunstanciada de 5 de junio de 2017, elaborada por personal de este Organismo Nacional, a la que se adjuntó copia de la primera y última foja del escrito de 18 de marzo de 2016, signado por V1, dirigido a la Subdelegación del IMSS en Ciudad Valles, a través del cual reclamó el daño patrimonial, personal, y moral ocasionado por parte del personal médico de ese instituto.

22. Oficio 09 52 17 61 4 BB1/1993, de 21 de julio de 2017, signado por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual informó que el 28 de octubre de 2016, se notificó a la agraviada el acuerdo de

desechamiento de fecha 10 de octubre de 2016, a través del cual se le informó la improcedencia de su escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, por encontrarse prescrito su derecho.

23. Acta Circunstanciada de 30 de septiembre de 2017, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que hizo constar que el recurso de nulidad RA continúa en trámite.

24. Acta Circunstanciada de 17 de octubre de 2017, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que hizo constar la consulta a la AP, misma que a la fecha se encuentra en integración.

25. Oficio 25-1-1-30620/17 de 26 de octubre de 2017, del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, mediante el cual informó que el juicio contencioso administrativo federal RA se encuentra suspendido hasta en tanto no se resuelva el recurso de revisión RR, que se tramita en el Tribunal Colegiado en Materia Civil y Administrativa.

26. Oficio 39929/2017 de 13 de noviembre de 2017, a través del cual un Juzgado de Distrito en el Estado de San Luis Potosí hizo del conocimiento de este Organismo Nacional que el 22 de mayo de 2017 se emitió sentencia en el JA, concediendo el amparo y protección de la justicia federal a la agraviada respecto de su reclamación del daño patrimonial, sin embargo, el IMSS interpuso recurso de revisión, el cual está pendiente de resolución.

27. Oficio FGE/0075/2017 de 15 de noviembre de 2017, signado por el Fiscal General del Estado de San Luis Potosí, mediante el cual rindió un informe pormenorizado en torno a la AP, misma que a la fecha se encuentra en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

28. El 9 de agosto de 2014, V1 presentó denuncia ante el AMPFC, en su agravio y en el de V2, por la comisión del delito de homicidio culposo y lo que resulte, en contra de

AR1, siendo que a la fecha de la emisión de la presente Recomendación, la averiguación previa se encuentra en trámite.

29. Asimismo, el caso que nos ocupa fue puesto a consideración de la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo de la Delegación del IMSS en San Luis Potosí, radicándose el expediente ECB, en el cual el 21 de octubre de 2014, se emitió acuerdo en el que se resolvió como procedente la queja desde el punto de vista médico, en base a la Opinión Técnico Médica emitida por la Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas.

30. Con motivo de lo anterior la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos en San Luis Potosí, determinó imponer a AR1 *“treinta notas de demérito”* como sanción administrativa, sin responsabilidad laboral para el resto del personal institucional que intervino en la atención de V1. De la misma forma, se ordenó dar vista de los hechos al OIC en el IMSS, a efecto de que se iniciara el procedimiento administrativo de investigación correspondiente.

31. En ese tenor, el 10 de abril de 2015, la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación del IMSS en San Luis Potosí dio cumplimiento al mencionado acuerdo, dando vista al citado OIC, donde se radicó el expediente PA, el cual se remitió el 11 de noviembre de 2016 al Área de Responsabilidades para su determinación, mismo que a la fecha se encuentra en trámite.

32. El 18 de marzo de 2016, V1 reclamó, mediante escrito recibido en el Hospital General, el daño patrimonial, personal, y moral ocasionado por parte del personal del IMSS; sin embargo, toda vez que no se le dio respuesta dentro del término de tres meses que señala el artículo 17 de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo, el 23 de agosto de 2016, la agraviada interpuso recurso de nulidad por la negativa ficta ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa con sede en San Luis Potosí, en cuya instancia se radicó el expediente RA, el cual está suspendido a la fecha de emisión del presente, en espera de que el JA cause estado.

33. El 28 de octubre de 2016, el IMSS le notificó a la agraviada el acuerdo de desechamiento de 10 de octubre de 2016, relacionado con su promoción de 18 de marzo de 2016, a través del cual se le informó la improcedencia de su escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, por encontrarse prescrito su derecho. En contra de dicha determinación, V1 promovió el juicio de amparo indirecto JA, en el que el 22 de mayo de 2017 se pronunció ejecutoria concediendo el amparo y protección a la agraviada, mismo que a la fecha no ha causado estado, en virtud de que el IMSS interpuso recurso de revisión RR, que está en trámite ante un Tribunal Colegiado en Materia Civil y Administrativa.

IV. OBSERVACIONES

34. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja CNDH/5/2014/6247/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y la pérdida de la vida de V2; al derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1, al derecho de acceso a la información en materia de salud de V1; así como al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración, en agravio de V1 y V2, en atención a lo siguiente.

- **DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

35. La protección a la salud es un derecho humano vital e 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 su más alto nivel.³

36. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

³ CNDH. Recomendación 14/2016, párrafo 28.

37. En el artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud [OMS] o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

38. En este sentido, el 23 de abril del 2009, esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, en la que se afirmó que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.”*

39. En razonamientos establecidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación relacionados con el derecho a la salud y su protección, se ha señalado que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como la exigencia de ser apropiados médica y científicamente.

40. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), se reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

41. Respecto al derecho a la protección de la salud, en relación con la salud reproductiva, el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, en su Recomendación General N° 24, en su párrafo 27, señaló: “[...] es obligación de los Estados garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.

42. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su numeral 12.2 establece que “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”.

43. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es “deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”.⁴

44. En el caso en estudio, la violación al derecho a la protección a la salud se analizará de la siguiente manera: A. Inadecuada atención médica de V1; y B. Pérdida de la vida de V2.

⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

A. Inadecuada atención médica en agravio de V1.

45. El 9 de diciembre de 2013, V1 acudió por primera ocasión a la Unidad Médico Familiar No. 3, ya que refirió amenorrea⁵ de 4 semanas, por lo que el médico familiar le ordenó se realizara estudios de laboratorio para confirmar embarazo; el 16 de ese mes y año, con resultados el Médico Familiar 1 diagnosticó 5 semanas de gestación, y asentó en la nota médica respectiva “*ALTO RIESGO OBSTÉTRICO*”. V1 asistió a revisión con su médico familiar, un total de 13 ocasiones, en las cuales mantuvo una evolución normal del embarazo, con buen estado general y sin datos de alarma obstétrica.

46. El 17 de junio de 2014, en cita subsecuente de control prenatal⁶, el Médico Familiar 2 calificó el riesgo obstétrico alto⁷ de 10.5, debido a los antecedentes de aborto dos años previos a la gestación en curso, cesárea previa ocho años antes y cirugía pélvica por perforación uterina a causa del DIU (dispositivo intrauterino), por lo que envió a V1 al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General, para su valoración.

47. A consideración de la especialista médica de esta Comisión Nacional, la decisión de referir a V1 al servicio de ginecología y obstetricia, tomada por el Médico Familiar 2, constituyó un punto de buena práctica, pues al hacerlo dio oportunidad a la implementación de los cuidados adicionales, manejo y tratamiento de las posibles complicaciones con respecto a la calificación de 10.5 de riesgo obstétrico que presentaba.

⁵ Ausencia de la menstruación.

⁶ Control prenatal. “*Acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. En embarazadas con factores de riesgo no modificables y riesgo de resultados adversos, el control prenatal en medicina familiar determinara la frecuencia de consultas de acuerdo a cada caso y la necesidad de derivar a la paciente a segundo nivel*”. Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo.

⁷ Embarazo de Alto Riesgo. “*Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto [...]*”.

48. El 30 de julio de 2014, V1 acudió al Hospital General, siendo atendida por el Ginecólogo, quien registró en su nota médica como antecedentes de importancia, un aborto dos años antes y el retiro de DIU por laparoscopia a causa de perforación uterina, cursando en ese momento su tercer embarazo, encontrando a la exploración física producto vivo, movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto sin actividad uterina, y fondo uterino de 34 centímetros.

49. Al tacto vaginal, el Ginecólogo halló cérvix posterior formado, resistente, sin pérdidas transvaginales, revelando el examen una pelvis reducida en estrecho superior medio e inferior, por lo que el citado galeno concluyó como diagnóstico un embarazo de 37.2 semanas de gestación, cesárea previa y desproporción cefalopélvica por producto macrosómico⁸, solicitando la realización de ultrasonido y nueva cita de valoración en una semana, para programación quirúrgica.

50. Hasta este momento, desde el punto de vista médico legal de la especialista de este Organismo Nacional, la atención médica brindada por el Ginecólogo fue la adecuada e indicada, de acuerdo a los diagnósticos y factores de riesgo que presentaba la agraviada.

51. La mala atención médica que se brindó a V1 comenzó a partir del 3 de agosto de 2014, a las 09:05 horas, cuando la agraviada acudió al área de urgencias gineco-obstétricas del Hospital General, tras presentar dolor lumbar y “*supra púbico*”⁹ tipo cólico intermitente, donde fue atendida por AR1, quien al momento de llevar a cabo el interrogatorio médico inicial y realizar su correspondiente nota médica¹⁰, omitió hacer referencia a tres antecedentes médicos relevantes, según lo advirtió la especialista de esta Comisión, ya que en su opinión:

⁸ Macrosómico. “*Recién nacido, cuyo peso es igual o superior a los 4,000 grs*”.

⁹ Es una región del abdomen localizada debajo de la región umbilical y entre las fosas ilíacas.

¹⁰ Ver evidencia 11.5.

a) Describió únicamente “*DIU ya retirado*”, sin tomar en consideración lo mencionado por el Ginecólogo en su nota de 30 de julio de 2014, respecto al antecedente de retiro de diu “*por perforación uterina*”.

b) No señaló el peso del producto en el ultrasonido realizado para confirmar la macrosomía fetal, ni realizó alguna anotación sobre la pelvis, a la cual describió como “*suficiente*”, circunscribiéndose a mencionar una prueba de Hillis-Muller positiva¹¹; y

c) Excluyó el ultrasonido mencionado por la agraviada en su escrito de queja, tomado el día 31 de julio de 2014 en una clínica particular, en el cual se refiere un peso aproximado del producto de 3,900 gramos, siendo que ni siquiera mencionó haberlo examinado.

52. Las citadas omisiones atribuibles a AR1, son contrarias a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (en adelante NOM-004-SSA3-2012), en su punto 6.1.1. el cual indica que la información mínima que se debe obtener a través de interrogatorio médico, comprende, entre otros: “*ficha de identificación [...] antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos [...] y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas*”. Asimismo, el punto 7, de la misma norma, que refiere que las notas médicas de urgencia, deberán reportar: 7.1.4. “*Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso*”, 7.1.5. “*Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente*”; y 7.1.6. “*Diagnósticos o problemas clínicos*”.

¹¹ La prueba de Hillis-Müller, se efectúa a través del examen pélvico por tacto vaginal, en el momento de mayor intensidad de la contracción y ejerciendo presión sobre el fondo uterino, se evalúa el descenso de la cabeza fetal y el canal vaginal, si la cabeza fetal no baja, existe mayor posibilidad de desproporción cefalopelvica.

53. AR1 también incumplió con lo previsto en el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993¹², sobre la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio (en adelante NOM-007-SSA2-1993), que señala: *“A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica [...]”,* que se relacionan con el punto 4.10 de la NOM-004-SSA3-2012, donde precisa que debe anotarse en éste: *“padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete”*.

54. Es así que AR1 pasó por alto datos primordiales para establecer factores específicos y antecedentes de importancia que a la postre ocasionaría una atención médica deficiente en relación con V1 y efectos fatales respecto a V2, como se verá en los párrafos subsecuentes.

55. V1 fue revalorada por AR1 a las 15:00 horas del 3 de agosto de 2014, en su nota médica reportó: *“Frecuencia Cardíaca Fetal 148-152 x’¹³, con motilidad fetal presente y normal, con actividad uter [sic] [uterina] 2 contracciones en 10 minutos [...] con dilatación de 4-5 cm, borramiento d [sic] [de] 90% aproximadamente [...] Feto cefálico en Primer plano de Hodge”¹⁴,* y mencionó que no se contaba con radiólogo para la realización de ultrasonido con reporte de imágenes.

56. De lo anterior se advierte que hubo una ausencia del personal médico necesario (radiólogo), lo que constituyó otro obstáculo para garantizar de manera efectiva la protección de derecho a la salud de V1, ya que, a consideración de la médica de este Organismo Nacional, ello contribuyó a la falta de determinación del peso fetal, punto clave en la elección del tratamiento a seguir respecto de V1.

¹² Normatividad vigente en el momento en que sucedieron los hechos de queja.

¹³ X’. Por minuto.

¹⁴ Plano de Hodge. Niveles utilizados para dividir imaginariamente la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal durante el nacimiento, en su paso por el canal del parto.

57. Asimismo, en opinión de la especialista de esta Comisión Nacional, el hecho de que el Hospital General no contara con médico radiólogo constituye una responsabilidad institucional y una violación a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en su artículo 26 refiere que los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos. Asimismo, se incumplió con lo dispuesto en el punto 5.4.1.5 de la NOM-007-SSA2-1993, que indica: *“En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido”*.

58. En la misma nota médica citada de las 15:00 horas del 3 de agosto de 2014, se advierte que AR1 determinó el ingreso de V1 al área de tococirugía, y señaló: *“Se dará prueba de trabajo de parto. Pasa a sala de labor para vigilancia y conducción del mismo”*. Al rendir su informe en torno a los hechos de queja, AR1 puntualizó que decidió ofrecer prueba de trabajo de parto dado que *“no existía contraindicación para ofrecer parto después de cesárea”*, según la Guía de Práctica Clínica (GPC) IMSS-048-08.

59. La misma GPC referida por el galeno, sin embargo, indica que para *“intentar un parto vaginal después de una cesárea en aquellas pacientes que solamente tengan una incisión transversal y que sean atendidas en medio hospitalario, se deberá solicitar consentimiento bajo información”*. Como se aprecia de la referida Guía de Práctica, toda vez que V1 ya tenía antecedentes de cesárea, era necesario solicitar su consentimiento para efecto de pasarla a sala de trabajo de parto, sin embargo, en las constancias del expediente clínico de V1 remitido a este Organismo Nacional no obra el citado consentimiento, como tampoco existe constancia de *“monitorización electrónica continua fetal”*, a pesar de que el mismo instrumento señala que todas las pacientes con cesárea previa en trabajo de parto deberán contar con él; por lo que AR1 incumplió también con los mencionados requisitos.

60. La GPC igualmente señala que el trabajo de parto está contraindicado, entre otros casos, cuando exista: *“2. Ruptura uterina previa”*. Como ya se mencionó V1 tuvo

“perforación uterina [previa] a causa del DIU”, lo que AR1 pasó por alto, a pesar de ser una circunstancia que ya había sido indicada por el Médico Familiar 2, al momento de enviar a V1 al servicio de ginecología derivado del riesgo obstétrico alto que tenía. Al respecto, la especialista de este Organismo sostiene que lo procedente era una resolución vía abdominal (cesárea), no así un trabajo de parto como lo fue el caso.

61. La propia resolución emitida por la Comisión Bipartita asumió que *“la indicación de la prueba de parto fue inadecuada, toda vez que la paciente contaba con antecedente de cicatrices uterinas previas generada por la perforación uterina debido a la translocación de un dispositivo intrauterino que contraindicaba la prueba de trabajo de parto, así como durante la conducción de trabajo de parto con oxitocina [...]”*.

62. Las negligencias mencionadas no fueron las únicas que influyeron en el resultado adverso respecto del proceso de parto, pues del análisis efectuado a la atención médica brindada a V1, también se advirtió que AR1 registró actividad en el partograma¹⁵ a las 15:00, 16:00, 17:00, 18:00, 18:40 y 19:10 horas, siendo que cuatro de las revisiones las llevó a cabo fuera del tiempo de 30 minutos que exige la NOM-007-SSA2-1993, en sus puntos 5.4.2 y 5.4.2.1, lo que trajo como consecuencia que existiera dilación en la vigilancia de la actividad uterina, foco fetal, evaluación de los cambios cervicales, descenso de la presentación y pérdidas transvaginales.

63. La especialista médica de este Organismo Nacional observó en el partograma que la frecuencia cardíaca fetal, dilatación y borramiento ocurrieron en un rango de normalidad de acuerdo al tiempo transcurrido, no así el descenso fetal¹⁶, el cual permaneció desde las 15:00 hasta las 17:00 horas en primer plano de Hodge y de las 18:00 hasta las 19:10 horas en segundo plano de Hodge, por lo que en cuatro horas descendió solamente dos planos.

¹⁵ Partograma. Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.

¹⁶ Detención del descenso fetal. Sucede cuando existe falta de progresión en el avance del producto a lo largo del canal del parto y el diagnóstico se hace cuando mediante dos exploraciones vaginales distanciadas por una hora, la presentación permanece en el mismo plano de Hodge.

64. La especialista de esta Comisión determinó que AR1 y el Interno pasaron por alto la información registrada en el partograma, omitiendo relacionarla con lo manifestado por el Ginecólogo referente a la estrechez pelviana, macrosomía fetal y la perforación uterina, todos ellos factores de alto riesgo que presentaba la agraviada. Corrobora lo anterior, el hecho de que AR1 no hiciera comentario alguno en las notas médicas y que dejara evolucionar el trabajo de parto de V1.

65. Lo anterior contribuyó a que no se integrara un diagnóstico temprano ni un tratamiento oportuno existiendo inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, en virtud de que no emplearon el partograma como herramienta fundamental durante el trabajo de parto, omitiendo analizarlo en forma detallada con la finalidad de evitar alguna distocia¹⁷.

66. Fue hasta las 19:35 horas, según se desprende de la nota médica respectiva, cuando AR1 se percató de la disminución en la frecuencia cardíaca fetal a 60 latidos por minuto¹⁸, escaso sangrado genital y al tacto vaginal con dilatación completa y fuga de la presentación¹⁹; se había perdido la fuerza uterina que apoyaba firmemente al feto en la pelvis por una ruptura uterina, siendo hasta ese momento cuando indicó cesárea urgente por sufrimiento fetal²⁰ agudo, secundario a ruptura uterina por probable dehiscencia²¹ de histiorrafia (cicatriz de cesárea previa).

¹⁷ Distocia fetal. “es un tamaño anormalmente grande o una posición que dificultan el parto. El diagnóstico se realiza mediante el examen, la ecografía o la respuesta al trabajo de parto. El tratamiento se realiza mediante maniobras físicas de reposicionamiento del feto, parto operatorio por vía vaginal o cesárea”.

¹⁸ El normal en el feto es de 120 a 160 latidos por minutos.

¹⁹ “La presentación fetal describe la manera en la que está colocado el bebé para salir por el canal del parto para el alumbramiento”. La fuga es la pérdida de la altura de la presentación fetal en relación con los planos de la pelvis materna (planos de Hodge o Estaciones de De Lee).

²⁰ Sufrimiento Fetal. “alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxemia, hipoxia, acidosis metabólica, acidemia metabólica. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal”. Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, p. 21.

²¹ Dehiscencia. “Apertura espontánea de un órgano o una herida. Rotura y separación de la sutura de una herida”.

67. La especialista de este Organismo Nacional sostuvo en su dictamen que la nueva ruptura uterina debió identificarse oportunamente como una consecuencia inminente de los factores de riesgo (estrechez pélvica y desproporción cefalopelvica por macrosomía), que aun cuando no hubo elementos técnicos suficientes para establecer cuál de los dos fue el motivo de la distocia, o bien una combinación de ambos, lo cierto es que cualquiera que fuese el caso, al combinarse con la patología de V1 (una cesárea anterior y una cirugía uterina previa por una perforación) así como con la falta de descenso fetal, indujo a un aumento en la fuerza de contractilidad uterina que finalmente le provocó la apertura de la cicatriz que presentaba de la cesárea previa.

68. Por lo anterior, la médico adscrita a esta Comisión Nacional concluyó que existió responsabilidad médica por parte de AR1, quien incurrió en negligencia por omisión, al no determinar, de forma oportuna, la resolución por vía abdominal (realización de cesárea) del embarazo de V1, ante los factores de riesgo de la agraviada, sin darle la connotación de emergencia obstétrica²², contrariando lo señalado en el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura (LTCS), que dispone que: *“La prueba [de trabajo de parto] se suspenderá en caso de existir falta de progresión del trabajo de parto, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba”*. Así como, la NOM-007-SSA2-1993 que establece en su punto 5.1.1 que *“La atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria”*.

69. Durante los días posteriores al parto, V1 evolucionó hacia la mejoría siendo dada de alta del Hospital General, el 5 de agosto de 2014, con diagnóstico: *“III EMB 39 SDG x FUM, Puerperio quirúrgico y Ruptura uterina”*, no obstante, las acciones y omisiones atribuibles a AR1 durante el parto, provocaron que V2 presentara asfixia perinatal lo cual trajo consigo un mal pronóstico de vida y su posterior deceso.

70. Consecuentemente, AR1 incumplió con lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 en correlación

²² Emergencia Obstétrica. *“Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal”*. Punto 4.4 de la NOM-007-SSA2-1993.

con el artículo 61 Bis de la Ley General de Salud (LGS) que preceptúa que: *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”*; 8°, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; de la misma forma, con lo dispuesto en los puntos 5.4.1.5, 5.4.1.6, 5.4.2, 5.4.2.1 y 5.4.2.2 de la NOM 007- SSA21993²³, el LTCS y la GPC correspondiente.

71. AR1 también omitió observar los artículos 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

B. Pérdida de la vida de V2

72. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfruta de un ciclo existencial que no debe ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 1° y 4° constitucionales; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y 1.1 y 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, este último precepto, es interpretado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH) en el sentido de que: *“garantiza no solo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino que además, el deber de los Estados de adoptar las medidas*

²³ Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 10/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 33/2016, 38/2016, 40/2016, 47/2016, 50/2016, y 54/2016, 57/2016, 58/2016, 61/2016, 5/2017, 6/2017, 7/2017 y 11/2017, emitidas por esta Comisión Nacional.

*necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida”.*²⁴

73. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido destacan la “*Declaración de Ginebra*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

74. La Declaración de los Derechos del Niño de la ONU, en su Preámbulo, señala que: “*el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento*”. Por su parte, el artículo 24.2, incisos a) y d) de la Convención sobre los Derechos del Niño precisa que es obligación de los Estados garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud, estando obligados a adoptar medidas para: “*Reducir la mortalidad infantil y en la niñez*” y “*asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres*”.

75. Para esta Comisión Nacional la protección a la vida y a la salud del concebido, pero no nacido, está interconectada con el hecho de que le sean satisfechos, con efectividad, los derechos a la protección de la salud de la mujer embarazada, de tal manera que se pueda garantizar la viabilidad del producto, su adecuado desarrollo, y la protección de la expectativa de vida humana.

76. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General No. 15 señala que: “[...] *durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal*

²⁴ “*Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador*”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015, párr. 169; “*Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Párrs. 99 y 125, y *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*, párr. 134.

*pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño [...]*²⁵.

77. La NOM-007-SSA2-1993 en el párrafo uno de su introducción advierte que *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida [...]*”.

78. La obligación de cuidar los derechos de los *nasciturus*²⁶, está estrechamente vinculada con lo normado en el artículo 61, fracción I, de la Ley General de Salud, el cual determina que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras acciones, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

79. Como es de observarse, la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer, lo que, en el presente caso no sucedió.

80. Esta Comisión Nacional observa que la inadecuada atención médica que se brindó a V1, al no determinar de forma oportuna la resolución por vía abdominal de su embarazo (realización de cesárea) derivado de los factores de riesgo que tenía, provocó que al nacer V2 presentara, según se desprende de la nota médica post quirúrgica y técnica realizada por AR1 el 3 de agosto de 2014, a las 20:15 horas, las siguientes afectaciones: *“Feto fuera de cavidad uterina el cual se entrega a pediatra,*

²⁵ “Sobre el Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, artículo 24, párrafo 51.

²⁶ Nasciturus: “El concebido pero no nacido”, o concebido antes de nacer, mientras permanece en el útero.

sexo femenino sin esfuerzo respiratorio, tono ni frecuencia, 3900 gr. Lo intuban y le dan maniobras de reanimación y pasa a Terapia Intensiva Neonatal”.

81. En la hoja del recién nacido, sin fecha, signada por el Médico Pediatra 1, se detalló: *“DATOS DEL PARTO [...] Fecha y hora: 3/8/14, 19:45 horas. Indicación Cesárea/Forceps: X sufrimiento fetal, bradicardia y ruptura uterina. Complicaciones/Observaciones: ruptura uterina, producto fuera del útero. DATOS DEL RECIÉN NACIDO [...] Observaciones: Nace sin frecuencia cardíaca, muerto, se realiza reanimación neonatal avanzada, intervención masaje cardíaco y administración de adrenalina y al minuto empieza con signos débiles de frecuencia cardíaca y ligera coloración de tegumentos, se ingresa a cunero muy grave [...] IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Recién nacido macrosómico de término, asfixia neonatal severa, post paro cardiopulmonar, encefalopatía hipóxico isquémica²⁷. Pasa a cunero patológico”.*

82. La médico de este Organismo Nacional mencionó en su dictamen que a consecuencia de la ruptura uterina, V2, a su nacimiento, no presentó frecuencia cardíaca, cuadro que ameritó maniobras de reanimación (intubación, masaje cardíaco, administración de adrenalina), y su ingreso al servicio de cunero patológico en estado clínico grave, con el diagnóstico de recién nacido macrosómico, de término, asfixia neonatal severa, post paro cardiopulmonar y encefalopatía hipóxico²⁸ isquémica²⁹.

83. V2 evolucionó hacia el deterioro con datos sugestivos de muerte cerebral, en espera de toma de un nuevo electroencefalograma de control para corroborar el diagnóstico, el cual tuvo lugar el día 11 de agosto de 2014, lo anterior de acuerdo a la nota médica de ese mismo día, elaborada por el Médico Pediatra 5, en la cual se confirmó la muerte cerebral de la recién nacida, permaneciendo conectada a ventilador.

²⁷ “La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) se define como el síndrome neurológico que aparece en el recién nacido tras un episodio de hipoxia y/o isquemia acaecido durante el periodo perinatal”.

²⁸ “La hipoxia se refiere a una disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos”.

²⁹ “La isquemia es cualquier condición que impide que la sangre alcance los órganos y tejidos del cuerpo”.

84. Finalmente, catorce días después de su nacimiento, el 17 de agosto de 2014, V2 presentó insuficiencia respiratoria, falleciendo a las 9:15 horas de ese mismo día, con los diagnósticos de recién nacido a término con peso grande para la edad gestacional, sufrimiento fetal agudo, estado postparo, asfixia perinatal severa, encefalopatía hipóxico-isquémica, muerte cerebral, falla orgánica múltiple, síndrome de dificultad respiratoria aguda, y reanimación no exitosa.

85. La especialista de este Organismo Nacional sostuvo en su dictamen que la atención médico-pediátrica brindada a V2, desde su nacimiento y hasta que falleció fue la adecuada e indicada.

86. Concluyó, sin embargo, que desde el punto de vista médico legal hubo una afectación directa en la salud de V2 y su posterior fallecimiento, derivado de la inadecuada atención médica que le proporcionó AR1 a V1, al no determinar la resolución oportuna del embarazo por vía abdominal (cesárea), ante la detención del descenso fetal y los factores de riesgo de la agraviada por la existencia de una ruptura uterina previa.

87. Derivado de lo anterior, esta Comisión Nacional sostiene que AR1 vulneró en agravio de V2, además de los instrumentos jurídicos previamente invocados, los artículos 15 y 28 inciso A de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes vigente al momento de los hechos; 1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 24.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; principio 4 de la Declaración de los Derechos del Niño; artículos 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 1º, fracciones I y II, 6, fracciones II y VI, 13, fracción I, 14, todos de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que reconocen el deber del Estado de proteger el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo de las niñas, niños y adolescentes, y aunque esta última Ley General fue publicada con fecha posterior a los hechos de la presente Recomendación, este Organismo Nacional tiene presente el contenido de los mismos con la finalidad resaltar una mayor protección al principio del interés superior de la menor hoy occisa.

• **DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.**

88. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en sus artículos 35 y 46, fracciones II y X, la responsabilidad del Estado para *“la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres”; “brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

89. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017, define a la violencia obstétrica, como: *“Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”*³⁰.

90. La Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”*³¹.

91. En el caso que nos ocupa, se acreditó la existencia de violencia obstétrica tanto física como psíquica, entendiéndose como tal:

³⁰ Párrafo 94.

³¹ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, p. 47.

“Violencia obstétrica física. Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”³²; y

“Violencia obstétrica psíquica. Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica, obstétrica.”³³.

92. Hubo violencia obstétrica física en agravio de V1, por la inadecuada atención que le brindó AR1 al binomio materno-fetal, al omitir elaborar notas médicas acuciosas, analizar y tomar en consideración la información del partograma, dilación en la detección de los factores de riesgo obstétrico, así como omitir realizar oportunamente la cesárea a V1, con el fin de tener un parto exitoso que garantizara la sobrevivencia de V2, tal como quedó evidenciado en el apartado que precede.

93. Respecto a la violencia obstétrica psicológica, en su escrito de queja, V1 también señaló: *“a las 14:00 horas volvemos al IMSS, y en tono de burla un doctor que desconozco su nombre pero es alto, delgado, piel clara, de lentes, de aproximadamente 35 años y de 1.80 metros de estatura me dijo [...] no creo que le hayan regresado los dolores o está aquí porque le dijimos que a esa hora regresara [...] entré el baño para cambiarme de ropa, como me tardé en el baño por el dolor que sentía en ese momento entra una enfermera y me dice apúrele señora que ya la están esperando [...] sentía mucho dolor por lo que se lo dije al doctor y él le comentó a las enfermeras en tono de burla que ya me había cansado [...] entró el doctor me revisa y dijo en voz alta “ya la subió” las enfermeras dicen ya le picaste los ojos por eso se subió la niña”.*

³² Medina, Graciela, “Violencia Obstétrica”, en Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009.

³³ Ídem.

94. De lo declarado por la quejosa, se advierte que el trato que recibió consistió en burlas y regaños, los cuales se agravan si consideramos que V1 se encontraba en una situación especial de vulnerabilidad como lo es el parto, donde la mujer por lo general se encuentra tolerando dolores fuertes, ansiedad, miedo, angustia y otros sentimientos afines; por lo tanto, los malos tratos desplegados por el personal médico y de enfermería que resultan ser, deshumanizados, insensibles, groseros, descorteses, de tal manera que violentaron el derecho humano de V1 a un parto libre de violencia obstétrica.

95. Esta Comisión Nacional estima que la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones producto de una problemática estructural del campo médico que hoy hacen posible un conjunto de conductas represivas basadas en la interiorización de las jerarquías médicas. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto.³⁴

96. La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.³⁵

97. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, estipula en sus artículos 35 y 46, la responsabilidad del estado, para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres y *“asegurar que en la prestación de los*

³⁴ CNDH. Recomendación 3/2017, párr. 45, 61/2016, párr. 117; Recomendación 58/2016, párr. 101, y Recomendación 31/2016, párr. 43.

³⁵ CNDH. Recomendación 61/2016, párr. 119, 58/2016, párr. 103 y Recomendación 31/2016, párr. 45.

servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres". Por lo tanto, todos los establecimientos de salud, están obligadas a brindar una atención médica con perspectiva de género, si esto no se cumple, como en el caso que nos ocupa, se evidencia una falta de compromiso institucional para respetar los derechos humanos.

98. No se pasa por alto que el 2 de septiembre de 2014, personal de este Organismo Nacional tuvo contacto con V1, a quien se percibió afectada emocionalmente pues durante la mayor parte de la llamada no pudo contener el llanto, a tal grado que solicitó apoyo psicológico, el cual le fue gestionado por esta Comisión Nacional a través de CAVID, institución que en su momento le otorgó terapias con profesionales en psicología.

99. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que personal del Hospital General es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém Do Pará").

• DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

100. El artículo 6, párrafo dos, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que *"Toda persona tiene derecho al libre acceso a información"*, dicho precepto legal determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

101. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 29/2017, párrafo 27, señaló que: *"los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico"*.

102. Por su parte, la CrIDH ha sostenido que un *“expediente médico, adecuadamente integrado, es 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”*³⁶.

103. La NOM-004-SSA3-2012, Introducción, párrafo tres, sustenta que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...]”*.

104. Asimismo, la citada Norma en su punto 4.4 prevé que es obligación del personal de salud *“hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”*.

105. Al respecto, como ya se mencionó en párrafos anteriores al referirnos a la nota médica inicial de 3 de agosto de 2014, la profesional en medicina de esta Comisión Nacional en su dictamen observó que AR1 omitió abordar el antecedente de lo mencionado por el Ginecólogo en su nota de 30 de julio de 2014, respecto al *“retiro de diu por laparoscopia por perforación uterina”*, tampoco mencionó el peso del producto en el ultrasonido realizado, ni realizó alguna anotación sobre la pelvis. De la misma manera, excluyó el ultrasonido mencionado por la agraviada en su escrito de queja, tomado el día 31 de julio de 2014 en clínica particular en el cual se refiere un peso aproximado del producto de 3,900 gramos, pues ni siquiera mencionó haberlo examinado.

³⁶ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

106. Asimismo, V1 en su queja refirió: *“transcurrió como dos horas y sentía mucho dolor por lo que se lo dije al doctor [...] y se retiró el doctor regresó y me comentó que iba a romper la fuente para que sintiera menos dolor, por lo que me sentí un poco mejor [...]”*. En su informe, AR1 señaló que la amniotomía³⁷ se realizó a los 7 cm de dilatación, sin embargo, el rompimiento de membranas no fue descrito en alguna de las notas médicas del 3 de agosto de 2014, por lo que además transgredió el punto 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo al expediente clínico: *“conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica [...] el cual, consta de documentos escritos [...] en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones [...] correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”*.

107. La Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (GB) precisa que a través del consentimiento informado *“el personal de salud le informa en calidad y en cantidad suficiente al paciente competente, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva, así como las posibles alternativas”*.

108. El ejercicio de este derecho le permite al paciente decidir de manera autónoma cuál es la mejor opción de atención médica que desea recibir. Para ello, el sector salud maneja un formato que le permite dar formalidad a la elección, en el caso del IMSS el formato se denomina *“Carta de Consentimiento bajo Información”*.

109. Este documento salvaguarda dos derechos a favor del paciente 1. A estar informado, que es la parte donde se le explica de manera *“clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento de la persona [...] los riesgos,*

³⁷ Amniotomía: *“Es la ruptura artificial de las membranas amnióticas llevada a cabo por medio de la introducción de un instrumento punzante (amniotomo) a través de la vagina”*.

*beneficios (físicos o emocionales) y de la duración del mismo, así como de otras alternativas, si las hubiera*³⁸; y 2. A elegir, el cual da al paciente la posibilidad de “otorgar o denegar el consentimiento a los médicos, acerca de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, después de haber sido informado adecuadamente”³⁹.

110. Los mencionados derechos a la información como a la elección fueron violentados en agravio de V1, en el momento en que AR1 omitió recabarle su consentimiento para someterla a un parto vaginal después de haber tenido una cesárea, tal como lo exige la GPC; se afirma lo anterior ya que el mismo no obra en la copia del expediente de la agraviada que fue remitido a este Organismo Nacional.

111. Asimismo, se vulneraron dichos derechos en el momento en que AR1 determinó realizarle una cesárea a V1, pues según la GPC, para practicarla se requiere de un bloqueo local o general; ante tal circunstancia nos encontramos en uno de los supuestos que requieren de carta de consentimiento informado según la NOM-004-SSA3-2012 en su punto **10.1.2.3**; pero dicho documento tampoco está en la copia del expediente que el IMSS envió a esta Comisión.

112. AR1 en su nota médica preoperatoria de 3 de agosto de 2014, asentó “*Pasa a cesárea urgente por sufrimiento fetal agudo secundario a ruptura uterina (dehiscencia de histerorrafía)*”. Sin embargo, de la narración de los hechos que hizo V1 se advierte que estaba consciente “[AR1 y el Interno] *me colocan un aparato y dicen es ‘sufrimiento fetal’ y me trasladan a quirófano en camilla y ellos corriendo, en el quirófano todos los doctores y personal presente corrían para todos lados*”, para que AR1 o el Interno le informaran lo concerniente a su salud, y pudiera ella tomar la decisión libre, responsable e informada de acceder al procedimiento que se le practicaría, a través del medio legal conducente, que es el consentimiento informado o, en todo caso, pudieron actuar según el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

³⁸ GB, Consentimiento informado y asentimiento, pág. 40.

³⁹ Ídem.

Prestación de Servicios de Atención Médica⁴⁰ que indica que el consentimiento podrá ser firmado por un familiar, el cual pudo ser V3 o, en su caso, practicar el procedimiento con anuencia de dos médicos autorizados debiendo dejar constancia en el expediente, cosa que tampoco se hizo, tan es así que V1 añadió en su queja “*Desperté sin saber que era lo que había pasado*”.

113. Por otra parte, también se observó una inadecuada integración del expediente clínico de V1. La especialista de este Organismo Nacional advirtió que hay notas médicas que incumplen con la NOM-004-SSA3-2012, pues en algunas se omiten detallar los signos vitales de la paciente, otras no tienen hora de realización, el nombre no está completo, hay ilegibilidad y empleo de abreviaturas, además de una hoja de consentimiento informado sin anotación alguna ni firma del paciente, tal como se indica a continuación:

Evidencia	Nota Médica	Omisión	Punto Incumplido de la Norma⁴¹
11.4.	Nota médica de consulta externa en el servicio de ginecología, de 30 de julio de 2014, elaborada por el Ginecólogo, respecto a la paciente V1.	Sin hora y uso de abreviaturas.	5.10 y 5.11.
11.5.	Nota médica de Admisión a Ginecoobstetricia del 3 de agosto de 2014, a las 09:05	Sin signos vitales de V1 y uso de abreviaturas.	5.11. y 6.1.2

⁴⁰ “ARTICULO 81.- En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizadas del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico”.

⁴¹ NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”.

	horas, elaborada por AR1.		
11.7.	Nota médica de evolución de labor, del 3 de agosto de 2014, a las 15:50 horas, firmada por AR1.	Sin signos vitales de V1 y uso de abreviaturas.	5.11. y 6.2.2
11.8.	Nota médica de evolución de labor, del 3 de agosto de 2014, a las 16:50 horas, signada por el Interno y AR1.	Sin signos vitales de V1 y uso de abreviaturas y el nombre del Interno no se encuentra completo.	6.2.2
11.10	Formato de “ <i>Carta de Consentimiento bajo Información</i> ” para autorizar el procedimiento o intervención quirúrgica.	Sin anotación alguna ni firma del paciente.	10.1 a 10.1.3
11.12.	Formato de Vigilancia y Atención de Parto de 3 de agosto de 2014, sin hora, elaborado por AR1.	Sin hora de inicio en página frontal.	5.10
11.13.	Nota médica de evolución del 5 de agosto de 2014, a las 9:30 horas.	Nombre y lectura de la nota parcialmente ilegibles.	5.11

114. Es posible advertir el reiterado incumplimiento, por parte de los servidores públicos señalados, del marco jurídico interno en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, lo cual ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 24/2013, 46/2013, 86/2013, 2/2014, 13/2014, 14/2014, 33/2014, 5/2015, 11/2015, 19/2015, 24/2015, 29/2015, 39/2015, 52/2015, 8/2016, 12/2016, 14/2016, 26/2016, 35/2016, 36/2016, 38/2016, 40/2016, 41/2016, 47/2016, 50/2016, 66/2016, 3/2017, 5/2017, 6/2017, 7/2017, 9/2017, 18/2017, 21/2017, 49/2017 y 50/2017 en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en las que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves o ilegibles, y

presentan abreviaturas, mismas que dejan constancia de que su incumplimiento sigue siendo recurrente.

115. En atención a lo anterior, este Organismo Nacional considera que las omisiones e irregularidades en la conformación del expediente clínico por parte del personal del Hospital General, vulneraron en agravio de V1, su derecho a la información en materia de salud, previsto en el artículo 6° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

• DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN

116. El acceso a la justicia es un derecho fundamental que reconoce el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y constituye la prerrogativa a favor de los gobernados de acudir y promover ante las instituciones del estado competentes, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sobre sus pretensiones o derechos que estime le fueron violentados, en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa, imparcial y gratuita.⁴²

117. Este derecho también se encuentra reconocido en el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual precisa, en términos generales, que toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la determinación de sus derechos y obligaciones. Asimismo, el artículo 25.1. del mismo ordenamiento, señala que: *“Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales”*.

⁴² Recomendaciones 55/2015, párr. 52, 48/2016, párr. 164 y 34/2017, párr. 223.

118. En materia penal, el acceso a la justicia constituye una obligación tanto para el inculpado como para las víctimas de un delito o sus familiares. La CrIDH ha sostenido que: *“las víctimas de violaciones de derechos humanos, o sus familiares, deben contar con amplias posibilidades de ser oídos y actuar en los respectivos procesos, tanto en la procuración del esclarecimiento de los hechos y del castigo de los responsables, como en la búsqueda de una debida reparación. En este sentido, la Corte ha señalado que en un caso de ejecución extrajudicial los derechos afectados corresponden a los familiares de la víctima fallecida, quienes son la parte interesada en la búsqueda de justicia”*⁴³. En esta tesitura, como bien lo sostiene la Corte, es el Estado quien tiene la obligación de proveerle a la víctima *“los recursos efectivos para garantizarles el acceso a la justicia, la investigación y, en su caso, la eventual sanción de los responsables y la reparación integral de las consecuencias de las violaciones”*.⁴⁴

119. La CrIDH se ha pronunciado insistentemente respecto de la importancia de que las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia lleven a cabo una adecuada investigación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, es así en los casos: López Álvarez vs. Honduras de fecha 1 de febrero de 2006; García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú de fecha 25 de noviembre de 2005, Tibi vs. Ecuador de fecha 7 de septiembre de 2004, caso Suárez Rosero vs. Ecuador, sentencia de 12 de noviembre de 1997, caso Acosta Calderón vs. Ecuador, sentencia de 24 de junio de 2005, en los que el tribunal internacional explica la necesidad de que las autoridades actúen con diligencia, con el objeto de tutelar eficazmente los derechos humanos de víctimas, ofendidos y los probables responsables.

120. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 14, página 12, estableció que: *“el trabajo de investigación del delito en la averiguación previa [...] es la etapa medular en la fase de procuración de justicia, porque de ella*

⁴³ “Caso Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana”, Sentencia de 24 de octubre de 2012, párr. 199.

⁴⁴ *Idem.*

depende el ejercicio de la acción penal en contra del probable responsable, o bien, para ubicarlo y lograr la solicitud de la reparación del daño, [...]”.

121. Sobre el particular, la CrIDH ha sostenido que la obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad, *“una vez que las autoridades estatales tengan conocimiento del hecho, deben iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la persecución, captura, enjuiciamiento y eventual castigo de todos los autores de los hechos”*.⁴⁵

122. El artículo 21, párrafos primero y segundo, de la Constitución Federal prevé la obligación del Ministerio Público de tomar las medidas jurídicas necesarias para la integración de la averiguación previa tan pronto como tenga conocimiento de la posible existencia de un delito, así como dar seguimiento a las denuncias que se presenten y allegarse de todos los elementos necesarios, de manera oportuna, para lograr el esclarecimiento de los hechos.

123. Esta Comisión Nacional considera que en el caso en análisis existe violación al derecho humano de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia por las siguientes consideraciones: a) Incompetencia del agente del Ministerio Público del Fuero Común para conocer del caso; y b) Violación del derecho de las víctimas.

a) Incompetencia del agente del Ministerio Público del Fuero Común para conocer del caso.

124. El Código Penal Federal, vigente en el momento de ocurridos los hechos de queja, señala en su artículo 1° que será aplicable en toda la República para los delitos del orden federal; por su parte, el Código Federal de Procedimientos Penales, en su artículo 2, indica que es competencia del Ministerio Público Federal llevar a cabo la

⁴⁵ “Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México”, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 289 y 290.

averiguación previa y ejercer, en su caso, la acción penal ante los tribunales; en el mismo sentido la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República en su artículo 4°, fracción I, precisa que corresponde al Ministerio Público de la Federación investigar y perseguir los delitos del orden federal.

125. A mayor detalle, la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación menciona en su artículo 50 inciso a y f, que es delito del orden federal “a) *Los previstos en las leyes federales y en los tratados internacionales [...] [y] f) Los cometidos por un servidor público o empleado federal, en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas*”.

126. Atendiendo al contenido de los preceptos legales citados, este Organismo Nacional advierte que AR1 es un servidor público federal empleado por el IMSS, organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal de conformidad con el artículo 5 de la Ley del Seguro Social; que el 3 de agosto de 2014 se encontraba prestando sus servicios en el Hospital General al momento de incurrir en negligencia por omisión al no determinar la resolución oportuna del embarazo de V1, y que provocó una afectación en la salud de V2 y su posterior fallecimiento.

127. Consecuentemente, las conductas probablemente delictivas desplegadas por AR1 en ejercicio de sus funciones debían ser investigadas por el agente del Ministerio Público de la Federación, sin embargo, a la fecha, AR2, AR3 y AR4, todos agentes del Ministerio Público del Fuero común, en su momento, encargados de la integración la AP⁴⁶, omitieron declararse incompetentes a favor de la Procuraduría General de la República, lo que a consideración de este Organismo Nacional les genera inseguridad jurídica a las víctimas y les obstaculiza tener un efectivo acceso a la justicia.

128. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional el hecho de que si bien AR2, AR3 y AR4, en su calidad de agentes del Ministerio Público del Fuero Común, no eran

⁴⁶ De conformidad con lo informado por el Fiscal General del Estado de San Luis Potosí, AR2 fue quien radicó e integró en un primer momento la averiguación previa AP. Posteriormente, después del 12 de noviembre de 2014, AR3 estuvo a cargo de la misma; y a partir del 20 de mayo de 2016 y a la fecha AR4 es titular de la mencionada indagatoria.

competentes para conocer de la AP, en términos de lo dispuesto en el artículo 21, párrafo primero y segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 145 del Código Federal de Procedimientos Penales vigente en el momento de los hechos denunciados, que señala que: *“Las diligencias de policía judicial y las practicadas por los tribunales del orden común que pasen al conocimiento de los federales, no se repetirán por éstos para que tengan validez”*, tenían la obligación de realizar las diligencias urgentes y allegarse de los elementos de investigación necesarios de manera oportuna, para posteriormente remitirlos al Agente del Ministerio Público de la Federación para su correspondiente validación.

129. Por tanto, una vez que V1 presentó denuncia en contra de AR1, el 9 de agosto de 2014, por los hechos narrados en este documento, AR2 debió acordar las providencias necesarias para recabar todos aquellos elementos de prueba inaplazables de manera diligente y enseguida declinar su competencia.

130. Contrario a ello, continuó integrando la indagatoria hasta el 12 de noviembre de 2014, fecha en la que, AR3 asumió la responsabilidad de la integración de la AP, quien suspendió toda actuación hasta el 20 de mayo de 2016, cuando AR4 ordenó la práctica de diversas diligencias, sin embargo, para entonces ya había transcurrido un año y medio sin actividad para impulsar el proceso de investigación del caso, y sin remitir la averiguación al agente del Ministerio Público de la Federación competente.

131. La Procuraduría Estatal no demostró que haya existido una justificación para continuar conociendo del caso sin declinar la competencia y menos aún para explicar la demora prolongada en el acopio de los elementos de prueba necesarios para la integración efectiva de la averiguación previa de referencia, lo que evidencia una falta de eficacia por parte de esa institución encargada de procurar justicia.

132. La CrIDH ha señalado que *“estas negligencias en los procesos penales generan una denegación de la justicia en el marco de los mismos, impidiendo que se realice una efectiva investigación de los responsables”*.⁴⁷

⁴⁷ “Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador”, óp. cit., párr. 308

133. Al tener en cuenta lo anterior, este Organismo Nacional concluye que AR2, AR3 y AR4, en su calidad de agentes del Ministerio Público encargados, cada uno en su momento, del trámite de la AP, tenían la obligación especial de actuar con la debida diligencia y declinar su competencia a favor del agente del Ministerio Público de la Federación, al no hacerlo vulneraron la garantía de acceso a la justicia en agravio de V1 y V2. Asimismo, y en el caso específico de AR3, al no realizar diligencia alguna mientras estuvo a cargo de la AP, violentando los artículos 1.1 y 8.1 de la Convención Americana.

b) Violación del derecho de las víctimas.

134. A nivel Internacional, la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder emitido por la Organización de las Naciones Unidas⁴⁸, destaca en numeral 4, que las víctimas deben ser tratadas con “*respeto a su dignidad*” y tener “*acceso a los mecanismos de justicia*”. Asimismo, el apartado 6 inciso b), señala que se facilitará la adecuación de los procedimientos judiciales y administrativos a las necesidades de las víctimas: “*Permitiendo que las opiniones y preocupaciones de las víctimas sean presentadas y examinadas en etapas apropiadas de las actuaciones siempre que estén en juego sus intereses, sin perjuicio del acusado y de acuerdo con el sistema nacional de justicia penal correspondiente.*”

135. Por su parte, los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer Recursos y obtener Reparaciones⁴⁹ (en adelante Principios Básicos para las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos), destaca en su punto número 2, inciso b), que las autoridades deben dar un “*acceso equitativo y efectivo de la justicia*” a las víctimas, que se vea reflejado en un procedimiento justo.

⁴⁸ Asamblea General de la ONU. Resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985

⁴⁹ Asamblea General de la ONU. Resolución A/RES/60/147, de 16 de diciembre de 2005.

136. En el ámbito nacional, el artículo 20, inciso C constitucional, reformado en 2008, establece, en sus fracciones I, II y III, entre otros derechos de las víctimas, el de recibir asesoría jurídica; ser informado del desarrollo del procedimiento penal; coadyuvar con el Ministerio Público; a que se le reciban todos los datos o elementos de prueba con los que cuente, tanto en la investigación como en el proceso, a que se desahoguen las diligencias correspondientes, y a recibir, desde la comisión del delito, atención médico-psicológica de urgencia.

137. Contrario a lo señalado, el derecho de V1 y V2 como víctimas de un delito se vio vulnerado por AR2, AR3 y AR4 durante la integración de la averiguación previa AP, ya que desde su inicio se omitió reconocerle dicha calidad.

138. Aunque AR2 y AR4 tuvieron contacto con V1 durante la integración de la indagatoria, tal como se demuestra en las diligencias ministeriales de fecha 9 de agosto de 2014 ocasión en la que se recabó su denuncia y 10 de septiembre de 2014, cuando compareció para solicitar el certificado de defunción de V2, no se hizo constar que le hubiese otorgado formalmente dicha calidad, así como tampoco fue informada la víctima sobre sus derechos constitucionales, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20, apartado C, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vinculado con lo señalado en el artículo 3, fracción V y 154 del Código de Procedimientos Penales del Estado de San Luis Potosí.

139. Uno de los derechos más importantes que se vulneraron en agravio de V1 derivado de la omisión señalada en el párrafo que antecede, fue el de proporcionarle atención psicológica, pues no hay diligencia alguna en la integración de la indagatoria en la que se advierta que AR2, AR3 y AR4 le ofrecieran dicha atención, a pesar de necesitarla, por lo que esta Comisión Nacional considera que los mencionados servidores públicos vulneraron el derecho a recibir atención psicológica en perjuicio de V1, en su calidad de víctima.

140. Ello contravino lo dispuesto en el citado artículo 20, apartado C, fracción III, Constitucional, 14 de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia

para las Víctimas de Delito y Abuso del Poder adoptada por la ONU el 29 de noviembre de 1985, que señala: *“Las víctimas recibirán la asistencia material, médica, psicológica y social que sea necesaria...”*; así como, en el artículo 15, fracción I, de la Ley Orgánica de la Procuraduría Estatal vigente durante la integración de la indagatoria, que señala: *“La atención a las víctimas u ofendidos por delitos comprende: I. Proporcionar asesoría jurídica a la víctima u ofendido, e informarle de los derechos que en su favor establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sobre el desarrollo del procedimiento penal”*, 132, fracción II del mismo ordenamiento, el cual precisa que es obligación de los agentes del Ministerio Público *“II. Prestar auxilio a las personas que hayan sido víctimas de algún delito, así como brindar la protección a sus bienes y derechos cuando resulte procedente”*.

141. Dadas las violaciones mencionadas, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, considera que AR2, AR3 y AR4, agentes del Ministerio Público del fuero común trasgredieron en agravio de V1 y V2 su derecho humano de acceso a la justicia en su modalidad de debida procuración.

V. RESPONSABILIDAD.

142. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas ya descritas en los apartados que anteceden, mismas que configuraron la violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y pérdida de la vida de V2; así como violación al derecho a una vida libre de violencia obstétrica en perjuicio de V1, además de violación al derecho de acceso a la información respecto a la atención médica de V1.

143. Por lo tanto, esta Comisión Nacional considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1 incumplió sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente en la fecha en que sucedieron los hechos, y 303 y 303 A de la Ley del

Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, además de estar sujetos a las responsabilidades civiles, penales y administrativas en que pudieran incurrir como encargados de un servicio público.

144. Finalmente, existe responsabilidad institucional por parte del IMSS, toda vez que AR1 reportó en su nota médica de las 15:00 horas del 3 de agosto de 2014, que en el Hospital General no se contaba con radiólogo para realizarle a V1 un ultrasonido con reporte de imágenes. Lo que sin lugar a duda evidencia una ausencia del personal médico necesario (radiólogo), advirtiendo este Organismo Nacional que dicha situación contraviene lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 26, que refiere que, los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos; así como el punto 5.4.1.5 de la NOM-007-SSA2-1993, sobre la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, que indica: *“En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido”*.

145. Respecto a AR2, AR3 y AR4, agentes del Ministerio Público de la entonces Procuraduría Estatal ahora Fiscalía General, son responsables de vulnerar, en perjuicio de V1 y V2, el derecho humano de acceso a la justicia en la modalidad de procuración de justicia, al conocer de un asunto respecto del cual son incompetentes, además de que AR3 demoró injustificadamente la función de investigación, así como, AR2, AR3 y AR4 por violar el derecho de las víctimas, transgrediendo lo previsto en los artículos 1, 14, párrafo segundo, y 21, párrafos primero y segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2.1 y 14.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 8.1 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 8 y 10 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en los que se establece, en

términos generales, que toda persona puede disponer de un procedimiento sencillo y breve por el cual se le proteja contra actos de autoridad que violen sus derechos.

146. De la misma manera, infringieron lo previsto en los artículos 131, fracciones I, IV, V, VI, VII y VIII, en relación con el 132, fracciones I, XI y XVII de la Ley Orgánica de la Procuraduría Estatal de 2009, aplicable al presente caso, en cuyo primer numeral se establece que son causas de responsabilidad de los agentes del Ministerio Público y peritos: *“I. No cumplir, retrasar o perjudicar por negligencia, la debida actuación del Ministerio Público; III. No solicitar los dictámenes periciales correspondientes; V. No trabar el aseguramiento de bienes, objetos, instrumentos o productos del delito...; VI. Omitir la práctica de las diligencias necesarias en cada asunto; VII. Incumplir cualquiera de las obligaciones a que se refiere el siguiente artículo de este Ordenamiento, y VIII. Las demás que establezcan otras disposiciones aplicables.”* Por su parte, el artículo 132 señala que son obligaciones de los agentes del Ministerio Público y de los peritos *“...para salvaguardar la legalidad, eficiencia, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, y de respeto a los derechos humanos, en el desempeño de sus funciones... I. Conducirse siempre con dedicación y disciplina, así como con apego al orden jurídico y respeto a las garantías individuales y derechos humanos reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; XI... cumplir con todas sus obligaciones, siempre y cuando sean conforme a derecho; XVII. Las demás que establezcan esta Ley, su Reglamento y otras disposiciones aplicables.”*

147. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 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, se tienen evidencias suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, promueva queja administrativa disciplinaria ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a efecto de que se inicie el procedimiento en el que se deberán tomar en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.

148. Con el mismo fundamento este Organismo Nacional considera que hay evidencias suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos haga llegar copia de la presente Recomendación a la Procuraduría Estatal, a fin de que se integre a la averiguación previa AP, quien posteriormente deberá decretar su incompetencia respecto de dicha indagatoria a favor de la Procuraduría General de la República, de conformidad con los preceptos legales citados en este documento, para que sea dicha autoridad quien investigue los delitos cometidos en agravio de V1 y V2, tomando en consideración los argumentos vertidos en la presente Recomendación y, en su oportunidad, determine las responsabilidades de los servidores públicos del IMSS que intervinieron en los hechos violatorios a derechos humanos acreditados en el caso, y se les sancione como corresponda.

149. En relación con AR2, AR3 y AR4, existen elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, promueva queja ante el Órgano Interno de Control de la Fiscalía del Estado, se radiquen los procedimientos administrativos correspondientes, y se determine las responsabilidades de los servidores públicos que intervinieron en los hechos violatorios a derechos humanos acreditados en el caso, y se sancione a los responsables.

150. Esta Comisión Nacional observa la importancia de que las investigaciones que se inicien con motivo de los hechos denunciados se lleven a cabo con la debida diligencia, completa, imparcial, efectiva y pronta de los hechos, con el objeto de establecer la responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como de todos los demás servidores públicos que, en su caso, hayan participado en los hechos cuya identidad tendrá que investigarse, con el objeto de aplicar efectivamente las sanciones penales y administrativas que la ley prevé.

VI. REPARACIÓN DEL DAÑO A LA VÍCTIMA. FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO.

151. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, que de conformidad con lo establecido en los artículos

1°, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevén la posibilidad de que al evidenciarse 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 la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, [...] la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado”*.

152. De conformidad con el artículo 1°, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

153. De conformidad con el artículo 4° de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, V3 adquiere la calidad de víctima indirecta, con motivo del vínculo familiar existente como esposo de V1 y padre de V2, el cual propicia que sea susceptible de sufrir un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la rehabilitación, reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

154. Para dar cumplimiento a cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que la autoridad cumpla lo dispuesto en la Ley General de Víctimas. Para ello, a continuación se puntualiza la manera en que podrán acatarse los puntos Recomendatorios.

➤ **Formas de dar cumplimiento a los puntos recomendatorios dirigidos al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

a) Medidas de rehabilitación.

155. Para reparar íntegramente el daño, deberá considerarse el perjuicio psicológico que sufrió V1 y V3 por el fallecimiento de V2, por lo cual se les tiene que localizar y tener un acercamiento con ambos para determinar la atención tanatológica que sea indispensable. La que deberá ser proporcionada por profesionales especializados hasta la total rehabilitación de los familiares. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible para ellos.

156. De darse el caso en el que las víctimas no deseen recibir la atención referida, se podrá dar cumplimiento enviando las constancias que acrediten haber realizado el ofrecimiento, manteniendo el compromiso de proporcionarlo de ser requerido en el futuro.

b) Medidas de satisfacción.

157. Es necesario que como medida de satisfacción, el IMSS acredite, por una parte, que aportó la presente Recomendación como prueba en la investigación que inicie la Procuraduría General de la República con motivo de la incompetencia dictada por la Procuraduría Estatal en la AP y, por otro lado, que atiende y responde de forma oportuna y activa, a los requerimientos que se le realicen para la integración de la indagatoria.

158. Respecto a la colaboración en la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, esa instancia deberá proporcionar en todo momento la información que se le requiera, sin que exista dilación para poder lograr una determinación fundada y motivada, con elementos suficientes, informando el estado en que se encuentre y las diligencias y actuaciones faltantes para la determinación que en derecho proceda.

c) Garantías de no repetición.

159. Consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, un curso de capacitación deberá ser impartido dentro de los tres meses siguientes a la notificación del presente documento, el cual tendrá que estar enfocado en materia de derechos humanos con perspectiva de género, específicamente en relación al derecho a la protección de la salud y el derecho de acceso a la información en materia de salud y sobre las normas oficiales en materia de salud, especialmente sobre la NOM-007SSA2-2016⁵⁰, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”*, así como de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, el cual deberá ser dirigido a todo el personal médico que proporciona atención obstétrica en el Hospital General.

160. El curso deberá ser impartido en fechas posteriores a esta Recomendación, por personal calificado y con experiencia acreditable en los temas de referencia; y estar disponible de forma electrónica para su consulta de forma accesible para su difusión. Se tendrá por cumplido con el envío de las constancias del curso realizado.

161. En este mismo apartado deberá emitirse una circular dirigida al personal médico de la unidad responsable, en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, se deberá remitir a este Organismo Nacional la notificación de la citada circular al personal médico en cuestión, y la certificación o recertificación que hayan obtenido.

162. Finalmente, como lo establecen los artículos 18, 19 fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se

⁵⁰ Si bien es cierto la norma oficial que se vulneró fue la NOM-007-SSA2-1993, vigente en el momento en que sucedieron los hechos sobre los que esta Comisión Nacional se pronuncia, también lo es que el 7 de abril de 2016 se publicó la NOM-007-SSA2-2016, la cual establece mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, por lo que el curso a impartir deberá tener como referencia esta nueva norma.

deberán realizar las gestiones ante las autoridades competentes a efecto de que se amplíe el presupuesto y se este en posibilidad de incrementar el personal médico del Hospital General en el área de Radiología, con el objetivo de que brinde una atención adecuada a sus usuarios.

d) Medidas de compensación.

163. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI y VII; 8, 26, 27, 64, fracciones I y II; 67, 88, fracción II; 96, 97, fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, 112, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1, pérdida de la vida de V2, a una vida libre de violencia obstétrica de V1, derecho de acceso a la información en materia de salud de V1, el IMSS deberá inscribir a V1 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

164. Asimismo, con relación a la compensación a favor de V1 y V3 podrá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, considerándose los daños físicos y morales ocasionados a V1 y a V3 con motivo de la violencia obstétrica sufrida, al igual que las aflicciones y sufrimientos causados por el fallecimiento de V2. De tal manera que esta recomendación se dará por cumplida cuando se remita a este Organismo Nacional la documentación que acredite su inscripción en el mencionado Registro Nacional de Víctimas y que se le ha entregado a V1 y V3 la compensación correspondiente.

➤ **Formas de dar cumplimiento a los puntos recomendatorios dirigidos al Fiscal General del Estado de San Luis Potosí.**

a) Medidas de satisfacción

165. A la brevedad, la actual Fiscalía General decline su competencia a favor de la PGR respecto de la AP, y se dará por cumplida cuando se envíen las constancias respectivas, con motivo de la incompetencia.

166. Para la queja administrativa-disciplinaria que este Organismo Nacional promueva ante el Órgano Interno de Control en esa Fiscalía General, en contra de AR2, AR3 y AR4, se deberá informar a este Organismo Nacional el número de expediente con el que se radicó y proporcionar en todo momento la información que se le requiera hasta su determinación.

b) Garantías de no repetición.

167. Se deberá impartir un curso de capacitación en materia de derechos humanos, poniendo énfasis en los derechos humanos de las víctimas de violaciones a los derechos a la salud y la importancia de la atención inmediata y oportuna, el cual habrá de efectuarse dentro de los tres meses siguientes a la notificación de la presente Recomendación, a los agentes del Ministerio Público del Fuero Común en general, y a los adscritos a Ciudad Valles, en particular. Esta recomendación, se dará por cumplida cuando se envíe a este Organismo Nacional, la constancia de que fue proporcionado con posterioridad a la emisión de la presente Recomendación, por personal calificado y con experiencia acreditable en los temas de derechos humanos invocados en el cuerpo del presente documento, se envíen los listados de los asistentes al mismo, y estar disponible de forma electrónica para su consulta para que cualquier servidor público del Instituto pueda acceder a éste.

En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES.

A Usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

PRIMERA. En términos de la Ley General de Víctimas, reparar el daño ocasionado a V1 y V3 debiéndoseles otorgar la atención psicológica y tanatológica necesarias, como consecuencia de la responsabilidad médica detallada, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a V1 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar debidamente en las investigaciones derivadas de la averiguación previa que inicie la PGR con motivo de la declinación de la competencia de la Fiscalía General del Estado de San Luis Potosí en la AP, por ser AR1 servidor público federal y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS respecto de los hechos mencionados en la presente Recomendación, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

QUINTA. Se diseñe e imparta, en el Hospital General, un curso y un taller de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, específicamente en relación al derecho a la protección de la salud y el derecho de acceso a la información en materia de salud y sobre las normas oficiales en materia de salud, los cuales deberán ser impartidos dentro de los tres meses siguientes a la

notificación del presente documento, por personal especializado y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se emita una circular, en un plazo de un mes a partir de notificada la presente Recomendación, dirigida al personal médico del Hospital General, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que se tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias, que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se lleven a cabo las gestiones necesarias ante las autoridades competentes a efecto de que se amplíe el presupuesto y se esté en posibilidad de incrementar el personal médico del Hospital General en el área de Radiología, con el objetivo de que brinde una atención adecuada a sus usuarios.

OCTAVA. Designar a un servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en el caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A Usted señor Fiscal General del Estado de San Luis Potosí:

PRIMERA. Que AR4 decline su competencia, a la mayor brevedad, respecto de la integración de la AP, a favor de la PGR, enviando a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja administrativa-disciplinaria que se promueva ante el Órgano Interno de Control

en esa Fiscalía General, en contra de AR2, AR3 y AR4, y se remitan a esta Comisión Nacional las evidencias que les sean solicitadas, así como las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Impartir un curso de capacitación y formación en materia de derechos humanos, poniendo énfasis en los derechos humanos de las víctimas de violaciones a los derechos a la salud y la importancia de la atención inmediata por la autoridad competente, el cual habrá de impartirse dentro de los tres meses siguientes a la notificación de la presente Recomendación, a los agentes del Ministerio Público del Fuero Común en general, y a los adscritos en Ciudad Valles, en particular, a fin de evitar que se repitan actos como los que dieron origen a la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

168. 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 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, en términos de lo que establece el artículo 1°, párrafo tercero, constitucional, 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.

169. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles

siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

170. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

171. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, y a las Legislaturas de las entidades federativas su comparecencia, para que expliquen las razones de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ