



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 51 /2015

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1 Y V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ACATLÁN DE OSORIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA.

México, D. F., a 29 de diciembre de 2015

**DR. RAFAEL MORENO VALLE
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE PUEBLA.**

Distinguido señor gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 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 las evidencias del expediente CNDH/4/2014/2848/Q, relacionado con el caso 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 lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad a la

que se hace la recomendación, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, y en donde se menciona el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes. Vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El día 27 de abril de 2014, se publicó en el portal electrónico <http://municipiospuebla.com.mx>, la nota periodística titulada “*Denuncian posible negligencia en hospital de Acatlán, Salud anuncia investigación*” en la que se dio a conocer el caso de V1, mujer de 25 años de edad, originaria del Distrito Federal quien presentaba un embarazo de 40.3 semanas de gestación y el 16 de abril de 2014 acudió junto con Q al Hospital General de Acatlán de Osorio, Puebla (Hospital General), pues se encontraba en trabajo de parto, donde recibió una inadecuada atención médica por parte de AR y MIP, situación que generó que durante el nacimiento de V2, éste presentara un cuadro de asfixia y un paro cardiorespiratorio que derivaron en su fallecimiento días después.

4. Q expresó que durante el control prenatal de V1, SP5, médico adscrita al Centro de Salud de Tehuitzingo, Puebla, les había indicado que el bebé “*era muy grande*”, por lo que consideraba necesario que se practicara una cesárea a fin de evitar cualquier complicación.

5. En entrevista con personal de este Organismo Nacional, V1 y Q informaron que a su arribo al nosocomio el 16 de abril de 2014, V1 fue atendida por el personal médico en turno en el Área de Urgencias, donde se le indicó la práctica de un ultrasonido en un consultorio particular; una vez realizado el mismo regresó a la Unidad Hospitalaria aproximadamente a las 11:00 horas, donde SP15 le expresó que tanto ella como V2 se encontraban en buen estado de salud.

6. Agregó que aproximadamente a las 15:30 horas de la misma fecha el dolor se intensificó, por lo que fue revisada por SP13, quien le hizo saber que *“su bebé era demasiado grande por lo que requeriría cesárea”*. En consecuencia, ingresó a la sala de trabajo de parto, donde permaneció aproximadamente desde las 16:00 hasta las 20:00 horas, recibiendo atención por parte de MIP y AR; esta última le indicó que *“era parto normal”*.

7. V1 manifestó que MIP le practicó 3 revisiones de cavidad, negándose en todo momento a llevar a cabo la cesárea, expresando que *“no había anestesiólogo”* y *“su dilatación era sólo de 8”*. V1 expuso que durante tales hechos, MIP estuvo llamando por teléfono celular en todo momento.

8. El parto de V1 inició aproximadamente a las 20:00 horas de esa fecha y ésta expresó que al momento de suscitarse el alumbramiento, V2 no lloró, y se percató de que *“le daban masaje al corazón y primeros auxilios”* sin que el recién nacido reaccionara, por lo que fue trasladado al servicio de Pediatría, donde se encontró bajo un *“tratamiento especial”*.

9. MIP informó a Q que *“su bebé no lloró, ni respiró y que estaba grave, que le dio un paro cardíaco”*, sin hacerle saber nada sobre su estado de salud, por lo que Q permaneció en el nosocomio hasta el 17 de abril, cuando a las 18:00 horas se le permitió visitar a V1, quien fue dada de alta en la misma fecha. Q manifestó que fue a partir de la difusión del caso de su esposa en los medios de comunicación, que comenzó a recibir atención por parte de la Secretaría de Salud de Puebla.

10. V2 permaneció en el servicio de Pediatría hasta el 26 de abril de 2014, fecha en la cual fue trasladado en helicóptero al Hospital del Niño Poblano dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, donde el 16 de mayo de 2014 perdió la vida, asentándose en el Certificado de Defunción como causas de muerte: *“choque mixto; sepsis por pseudomonas, miocardiopatía asfíctica y encefalopatía hipóxico isquémica”*.

11. En virtud de lo anterior, el 7 de mayo de 2014 se radicó de oficio en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/4/2014/2848/Q y, para su debida integración, se solicitó información y copia del expediente clínico de V1 y V2, a la Secretaría de Salud de Puebla, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

12. Nota periodística publicada el 27 de abril de 2014, en el portal electrónico <http://municipiospuebla.com.mx>, en la que se dio a conocer el caso de V1 y V2 ocurrido en el Hospital General.

13. Acta Circunstanciada de 29 de abril de 2014, en la que se certificó la entrevista telefónica sostenida con SP1 y SP2, quienes comunicaron a personal de este Organismo Nacional que V2 se encontraba en la Unidad de Cuidados Neonatales Intensivos del Hospital para el Niño Poblano.

14. Acta Circunstanciada de 29 de abril de 2014, en la que se hizo constar la entrevista telefónica que se sostuvo con Q, en la cual manifestó que V2 fue trasladado vía aérea al Hospital para el Niño Poblano y que *“se le estaba brindando una adecuada atención”*.

15. Actas Circunstanciadas de 30 de abril de 2014, en las que se hicieron constar las entrevistas realizadas por dos Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional a Q y V1.

16. Oficio número 5013/DAJ/1023/2014, de 2 de mayo de 2014, mediante el cual SP8, rindió el informe que le fue requerido por este Organismo Nacional, del cual destaca la siguiente documentación:

16.1 Oficio número DAS/199/2014, de 28 de abril de 2014, suscrito por SP4, a través del cual rindió un informe sobre los hechos al Subsecretario de Servicios de Salud de Puebla.

16.2 Copia certificada del expediente clínico de V1, integrado por SP5 en el Centro de Salud Rural de Tehuitzingo, Puebla, en el que obran entre otras, las siguientes constancias:

16.2.1 Historia clínica de V1, de 21 de agosto de 2013, sin firma.

16.2.2 Notas médicas de V1, de 21 y 26 de agosto, 3 de septiembre, 10 de octubre, 5 de noviembre y 11 de diciembre de 2013, 19 de febrero, 19, 20 y 28 de marzo, 1, y 21 de abril de 2014, suscritas por SP5.

16.2.3 Resultado de estudio de prueba inmunológica del embarazo practicado a V1, de 26 de agosto de 2013.

16.2.4 Resultados de estudios de laboratorio practicados a V1, de 22 de agosto y de 8 de octubre de 2013.

16.2.5 Historia clínica perinatal y hoja de calificación de riesgo obstétrico de V1.

16.2.6 Tarjeta de control de la mujer embarazada y en lactancia de V1.

16.3 Copia certificada del Expediente Clínico de V1, integrado en el Hospital General del que destacan las siguientes documentales:

16.3.1 Hoja de referencia y contrarreferencia de V1, de 19 de febrero de 2014, del Centro de Salud Rural de Tehuitzingo al Hospital General, suscrita por SP5, SP15, y SP18.

16.3.2 Historia Clínica de V1, sin firma, de 26 de marzo de 2014.

16.3.3 Notas médicas de 26 de marzo, 3, 16, 17, 22 y 23 de abril de 2014, suscritas por SP15, SP16, SP17, SP18, AR y MIP.

16.3.4 Hojas de atención del parto de V1 de 10 y 16 de abril de 2014, suscritas por SP13 y AR.

16.3.5 Resultados de estudios de laboratorio practicados a V1, de 16 de abril de 2014.

16.3.6 Constancia de Ultrasonido obstétrico practicado a V1 el 16 de abril de 2014, por una institución particular.

16.3.7 Hoja de egreso Hospitalario de V1 de 17 de abril de 2014 suscrita por AR.

16.4 Copia certificada del Expediente Clínico de V2, integrado en el Hospital General, en el que obran, entre otras, las siguientes documentales:

16.4.1 Nota de atención del recién nacido, historia clínica y hoja clínica de V2 de 16 de abril de 2014.

16.4.2 Certificado de nacimiento de V2 de 17 de abril de 2014.

16.4.3 Notas médicas de V2 de 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26 de abril de 2014, suscritas por SP14, SP19 y SP20.

16.4.4 Resultados de estudios de laboratorio practicados a V2, de 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 de abril de 2014.

16.4.5 Constancia de Ultrasonido transfontanelar practicado a V1 el 22 de abril de 2014, por una institución particular.

16.4.6 Hoja de referencia y contrarreferencia, de 26 de abril de 2014 de V2, del Hospital General, suscrita por SP18 y SP20.

16.5 Copia certificada del Expediente Clínico de V2, integrado en el Hospital del Niño Poblano del que resaltan las siguientes constancias:

16.5.1 Notas de evolución de V2 de 27, 28, 29, 30 de abril de 2014, 1 de mayo de 2014 suscritas por SP6, SP27, SP25, SP23, SP24, SP28, SP1, SP11, SP29, SP30, SP31, SP32, SP33, SP34, SP9, SP10.

16.6 Oficio número 5013/0351/2014, de 30 de abril de 2014, suscrito por SP18, mediante el cual comunicó a SP4 que, cuando fue notificado de la situación de V1 y V2, dispuso que se les brindara una atención integral y se cercioró personalmente de que tal indicación se llevara a cabo.

16.7 Oficio número 5013/0353/2014, de 30 de abril de 2014, suscrito por SP18, mediante el cual envió a SP4 la relación del personal que atendió a V1 y a V2, así como sus respectivos informes.

16.8 Oficio número DAS/186/2014, de 30 de abril de 2014, mediante el cual SP4 da vista sobre los hechos a SP12.

16.9 Oficio número DAS/200/2014, de 30 de abril de 2014, por el que SP4 informó y remitió al Subsecretario de Salud del Estado de Puebla, el acta de sesión llevada a cabo para tratar el caso de V1 y V2, en la que se asentaron las acciones preventivas y correctivas que implementó la Dirección de Atención a la Salud, a fin de evitar situaciones similares en el futuro.

16.10 Oficio número 2013/DAJ/1120/2014, de 30 de abril del citado año, mediante el cual SP3 solicitó a SP12, la suspensión provisional a MIP, y *“demás probables responsables”*.

16.11 Resumen Clínico de V2, de 2 de mayo de 2014, suscrito por SP6 y SP7.

17. Oficio número DDH/1188/2014, de 6 de mayo de 2014, mediante el cual la Directora de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla (Procuraduría Estatal), remitió a este Organismo Nacional el oficio DAMPZFSP/259/2014/IZMAT, de 2 de ese mes y año, por el que el Director de Agencias del Ministerio Público, Zona Foránea Sur Poniente, envió copia certificada de la Averiguación Previa iniciada en contra del personal médico del Hospital General, por el delito de responsabilidad médica en agravio de V1 y V2.

18. Acuerdo de radicación de oficio y atracción de 7 de mayo de 2014, por el que este Organismo Nacional determinó iniciar de oficio el expediente CNDH/4/2014/2848/Q, a efecto de investigar los hechos que dieron origen al caso de V1 y V2.

19. Oficio número 5013/DAJ/1270/2014, de 16 del citado mes y año, mediante el que SP3 remitió a este Organismo Constitucional Autónomo, el informe rendido por MIP.

20. Acta Circunstanciada de 25 de junio de 2014, en la que un Visitador Adjunto hizo constar que de la búsqueda por internet, en el portal electrónico <http://municipiospuebla.com.mx>, se localizó una nota periodística de 18 de mayo, en la que se dio a conocer el fallecimiento de V2.

21. Acta Circunstanciada de 27 de junio de 2014, en la que el citado Visitador Adjunto dejó constancia de la entrevista telefónica que sostuvo con Q, quien solicitó la intervención de este Organismo Nacional para que investigara los hechos en que perdió la vida V2.

22. Oficio número 5013/DAJ/1867/2014, de 8 de julio de 2014, mediante el cual SP3 envió a esta Comisión Nacional, entre otras constancias, el certificado de

defunción de V2 y el oficio DAS/186/2014, por el que SP4 dio vista a la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud (Delegación de la Contraloría) y Comisario Público de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, sobre los hechos que motivaron el caso de V1 y V2.

23. Oficio número 2013/DAJ/3517/2014, de 8 de diciembre de 2014, a través del cual SP3 comunicó a este Organismo Constitucional Autónomo que, mediante oficio DAS/860/2014, de 4 de ese mes y año, SP4 solicitó al Comisionado Estatal de Arbitraje Médico que determinara si existió responsabilidad médica en el caso, y de ser así, se delimitara esa responsabilidad para la reparación del daño procedente.

24. Oficio número PVG/5/439/2014, de 20 de noviembre de ese año, mediante el cual, el Primer Visitador General de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, remitió a este Organismo Nacional el original del expediente de queja, del que sobresalen las siguientes documentales:

24.1 Acta Circunstanciada de 9 de mayo de 2014, en la que se hizo constar la entrevista realizada por personal adscrito a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla a V1, sobre los hechos que originaron el expediente de queja.

24.2 Acta Circunstanciada de 23 de mayo de 2014, en la que se hizo constar la gestión telefónica realizada por personal del citado Organismo Local con V1, en la que esta última manifestó que V2 había perdido la vida.

24.3 Oficio SC.SAGC.DSALISSSTEP.DJQD-1138/2014 de 3 de septiembre de 2014 por el que SP12 remitió copia de las constancias y actuaciones que obran en el expediente administrativo iniciado en la Delegación de la Contraloría con motivo de los hechos que dieron origen al expediente en que se actúa, entre las cuales se encuentran:

24.3.1 Actas de comparecencia de SP13, SP16, AR, MIP, SP18, SP15 de 16 de mayo de 2014 ante la Delegación de la Contraloría.

24.3.2 Resolución de 13 de abril de 2015, mediante la cual la Delegación de la Contraloría acordó iniciar el procedimiento de determinación de responsabilidades dentro del expediente administrativo en contra de AR, por incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 50, fracciones I y XXIII, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.

24.3.3 Acta de comparecencia de AR, de 27 de abril de 2015, ante la citada Delegación, dentro del expediente administrativo.

25. Opinión emitida el 19 de enero de 2015, sobre el caso de V1 y V2, por un médico de esta Comisión Nacional.

26. Oficio número 932/2015, de 2 de julio de 2015, por el que el agente del Ministerio Público Investigador adscrito a la Agencia del Ministerio Público de Acatlán de Osorio, Puebla, informó a la Directora de Derechos Humanos de la Procuraduría Estatal, que el 1° de julio de 2015, remitió la AP, a la Fiscalía General Regional de la Procuraduría para su debida integración.

27. Acta Circunstanciada de 13 de diciembre de 2015, en la que se hizo constar la gestión efectuada por personal de este Organismo Nacional con una servidora pública de la Procuraduría Estatal, quien informó que la AP se encontraba en integración.

28. Acta Circunstanciada de 13 de diciembre de 2015, en la que se hizo constar la gestión efectuada por personal de este Organismo Nacional con una servidora pública de la Delegación de la Contraloría, misma que expresó que el expediente administrativo continuaba en trámite.

29. Acta Circunstanciada de 15 de diciembre de 2015, en la que se hizo constar la gestión efectuada por personal de este Organismo Nacional con la representante legal de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla, quien informó que respecto a la vista que dio la Secretaría de Salud de Puebla sobre el caso de V1, se inició el expediente “oficioso” de investigación y que se encuentra en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

30. El 27 de abril de 2014, se publicó en el portal electrónico <http://municipiospuebla.com.mx>, una nota periodística en la que se dio a conocer el caso de V1, mujer de 25 años de edad, originaria del Distrito Federal, quien presentaba un embarazo de 40.3 semanas de gestación y el 16 de abril de 2014, aproximadamente a las 8:00 horas, acudió para su atención al Hospital General, al encontrarse en trabajo de parto, donde fue atendida por MIP y AR, suscitándose el alumbramiento de V2 aproximadamente a las 20:00 horas de la misma fecha, siendo el caso que debido a la prolongación del parto, este presentó asfixia y un paro cardiorespiratorio, permaneciendo internado en ese nosocomio bajo tratamiento hasta el 26 de abril de 2014, cuando se determinó su traslado al Hospital del Niño Poblano, donde fue atendido hasta el 16 de mayo de 2014, y a pesar de que se le proporcionó una adecuada atención médica en ese nosocomio, presentó un “*choque mixto, sepsis por pseudomonas; miocardiopatía asfíctica; y encefalopatía hipóxico isquémica*”, perdiendo la vida en la fecha citada.

31. El 12 de mayo de 2014, la Delegación de la Contraloría inició el expediente administrativo con motivo de los hechos constitutivos de irregularidades administrativas por parte de AR, el cual se encuentra en trámite.

32. A su vez, con motivo de la vista que la Dirección de Atención a la Salud de la Secretaría de Salud de Puebla, dio el 4 de diciembre de 2014 a la Comisión

Estatad de Arbitraje Médico de esa entidad federativa, la cual inició el expediente “oficioso” de investigación, el cual está en integración.

33. El 26 de abril de 2014, la agente del Ministerio Público de Acatlán de Osorio, Mesa Única, de la Procuraduría Estatal radicó la AP en contra del personal médico del Hospital General, por el delito de responsabilidad médica en agravio de V1 y V2, misma que continúa en integración en la Fiscalía General Regional de Puebla a la fecha de la emisión de la presente recomendación.

IV. OBSERVACIONES.

34. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2014/2848/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 evidencias que permiten probar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 y V2; a vivir una vida libre de violencia obstétrica y al trato digno de V1, a la vida de V2, así como a conocer la verdad sobre la atención médica otorgada a V1 (inadecuada integración del expediente clínico de V1), atribuibles a AR y de manera institucional, a la Secretaría de Salud del Estado de Puebla.

1. El derecho a la protección a la salud de V1.

35. De las evidencias recabadas, este Organismo Nacional observó que V1 inició su control prenatal el 26 de agosto de 2013 en el Centro de Salud Rural de Tehuiztingo, Puebla, bajo la atención de SP5, quien en la nota elaborada con motivo de la primera consulta de seguimiento del embarazo asentó lo siguiente: *“.....Femenino de 24 años de edad la cual acude a su consulta subsecuente con resultado de laboratorios por una glicemia casual de 187 mg, en este momento refiere amenorrea de 1 mes... IDX (impresión diagnóstica): Amenorrea, Plan: Hábitos higiénicos, Línea de vida, Se solicita Prueba de embarazo, ácido fólico .4*

mg tomar 1 c/24 hrs vía oral por 1 mes...”. De lo anterior se desprende que, SP5 indicó a V1 la práctica de una prueba de embarazo confirmando su estado de gravidez.

36. En la segunda consulta de 28 de marzo de 2014, V1 fue atendida nuevamente en el citado Centro de Salud Rural, y en la nota elaborada al efecto se asentó *“...Femenino de 25 años de edad que se encuentra cursando 37.6 semanas de gestación por fecha de última regla, refiere que el día de hoy por la tarde inicia con fatiga y sensación de falta de aire por lo que decide acudir al centro de salud para tomarse la tensión arterial... presenta edema facial, ojos simétricos... con frecuencia cardíaca fetal de 106 latidos por minuto... Extremidades simétricas, con edema (++), pulsos presente... Paciente que debido al edema generalizado y a la bradicardia fetal se decide referir al hospital general de Acatlán, sin embargo no se entrega hoja de referencia... IDX (impresión diagnóstica): G1 embarazo de 37.6 semanas de gestación por FUM (fecha de última menstruación) + Bradicardia Fetal, Plan: se indica acudir al Hospital General de Acatlán...”*.

37. En la opinión emitida por un médico de este Organismo Nacional, la presencia de bradicardia fetal (frecuencia cardíaca menor a 120 latidos por minuto) representaba un signo de alarma, cuya vigilancia resulta necesaria en el estado de salud materno-fetal, mediante pruebas de laboratorio y gabinete tales como ultrasonido obstétrico, biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea; lo anterior a fin de identificar complicaciones que pongan en peligro la vida del producto de la gestación y determinar la resolución obstétrica del embarazo, o bien, permitir la continuación de la evolución del mismo. Además, el edema (hinchazón) generalizado que V1 presentaba, resultaba también un dato de alarma que requiere vigilancia mediante la toma de pruebas de laboratorio, con mayor razón, al tratarse de una paciente primigesta y un embarazo a término; por ello, se le refirió al Hospital General.

38. El 1° de abril de 2014, en la tercera consulta de control prenatal V1 fue tratada por SP5, quien reportó en la nota elaborada: “... Actualmente con 38.2 semanas de gestación en este momento la paciente cursa con edema de miembros pélvicos el día de ayer fue referida al hospital general por bradicardia fetal en donde se monitoreo y se dio de alta se realizan laboratorios encontrándose lo siguiente... abdomen globoso por útero gestante con fondo uterino de 33 producto longitudinal cefálico dorso a la derecha frecuencia cardiaca fetal 146 tacto vaginal diferido extremidades con edema tibio maleolar... pruebas de funcionamiento hepático con ligera elevación de fosfatasa alcalina 211, proteínas totales 7.20, glucosa 68, creatinina 1, hemoglobina 11.5, tiempos de coagulación normal grupo O y rh positivo... embarazo de 38.2...”.

39. Al respecto, en la opinión de un médico de este Organismo Nacional se observó que en la citada nota se hace referencia a que V1 fue monitoreada en el Hospital General, al presentar bradicardia fetal, y se le tomaron exámenes de laboratorio (química sanguínea, biometría hemática, grupo y rh y tiempos de coagulación) sin embargo, de la revisión de las constancias aportadas por la Secretaría de Salud de Puebla no se ubicó la nota que acredite la atención otorgada en el mencionado hospital y el tipo de monitorización que se llevó a cabo a la paciente.

40. Además, debido a que se detectó la presencia de edema, era necesaria una toma de examen general de orina, ultrasonido obstétrico y una prueba sin stress, para una adecuada vigilancia materno-fetal y determinar el estado de salud de la paciente ante la presencia de edema en miembros pélvicos.

41. El 3 de abril de 2014, aproximadamente a las 9:00 horas V1 acudió al Hospital General, siendo atendida por SP15, quien reportó: “...Peso 78, T/A (presión arterial) 100/60, Pulso 78, FR (frecuencia respiratoria) 20 x', T° 36.20, Presenta laboratorios TGO (aspartato aminotransferasa) 181, TGP(alanina transaminasa) 15, fosfatasa alcalina 211... DHL (deshidrogenasa láctica) 614, Glucosa 68,

Hemoglobina 11, Hematocrito 30.1, plaquetas 157... abdomen globoso, útero gestante FU (fondo uterino): 33 cm, FCF (frecuencia cardíaca fetal): 140 x, longitudinal cefálico no datos de actividad uterina no pérdidas transvaginales, extremidades sin edema, Plan: solicito US (ultrasonido) obstétrico, Acudir a toma de trazo de FCF (frecuencia cardíaca fetal) en 4 días...". Sobre ello, atendiendo a la opinión del médico de esta Comisión Nacional, el embarazo de V1 se desarrollaba de manera normal, con un producto viable.

42. El 10 de abril de 2014, V1 se presentó a consulta en el Hospital General, donde SP13 realizó el partograma correspondiente, del que se desprendió que la paciente cursaba un embarazo de 39.4 semanas de gestación en pródromos (signos iniciales) de trabajo de parto, dilatación dehiscente, sin borramiento; SP13 indicó la realización de una prueba Sin Stress, sin que se detectaran datos de alarma, por lo que se dio de alta a la paciente al no presentar criterios para su ingreso al nosocomio.

43. El 16 de abril de 2014, aproximadamente a las 10:35 horas, V1 acudió al Hospital General, al presentar dolor de tipo obstétrico leve; debido a ello se le realizó un partograma y se estableció un embarazo de 40.3 semanas de gestación, encontrándose en fase latente (inicial) de trabajo de parto, por lo que se determinó la práctica de un ultrasonido médico de carácter privado.

44. Del citado estudio, llevado a cabo a las 11:00 horas de la misma fecha, se desprendió lo siguiente: *"...Se registra actividad cardíaca rítmica y con frecuencia de 128 latidos por minuto... Se realiza protocolo de cráneo, encéfalo, cara, cuello, columna vertebral fetal, tórax, abdomen y extremidades, observándose de morfología normal... la placenta se encuentra en situación corporal anterior grado de madurez III, la sustancia placentaria presenta un patrón ecográfico homogéneo, sin observar imágenes de hematomas o desprendimientos de la misma... Líquido amniótico es de cantidad y características ultrasonográficas normales... Conclusión: embarazo de producto único vivo intrauterino con una edad*

gestacional aproximada y promedio de 40.4 semanas, peso aproximado de 3823 gr...”.

45. Posteriormente V1 acudió al Hospital General con los resultados del citado ultrasonido a las 15:00 horas y SP13 determinó su ingreso al área de tococirugía, a fin de que fuera valorada por el servicio de Gineco-Obstetricia, donde a las 15:15 horas fue revisada por SP16, quien en la nota elaborada reportó que V1 se encontraba en fase activa de trabajo de parto, debido a la presencia de dilatación de 4 centímetros y actividad uterina; el producto de la gestación reportaba frecuencia cardíaca fetal normal; sin embargo, se detectó una probable macrosomía (desarrollo o tamaño excesivo del producto de la gestación), por lo que de manera correcta, el citado médico indicó interconsulta por parte del servicio de Ginecología y Obstetricia, a efecto de determinar la conducta a seguir.

46. En consecuencia, V1 fue valorada nuevamente a las 17:00 horas del mismo día por AR, quien reportó en la nota elaborada: *“...trae USG que reporta Emb de 40.4 semanas, placenta G-III, líquido amniótico normal y un peso aproximado de 3823 gr. A la EF (exploración física) Encontramos T/A 110/70 FC 84 x min, FR 22 x’, Temp. 36.5 °C, Abdomen globoso a expensas de útero grávido FU 35 cm, PUVI (producto único vivo) sit longitudinal, dorso a la izquierda FCF 142 x’, rítmico buena intensidad, muestra una PSS reactiva cefálico abocado, al tacto vaginal cérvix S/B 5-6 cm... Plan: pasa a UTQ (unidad de tococirugía) para valorar conducción del trabajo de parto y vigilar líquido amniótico, Pronóstico: reservado a evolución”.*

47. Al respecto, en la mencionada opinión médica se destaca que al encontrarse en fase activa de trabajo de parto, V1 requería una vigilancia estrecha conforme al numeral 5.4.2.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*, mediante verificación y registro de

la contractilidad uterina, al menos cada 30 minutos; sin embargo ello no se llevó a cabo.

48. En la citada ocasión, se asentó en la nota elaborada: *“FCF 140 x’, PSS (Prueba sin stress) reactivo, Act. 2-3x10x30”, TV (tacto vaginal) cérvix S/B 5-6 cm, dilatación, cefálico, abocado, amniotomía LA (líquido amniótico) claro, pelvis ginecoide, IDX (impresión diagnóstica): embarazo término TDP, Plan: conducción de TDP (trabajo de parto)”*, lo que indica que se practicó Prueba Sin Stress, pero no es posible determinar si el mismo registró parámetros normales ya que en el expediente clínico de V1 no hay tal información.

49. La siguiente revisión de V1 se efectuó a las 18:00 horas; no obstante, no resulta posible conocer el nombre del médico que la realizó, pues la nota respectiva se encuentra ilegible, situación que contraviene lo dispuesto en el numeral 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, que establece que; *“las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado”*.

50. Se estableció la conducción del trabajo de parto indicando la administración de oxitocina 20 gotas por minuto, siendo que de acuerdo con las observaciones emitidas por un médico de esta institución, tal medicamento es de primera elección en la conducción del trabajo de parto, actuando además como coadyuvante para el alumbramiento; sin embargo, según los registros del expediente, la aplicación del medicamento se dio a las 22:00 horas y no a las 18:00 como se encontraba indicado, lo que permite aducir que el personal a cargo del cuidado de V1 no se encontraba al pendiente de la conducción del trabajo de parto.

51. En la misma nota médica elaborada al respecto, se ordenó la práctica de amniotomía a V1, lo cual implica efectuar una ruptura de membranas de manera

artificial, con el propósito de adelantar el trabajo de parto, sin embargo, en la opinión del médico de este Organismo Nacional, tal maniobra no se encuentra del todo sugerida para acelerar el mismo, conforme a lo establecido en el numeral 4.17 de la *“Guía de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”*, de la Secretaría de Salud, ya que al dejar evolucionar dicha ruptura aumentan las posibilidades de infecciones materno-fetales, por lo que se debe de tener en mayor vigilancia a la paciente con el objeto que no desarrolle un proceso infeccioso.

52. Aunado a ello, no se justificó la práctica de la maniobra, lo que incumple con la referida NOM-007-SSA2-1993, numeral 5.4.1.4., que establece que *“No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto”*.

53. A las 21:00 horas del mismo día, V1 fue atendida por MIP, quien reportó: *“Paciente femenino que ingresa a sala de expulsión con Borramiento (Acortamiento del cuello uterino) y dilatación completa se coloca en posición de litotomía se realiza asepsia y antisepsia y se procede a colocar campos estériles, se procede a la atención de parto, se realiza Episiotomía (incisión quirúrgica del perineo), se prolonga el parto debido a que la paciente no puja y también debido a que no hay contracción efectiva por lo tanto la atención de parto se prolonga por 20 minutos, se recibe PUVI femenino que nace en asfixia y paro cardiorespiratorio por lo que se ingresa a Pediatría, se procede a Alumbramiento de placenta tipo Shunt(sic) (tipo de alumbramiento placentario donde se expone en primer término es la porción fetal de la placenta), se realiza revisión por 2 ocasiones, posterior se realiza otras 2 revisiones con pinza de anillos debido a que la paciente no permite*

revisión de cavidad con la mano, se repara Episiorrafia, se vuelve a realizar asepsia y se da por terminada la Atención de Puerperio Fisiológico”.

54. Al respecto, se observa que la paciente fue ingresada a sala de expulsión, para la atención del parto, y todo el procedimiento respectivo lo realizó MIP, quien se encontraba en su Internado de Pregrado, siendo este un ciclo académico teórico-práctico que se efectúa como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, en términos de lo previsto por el numeral 4.8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, *“Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado”* siendo esta “una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo”.

55. En consecuencia, llama la atención de este Organismo Nacional, el hecho de que el MIP, al tratarse de un Interno de Pregrado, no fue supervisado por personal capacitado o el Jefe de Servicio de la Unidad Hospitalaria, lo que incumple con la citada norma en su numeral 5.7., misma que dispone que *“Las instituciones de salud deben realizar la evaluación de sus campos clínicos al menos una vez al año y verificar que en ningún caso los alumnos sustituyan al personal de contrato”.*

56. MIP ingresó a la paciente a la sala de expulsión, practicándole una episiotomía, que es la ampliación del canal de parto, a través de una incisión perineal, durante el periodo de expulsión del trabajo de parto. De acuerdo a la opinión del médico de esta institución, tal incisión se puede realizar con bisturí o tijeras y requiere reparación por medio de puntos de sutura.

57. La NOM-007-SSA2-1993, en su numeral 5.4.1.8, refiere que *“La episiotomía debe practicarse solo por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada; asimismo, que su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer”*, circunstancias médicas que no se cumplieron en el presente caso.

58. Sobre el particular, resulta pertinente relacionar los hechos descritos con lo acontecido posteriormente a V1, ya la episiotomía que se le practicó por personal no capacitado, o no supervisado, como es el caso, generó consecuencias en la salud en la paciente, siendo así que después de su alta, el 22 de abril de 2014, V1 acudió al Hospital General manifestando dolor y ardor tanto al miccionar como al evacuar, debido a la presencia de episiorrafia (laceración en la vulva) extremadamente profunda, razón por la cual se le ingresó al nosocomio, indicándosele tratamiento adecuado a base de antibioticoterapia, lo que permitió que V1 fuera dada de alta en estado clínico estable.

59. Del análisis a la atención otorgada a V1 el 16 de abril de 2014, se destaca que en la nota elaborada por MIP a las 21:00 horas, se asentó que el trabajo de parto se prolongó 20 minutos debido a la falta de contracciones efectivas.

60. En la opinión del médico de este Organismo Nacional, tal reacción se pudo desencadenar por la ausencia de la administración de oxitocina, ya que este medicamento es un apoyo para la debida contracción del útero y facilita el parto; sin embargo, como se ha mencionado, a pesar de que fue indicado a las 18:00 horas, según consta en la nota de valoración, fue administrado a V1 a las 22:00 horas, cuando se encontraba en periodo de alumbramiento.

2. Derecho a la protección de la salud de V2.

61. En consecuencia, la expulsión completa del producto se prolongó por 20 minutos y tal hecho condicionó la presencia de un cuadro de asfixia en V2. Este suceso propició la aparición de severas complicaciones que lo pusieron en peligro.

62. Debido a la prolongación del parto, MIP solicitó el apoyo de SP17, quien le brindó asistencia en la resolución del mismo; y, a su vez, requirió el apoyo de

SP14 para la atención de V2, con la finalidad de remitir el cuadro de asfixia que presentó debido a la inadecuada atención del trabajo de parto, proporcionada por un médico no supervisado, como MIP.

63. Sobre el particular SP14 reportó en la nota elaborada al efecto: *“...Se trata de RN (recién nacido) del sexo masculino el cual proviene del servicio de Tococirugía obtenido por vía vaginal con periodo expulsivo prolongado al parecer 30 minutos... consulta adecuada con control prenatal adecuada en número de 15 consultas en su centro de salud de tehuizingo con referencias a esta unidad por bradicardia fetal en donde es egresada por mejoría ingesta de multivitaminas, ácido fólico, Fumarato ferroso calcio... USG (ultrasonido): 4 aparentemente normal... Padecimiento actual: inicia su trabajo de parto hace 6 días inicia con pródromos de trabajo de parto, con atención en el servicio de urgencias en número de 6 ocasiones, y el día de hoy en número de 3 ocasiones el cual pasa a trabajo de parto en donde se me avisa periodo expulsivos prolongado, en donde acudo al servicio de toco en donde nace el RN completamente flácido sin esfuerzo respiratorio cianótico en paro cardiorrespiratorio el cual se inicia maniobras avanzadas de reanimación con masaje cardíaco y presión positiva intermitente un ciclo con FC (frecuencia cardíaca) de 110 se deja de dar masaje cardíaco y se intuba con CAE (catéter de intubación) 3.5, sin accidentes ni incidentes, se pasa a pediatría en condiciones graves, con Apgar 0-2-4, con SA (Silverman-Anderson) no valorable, neurológicamente completamente flácido con pupilas 3 mm, anisocóricas (tamaño desigual de las pupilas), continuamos PEEp (Presión positiva al final de la espiración) de 4, FiO2 (fracción inspiratoria de oxígeno) 60%, con TI (tiempo inspiratorio) 0.4, con desaturaciones hasta 80 %... EF (exploración física): cabeza con caput occipital importante... pronóstico reservado a evolución malo para la vida y la función se avisa a familiar padre ... el cual se encuentra enterado de su estado de salud del bebé también sabe que estuvo en periodo expulsivo prolongado con maniobras de cristeler (sic)...”.*

64. En seguimiento al cuadro hipóxico que sufrió V2, se le ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General, siendo así, que en la opinión del médico adscrito a este Organismo Nacional, V2 presentó datos clínicos consistentes en dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular y/o reflejos y alteraciones de la perfusión, que sugieren que estuvo expuesto a uno o varios episodios de asfixia.

65. Los citados datos clínicos, permiten evidenciar que a consecuencia de ellos, al nacer, V2 presentó un paro cardiorrespiratorio, y por tal motivo se le practicaron maniobras avanzadas de reanimación con masaje cardíaco e intubación del paciente para asegurar la vía aérea, manejándose después con ventilación mecánica, todos ellos considerados criterios de mal pronóstico, con una tasa elevada de mortalidad perinatal.

66. Al efectuarse la exploración neurológica a V2 se estableció que presentó flacidez con pupilas de 3 mm, “anisocóricas”, es decir, con daño en el sistema nervioso central, lo cual se sumó a las complicaciones derivadas del cuadro de asfixia que sufrió.

67. De la exploración física se encontró que V2 calificó en la prueba de Apgar (prueba clínica al recién nacido) con 0 al primer minuto y con 4 a los cinco minutos; al respecto en la opinión del médico de esta Comisión Nacional, la interpretación de tales resultados sugiere que a menor puntuación, existe una probabilidad de mayor mortalidad durante los primeros 28 días de vida y el riesgo de muerte neonatal es mayor con un puntaje de Apgar de 0-3 a los cinco minutos, tal como aconteció en el caso de V2.

68. También, de la revisión física de V2 se encontró un “Caput occipital” importante, es decir, inflamación del cuero cabelludo, producido por el paso del recién nacido a través del canal vaginal y de la manipulación ejercida por el

médico. En la apreciación de esta institución, conforme a la opinión ya aludida, este evento puede resultar benigno y resolverse de manera espontánea; sin embargo, también puede presentar complicaciones severas.

69. SP14 también asentó en la nota elaborada, que V1 fue sometida a maniobras de Kristeller (presión o asistencia manual sobre el vientre para acelerar la expulsión del producto de la gestación), que en la aludida opinión del médico de esta Comisión Nacional resulta ser una manipulación controvertida, en cuanto a su utilidad y seguridad, ya que no existe justificación para su uso, como se ha mencionado, conforme a lo previsto en el citado numeral 4.17 de la “*Guía de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*”. En cambio, se le ha relacionado en el ámbito médico, con aumentos en el riesgo de ruptura uterina y daños al recién nacido y no acorta la duración de la segunda etapa del parto, ni incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos; tampoco reduce las tasas de parto instrumental ni de cesáreas, además se contempla esta manipulación como una de las posibles causas de rotura (desgarro) uterina iatrogénica (Acto médico dañino).

70. El 17 de abril de 2014, V2 fue valorado por SP19 y SP14, quienes reportaron: “...DXS (diagnósticos): RNT (recién nacido término) postparto + asfixia perinatal severa + SX (síndrome) de dificultad respiratoria + alto riesgo de sepsis neonatal + Acidosis mixta + lesiones asociadas a parto: Caput Sucedaneum... Reporte de secreciones amarillentas espesas por COT (cánula orotraqueal)... Llenado capilar retardado 4"-5"... Reporte de SV (signos vitales) actuales con FC (frecuencia cardíaca): 164 x', FR (frecuencia respiratoria): 64 x', FRP (Frecuencia respiratoria por minuto): 25 x', TEMP: 38.2, DTX (destrostix prueba de determinación de glucosa): 163 mg/dl... Caput sucedaneum importante parieto-temporo-occipital derecho, con presencia de clonus, atrapamiento de pulgares, extremidades inferiores y superiores espásticas, ROTS (reflejos osteotendinosos) incrementados... Acidosis metabólica...”.

71. Al respecto, tal nota sugiere que V2 presentaba datos de gravedad como son el llenado capilar de 4 a 5 segundos, el cual implica la existencia de una deficiente perfusión tisular (flujo de sangre desde los vasos hacia un tejido del cuerpo). Asimismo, el atrapamiento de pulgares, clonus (aparición involuntaria de contracciones musculares repetitivas y rítmicas) y espasticidad (tensión y rigidez en los músculos) de las extremidades inferiores y superiores, indica un daño a nivel neurológico aunado a la presencia de acidosis, que es una condición de mal pronóstico para la sobrevivencia del producto. Todo ello derivado del evento de asfixia severa que presentó V2.

72. En la misma fecha, a las 16:45 horas, SP19 y SP14 asentaron lo siguiente: *“...Px quien se nos reporta con sangrado a través de COT (conducto oro-traqueal) leve además de secreciones abundantes, por lo que se decide cambio de modalidad de ventilación mecánica MODA AC (moda de ventilación mecánica de asistencia controlada)... se solicita así también USG (ultrasonido) transfontanelar pero al momento seguimos sin contar con servicio de Radiología e imagen...”*.

73. Sobre lo anterior, de acuerdo al análisis emitido por el médico de esta Comisión Nacional, la presencia de sangrado a través de la cánula oro-traqueal, es una manifestación tardía clínica de asfixia en V2, por lo que de manera adecuada SP19 y SP14 solicitaron la práctica de ultrasonido transfontanelar (de imagen) para evaluar el estado morfológico cerebral del recién nacido, sin embargo por la falta de servicio de imagen no se pudo realizar el día en que se indicó.

74. En seguimiento a lo anterior, el 21 de abril de 2014, SP19 y SP14 reportaron: *“...Fuga de líquidos a tercer espacio en anasarca, pico febril reportado por enfermería en turno nocturno, completamente sedado... se recibió con Acidosis respiratoria Ph (potencial de hidrógeno): 7.14, PcO2 (presión de dióxido de carbono): 73, PO2 (presión de oxígeno): 42, HCO3 (bicarbonato): 24.8, EB*

(exceso de base): -4.2, SatO2 (saturación de oxígeno): 60 %, Lact (lactato): 2.4, hipoxémico... desaturaciones por momentos hasta del 70 %, que han requerido aumento de FiO2 hasta 100 %, PEEP (presión de expulsión positiva): hasta 7, RX (radiografía) con patrón restrictivo, cardiomegalia, EKG (electrocardiograma): con ondas T negativas e infradesnivel en V1, V2, V3, V4, V5, sugerentes probables de isquemia subendocárdica... Paciente grave inestable hemodinámicamente/respiratoriamente, con daño neurológico evidente se deberá descartar HIV (virus de inmunodeficiencia humana) con pupilas midriáticas arreflecticas...”.

75. De lo asentado, se desprende que V2 continuaba presentando acidosis y desaturaciones (disminución de la presión de oxígeno en la sangre), que en la citada valoración fue del 70 %, por lo que se manejó con parámetros ventilatorios altos, se realizó electrocardiograma, el cual demostró la presencia de patología cardíaca resultando en una isquemia subendocárdica (reducción del aporte de oxígeno), siendo ésta una complicación causada por el cuadro Hipóxico-Isquémico de V2.

76. El 23 de abril de 2014, se realizó a V2 el ultrasonido transfontanelar solicitado por sp19 y sp14, mismo que reportó los diagnósticos diferenciales de: hemorragia de plexos coroideos vs leucomalacia periventricular. De acuerdo al análisis del médico de este Organismo Nacional, el segundo de los mencionados es una complicación por la presencia de isquemia (disminución de la circulación de sangre a través de las arterias que produce), que como en el presente caso, puede producir la muerte.

77. El 26 de abril de 2014, V2 fue valorado por SP20, quien reportó: *“...Neurológicamente con cráneo con abombamiento de cuero cabelludo por declive, con fontanela anterior abombada, tiene anisocoria pupilar con midriasis (Dilatación anormal de la pupila con inamovilidad del iris) izquierda 4 mm y miosis*

derecha 2 mm, sin tener respuesta a estimulación luminosa sin efecto de sedación, tiene hiperreflexia en extremidades...”.

78. Lo anterior es indicativo de que V2 cursaba con un daño neurológico severo secundario al evento hipóxico-isquémico, que sufrió durante el parto, a pesar de que se le prescribió de manera adecuada, un tratamiento a base de antibioticoterapia de amplio espectro (cefotaxima y vancomicina), protector de la mucosa (Omeprazol), sedación (Midazolam), neuroprotector (DFH), diurético (Furosemide), en el Hospital de Acatlán de Osorio, Puebla, no se logró estabilizarlo, por lo que se determinó trasladarlo al tercer nivel de atención en el Hospital del Niño Poblano.

79. Por tanto el 27 de abril de 2014, V2 arribó al nosocomio aproximadamente a las 00:38 horas, en una ambulancia aérea (helicóptero), al Hospital del Niño Poblano, siendo atendido por SP21 y SP22, quienes reportaron: *“...Ingresa proveniente del Hospital General de Acatlán, Puebla... inicia padecimiento actual al momento del nacimiento, con presencia de asfixia perinatal severa, evento de paro remitido. Se desconoce evolución a detalle, por información de nota de traslado se sabe de tratamiento en unidad de cuidados intensivos neonatales en Hospital de nacimiento, en fase III de ventilación... Ingresa el día 26.4.14. a las 18:00 horas con los siguientes diagnósticos: Asfixia perinatal severa, Evento posparo, Sepsis Neonatal Temprana en Remisión, Desequilibrio Hidroelectrolítico, Insuficiencia Renal Aguda, Neumonía Intrauterina, Lesión tipo Hemorrágico o Hipóxico-Isquémico, Hemorragia de Plexos Coroideos vs Leucomalasia (sic) Periventricular por USG Transfontanelar... a nivel hemodinámico: sin apoyo aminérgico, con frecuencia cardíaca en 157 latidos por minuto, TA en 75/46 mmHg... nivel ventilatorio: en fase III de ventilación intubado con cánula 3 fijada en 8 cm, se toma gasometría con Ph: 7.065, PcO2: 97.7, PO2: 63.1, SO2: 83.5 %... nivel neurológico: ingresa sin apoyo de sedación, con fontanela anterior*

abombada, pupilas isocóricas de 4 mm, sin respuesta, se indica e inicia administración de sedoanalgesia con midazolam y buprenorfina...”.

80. Lo reportado, según la aludida opinión médica, evidencia la gravedad con la que V2 ingresó al Hospital del Niño Poblano, por lo que el 29 de abril fue valorado por SP23 y SP24, quienes hicieron constar lo siguiente en la nota elaborada: “...*La tomografía muestra importantes zonas de baja densidad, de predominio de la sustancia blanca, en relación a Leucoencefalopatía por asfixia neonatal, el estudio de control tomográfico del día 28.04.14 muestra aumento en el espacio del sistema ventricular (ventrículo megalia), persistencia de zonas de hipodensidad que confirman Leucoencefalopatía y Leucomalacia Periventricular post asfixia, el registro de Electroencefalografía muestra una actividad cerebral de baja amplitud, característico del efecto por sedación...*”.

81. Al respecto, la tomografía realizada demostró leucoencefalopatía (inflamación en la materia blanca del cerebro) y leucomalacia periventricular (muerte de áreas de tejido cerebral cercanas a los ventrículos) post asfixia.

82. De acuerdo a las consideraciones expuestas en la opinión médica emitida por este Organismo Nacional, la asfixia, hipoxemia, hipotensión y manipulación excesiva de V2 durante el trabajo de parto, causaron que éste presentara leucomalacia periventricular, que es producida por isquemia o infección, por lo que el cerebro es el órgano más vulnerable en este tipo de patología, ya que se debe mantener una correcta perfusión cerebral (presión que propicia el flujo de sangre al cerebro) durante el trabajo de parto para mantener una adecuada función de ese órgano.

83. La leucomalacia periventricular afecta directamente al sistema nervioso central de manera permanente, que se mencionó anteriormente fue producida por el cuadro hipóxico-isquémico que sufrió V2.

84. El 30 de abril de 2014, V2 fue valorado por SP25 y SP26, quienes reportaron: *“...El día de ayer el paciente fue valorado por el servicio de Neurología ya con TAC (tomografía axial computada) indicando posibilidades muy altas para retraso Psicomotor, Crisis Convulsivas, Secuelas Neurológicas por el evento de Hipoxia e Isquemia que presentó el paciente, hasta el momento con pobre respuesta al medio únicamente a estímulos dolorosos... se reporta muy grave con posibilidades de muerte, se informa a los familiares...”*. Al respecto, en la aludida nota, se hace evidente el mal estado de V2 en ese momento y a futuro, ya que desde el inicio de su atención presentaba altas probabilidades de muerte perinatal.

85. El 7 de mayo el paciente fue valorado por SP25 y SP26, quienes reportaron: *“...Renal macroscópicamente de características normales... densidad de 1010, Prot (proteínas) +++, resto negativo... presenta acidosis respiratoria... se realiza Ecocardiograma para valoración por antecedente de Asfixia encontrando un dato más de que la asfixia a la que fue sometido fue prolongada con repercusión importante se reporta con datos de Miocardiopatía Asfíctica, se reporta paciente muy grave con pronóstico reservado por las repercusiones hemodinámicas, probablemente requiere mucho tiempo asistencia ventilatoria, por lo que puede presentar una displasia (anomalía) Broncopulmonar importante, así como requerir Traqueostomía y Gastrostomía para alimentación, se informa ampliamente a los familiares acerca de las complicaciones que puede presentar y sus consecuencias...”*.

86. De lo anterior se corrobora que V2 presentaba daño neurológico, digestivo, respiratorio y cardíaco, lo que en la opinión del médico adscrito a este Organismo Nacional implicaba una falla orgánica múltiple producida por asfixia, complicando aún más el pronóstico de V2.

87. Por tanto, de manera adecuada se sugirió la práctica de traqueostomía (abertura dentro de la traquea) y gastrostomía (introducción de una sonda de alimentación en el estómago); debido a que V2 ameritaba un tiempo prolongado de ventilación mecánica (pulmonar) y para suministrarle una adecuada alimentación.

88. Ambos actos quirúrgicos fueron rechazados por V1 y Q. El 16 de mayo de 2014, en la nota en la que únicamente obra la firma de Q, se estableció: *“...Paciente que se reporta muy grave que ha empeorado sus condiciones en las últimas horas a pesar del manejo que ya se había dado, se habla con los padres acerca del pronóstico y medidas que se han administrado al paciente, deciden ya no continuar con manejo intensivo, ni quirúrgico, a pesar de presentar acidosis respiratoria severa así como bradicardia menor de 100 latidos por minuto, continuamos con apoyo aminergico y fase III de la ventilación...”*.

89. Tales manifestaciones eran indicativas de que a pesar de las medidas adecuadas que se tomaron en el Hospital del Niño Poblano, no se pudo estabilizar a V2, por lo que el mismo día, se reportó: *“...El día 16.05.14 a pesar del manejo intensivo que se tiene con el paciente presenta Hipotensión, Acidosis Respiratoria Descompensada, los padres ya no aceptan continuar progresando tratamiento, presenta Parocardiorrespiratorio a las HRS y se dan Maniobras Avanzadas de Reanimación por 20 minutos sin respuesta se da hora de defunción 23:58 HRS... Diagnósticos Finales: Encefalopatía Hipóxico Isquémica del Recién Nacido, Sepsis sin germen aislado, Anemia, Desequilibrio Electrolítico del RN, Sepsis Bacteriana del Recién Nacido, No especificada, Edema Cerebral, Asfixia del Nacimiento, Severa, Paro Cardíaco, Encefalopatía no especificada, Sepsis del Recién Nacido Debida a otras Bacterias...”*.

90. Al respecto, en la nota se añadió el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica del recién nacido, que incluye un desequilibrio metabólico,

neurodegenerativo, infeccioso y tóxico lo cual aumenta las posibilidades de mortalidad perinatal. Finalmente, V2 presentó un paro cardiorrespiratorio por lo que se le realizaron maniobras avanzadas de reanimación por 20 minutos sin respuesta declarando hora de defunción a las 23:58 horas, estableciéndose en el certificado de defunción correspondiente como causas de su muerte: Choque Mixto; Sepsis por pseudomonas; Miocardiopatía asfíctica; y Encefalopatía hipóxico isquémica.

91. En atención a los razonamientos expuestos, esta Comisión Nacional considera que las irregularidades en que incurrieron AR y MIP, configuran una serie de actuaciones que conectadas entre sí impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección de la salud materna. Dichas conductas y omisiones descritas, contravienen lo dispuesto en los puntos 5.1.1, 5.4.2.1, 5.4.1.4 y 5.4.1.8 de la referida NOM-007-SSA2-1993, que prevén que la atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, así como la vigilancia estrecha del trabajo de parto, la necesidad de la justificación en la inducción del mismo, así como los parámetros para la práctica de la episiotomía, además de brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.

92. La citada norma oficial ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 39/2015 y 41/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se resalta la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en la aludida norma, mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

93. Este Organismo Nacional destaca que los artículos 51, párrafo primero y 61, fracción I de la Ley General de Salud señalan que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y con calidad idónea a fin de recibir atención profesional y éticamente responsable; además de que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio; en ese orden, el personal médico del Hospital General, no otorgó un seguimiento adecuado y profesional a V1 durante el trabajo de parto, situación que derivó en complicaciones en la salud de V2 desde su alumbramiento, que finalmente provocaron su fallecimiento.

94. Asimismo, AR y MIP omitieron observar los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a), b y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).

95. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General 24 observó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*¹.

¹ Párrafo 27.

96. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se ha pronunciado “Sobre el derecho a la protección de la salud” en la Recomendación General 15, del 23 de abril de 2009, destacando que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad”*.

97. Lo anterior se robustece en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35, párrafo primero, 46, fracciones I y II, la responsabilidad política del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de 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”*. En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tutelado en el artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable.

98. De igual forma, 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”.²

99. En razón de ello, este Organismo Constitucional considera que el personal involucrado en el caso que aquí se analiza, tenía la responsabilidad del deber de cuidado en su calidad de garantes del derecho a la salud materno-infantil, derivada de los artículos 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a saber: *“I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”,* así como *“II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”;* lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que: *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos”.*

100. Por tanto, AR y MIP son responsables por la violación al derecho a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, contenidos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V, 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61, fracción I y 61 Bis de la Ley General de Salud; 1º, 2º, fracción I, 4º, apartado A, fracción II, 27, 29 fracción IV, 44 y 56, fracción I de la Ley Estatal de Salud de Puebla; los numerales ya citados de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007- SSA2-1993 y NOM-234-SSA1-2003.

² 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, Párr. 84.

3. El derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y al trato digno de V1.

101. Este Organismo Nacional advirtió que en el presente caso se suscitaron diversos comportamientos y omisiones por parte del personal médico del Hospital General, que configuraron violencia obstétrica, en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, de su Reglamento.³

102. Tales conductas configuran violaciones a derechos humanos en un doble aspecto, como lo es la inadecuada atención médica y por otra parte la violencia obstétrica e institucional. En principio, se destaca la falta de una vigilancia estrecha del trabajo de parto de V1, así como la aplicación de oxitocina 4 horas después de que fue indicada, lo que permite aducir la falta de cuidado y atención de la paciente.

103. Además, en la opinión del médico de este Organismo Nacional, la práctica de amniotomía a V1, maniobra no sugerida para acelerar el trabajo de parto implica desconocimiento, impericia, falta de responsabilidad y profesionalismo por parte de AR y MIP.

104. De igual forma, la realización de una episiotomía por MIP, en su calidad de médico interno de pregrado, sin haber informado debidamente a V1 sobre tal práctica, permite asumir que no cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para la atención de casos como el de V1 y, en consecuencia, propició hechos de violencia obstétrica.

³ "Artículo 59.- La Secretaría de Salud, en su calidad de Integrante del Sistema, tendrá las siguientes atribuciones: I. Establecer la política de salud en materia de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres; II. Emitir normas, lineamientos e instrumentos de rectoría que garanticen la prestación de servicios de atención médica y psicológica para las mujeres víctimas de violencia; III. Diseñar el programa de capacitación y actualización del personal del sector salud que participe en la atención de las mujeres víctimas de violencia..."

105. La violencia obstétrica es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es 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 feto o del recién nacido, derivado de la inadecuada prestación de servicios médicos, a la tardía medicalización y la patologización de procedimientos naturales, entre otros.

106. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a vivir una vida libre de violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), se pronunció en 2014 respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración sobre la *“prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, reconociendo que: *“El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”*.

107. Por lo anterior, este Organismo Constitucional concluye, que V1 fue víctima de violencia obstétrica, lo cual en este caso trascendió y vulneró el derecho a la vida de V2, con motivo del trato y el inadecuado seguimiento de la condición de V1 en el Hospital General, situación que lamentablemente se presenta con mayor frecuencia en la etapa previa o posterior al parto ya que como lo ha dicho el ginecólogo Luis Alberto Villanueva Egan: *“[D]urante la atención institucional del*

parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos”.⁴

108. En atención a ello, se aduce que el personal médico del Hospital General involucrado en los hechos no respetó el derecho al trato digno de V1, entendiéndose este último como aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico.⁵

109. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional encuentra que AR y MIP son responsables por la violación al derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica y trato digno en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de

⁴ Villanueva Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en la Revista CONAMED, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010. Página 148.

⁵ El derecho al trato digno, encuentran sustento en el artículo 1º, párrafo quinto, constitucional; 1º, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que disponen, sistemáticamente, que toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad y, el Estado está obligado no sólo a respetarlo, sino a establecer las condiciones para su pleno goce y ejercicio.

la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”).

4. Derecho a la vida de V2.

110. El derecho a la vida consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano.

111. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1.2 y 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

112. La Corte Interamericana ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido...”*.⁶

113. En ese sentido, en atención a las consideraciones expuestas en la presente Recomendación, para este Organismo Nacional existen elementos suficientes que permiten aducir que el tratamiento e inadecuada atención médica otorgada a V1 por parte de los médicos AR y MIP del Hospital General provocaron que las complicaciones en el trabajo de parto dificultaran el nacimiento de V2, propiciando graves afectaciones en su salud, mismas que evolucionaron en un grado irreversible que derivó en su fallecimiento.

⁶ *Villagrán Morales y otros vs. Guatemala* (“Caso de los Niños de la calle”), sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

5. Derecho a conocer la verdad sobre la atención médica otorgada a V1 (Inadecuada integración del expediente clínico).

114. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, el hecho de que en las constancias médicas que integran el expediente clínico de V1, en particular respecto a la nota elaborada el 16 de abril de 2014 a las 18:00 horas, no fue posible conocer el nombre del médico que la elaboró y se encuentra ilegible, situación que contravino lo dispuesto en el numeral 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, que establece que: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado”*.

115. Irregularidades de esta naturaleza, son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

116. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en las recomendaciones 1/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 6/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 27/2012, 58/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015 y 7/2015, 10/2015, 11/2015, 19/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015 y 39/2015 en las que se ha resaltado el deber de los prestadores de servicios médicos, de integrar adecuadamente los expedientes clínicos.

117. Lo anterior resulta trascendente dado que el expediente clínico de un paciente contiene los antecedentes médicos, así como el historial inherente al diagnóstico emitido en cada caso y el tratamiento prescrito; por lo tanto, las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que esa norma oficial mexicana se cumpla cabalmente.

118. La sentencia del caso *“Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere *“la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta del expediente o la deficiente integración de este, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza”*.

6. Responsabilidad.

119. El 16 de abril de 2014, a las 17:00 horas, V1 fue valorada y se reportó trabajo de parto en fase activa, por lo que se determinó la aplicación de oxitocina, medicamento indicado para una adecuada conducción de parto, así como para la ayuda en el alumbramiento; sin embargo, no se encontró registro de la aplicación del medicamento, lo que presupone que el personal médico encargado de su atención no estuvo al pendiente del seguimiento de las medidas de atención determinadas para la paciente, lo que evidencia una clara desatención de la misma.

120. El 16 de abril de 2014, a las 20:00 horas se inició la segunda fase del trabajo de parto de V1, el cual fue atendido por MIP, quien como se ha expuesto en el cuerpo de la presente Recomendación, no otorgó una adecuada atención a la paciente, provocando complicaciones que prolongaron el trabajo de parto por 20 minutos, lo que condicionó a un cuadro de asfixia y severas complicaciones en el estado de salud de V2 que finalmente derivaron en su fallecimiento.

121. MIP practicó a V1 una episiotomía, maniobra que como se ha descrito, debe realizarse sólo por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica adecuada, indicándose por escrito e informando a la paciente, situación que no se observó en el presente caso.

122. Durante la intervención de MIP en los hechos, no contó con la supervisión de un médico adscrito o Jefe de Servicio, que en el caso particular correspondía a AR, quien omitió el deber de cuidado en favor de V1 y la responsabilidad sobre la enseñanza y vigilancia del proceder de MIP.

123. La falta de atención del trabajo de parto por personal capacitado y debidamente supervisado fue condicionante del cuadro hipóxico-isquémico que presentó V2, generando una responsabilidad institucional a cargo de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, ya que si bien es cierto que MIP no tenía la calidad de servidor público adscrito al Hospital General al suscitarse los acontecimientos que dieron origen al presente pronunciamiento, este Organismo Nacional considera que su actuación omisa y deficiente influyó directamente en el retraso del parto de V1 y en las complicaciones de salud que presentó V2 desde su nacimiento y que derivaron en su posterior deceso.

124. En ese orden, este Organismo Constitucional Autónomo acreditó que AR incurrió en la inobservancia de las obligaciones contenidas en el artículo 50, fracciones I y XXI, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del

Estado de Puebla, en el sentido de cumplir 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.

125. En suma, esta Comisión Nacional concluye con respecto a los hechos y medios de convicción que integran este pronunciamiento, que AR y MIP, son responsables, en las circunstancias pormenorizadas por la violación de los derechos humanos que han sido precisados en la presente Recomendación.

126. Ahora bien, considerando que de las evidencias recabadas por este Organismo Nacional se tuvo conocimiento de la integración del expediente administrativo, en el que se inició procedimiento de determinación de responsabilidades, se cuenta con elementos de convicción suficientes para conminar a esa autoridad, a fin de que instruya a la Delegación de la Contraloría, que emita a la brevedad la determinación que conforme a Derecho proceda, sobre la actuación de AR en los hechos que motivaron el presente pronunciamiento, tomando en cuenta lo señalado en esta Recomendación.

127. Con fundamento en los artículos 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Constitucional, en ejercicio de sus atribuciones, formule la denuncia de hechos respectiva ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla, contra AR.

7. Reparación integral del daño.

128. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano, para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional,

consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero además el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, 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 acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

129. En ese contexto, conforme a lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de 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 reparaciones”, adoptados por las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, así como en los diversos criterios sostenidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se advierte que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y obligación de investigar los hechos, identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

130. Resulta aplicable en la especie la sentencia del “Caso Espinoza González, vs. Perú”, de 20 de noviembre de 2014, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en cuyos numerales 300 y 301 refiere que *“toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional*

contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, y también estableció que “las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.

131. La Comisión Nacional advierte que los aludidos principios sobre reparación del daño se deben aplicar en casos de violaciones a derechos humanos, según el caso concreto, por lo que deberán servir como un referente internacional aplicable para que la autoridad responsable pueda determinar la reparación integral en los casos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles. En ese sentido, se deberán llevar a cabo acciones encaminadas a la reparación integral del daño ocasionado a V1, con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas durante el presente caso.

132. Para tal efecto, en términos de los artículos 1°, 2°, 3°, 12, fracción II, 18, 20, 41, 45 y demás aplicables de la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Puebla, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Puebla el 27 de noviembre de 2014, y 3, 14, 15, 17 demás aplicables del Reglamento de la Ley para la Protección a Víctimas de los Delitos, aplicable hasta en tanto no se emita el Reglamento de la citada Ley; conjuntos normativos en los que se establecen los lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas de violaciones a Derechos Humanos, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud en agravio de V1, así como a la vida de V2, se deberá inscribir a la primera en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas de violaciones a Derechos Humanos, previsto en la aludida Ley.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente a usted, señor gobernador constitucional del Estado de Puebla, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a V1 con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital General, involucrado en los hechos, que incluyan una indemnización o compensación, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención médica a V1 en el Hospital General, o en algún otro Centro de Atención Médica dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno de Puebla, así como atención psicológica de seguimiento, con oportunidad, calidad y calidez, que permitan a la víctima restablecer su salud física y emocional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan, en clínicas, hospitales y centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria 8 de Acatlán de Osorio, cursos y/o talleres integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, enfocados a evitar y prevenir la violencia obstétrica, así como del conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con el objetivo de que la atención médica que se preste sea adecuada y se eviten daños como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional, tanto los resultados de dichos cursos, como los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que haya sido capacitado.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emitan circulares dirigidas al personal médico de la Jurisdicción Sanitaria 8 de Acatlán de Osorio, en la que se les solicite entregar copia de la certificación y recertificación que hayan tramitado ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y, se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que los servidores públicos que prestan sus servicios en las clínicas, hospitales y centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria 8 de Acatlán de Osorio, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional, internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que el Hospital General, sea dotado con personal capacitado y suficiente, y del equipo médico necesario para atender de manera eficaz, con calidad y oportunidad, los requerimientos de atención y servicios médicos en las diversas áreas.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la Secretaría de la Contraloría de esa entidad federativa contra el personal responsable de los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que se le requieran.

OCTAVA. Participe ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo, en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Estatal de Víctimas de Puebla, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

133. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular 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, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

135. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

136. 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 a la legislatura de la entidad federativa, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ