



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 56 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, A LA VIDA DE V2, A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA DE V1, POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA, A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD Y A LA VERDAD DE V1 Y V3, EN EL HOSPITAL RURAL “SAN FELIPE ECATEPEC” DEL IMSS EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.

Ciudad de México, a, 10 de Noviembre de 2017

**LIC. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento 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 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2014/1601/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 4°, 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 recomendada, a través de un listado

adjunto, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

I. HECHOS.

3. El 2 de octubre de 2013, aproximadamente a las 11:00 horas, V1, mujer de 26 años de edad con embarazo de 40 semanas de gestación, presentó un repentino sangrado, por lo que acudió en compañía de su esposo V3 al área de Urgencias del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” (Hospital Rural), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

4. Alrededor de las 11:40 horas de ese día, V1 fue atendida por SP1 en el área de Urgencias de la unidad médica de referencia, quien después de interrogarla y valorarla estableció como diagnóstico embarazo de 41.2 semanas de gestación, sin trabajo de parto y con “*hipomotilidad fetal*” (disminución o pérdida de la capacidad del feto para moverse), solicitando que se descartara enfermedad hipertensiva del embarazo.

5. Aproximadamente a las 12:50 horas del mismo día, V1 fue revisada por MR, quien señaló a la paciente que debía esperar a que progresara la dilatación del cuello del útero para tener un parto normal, y procedió a solicitar su ingreso al servicio de Gineco-obstetricia, donde a las 14:00 horas MR la valoró nuevamente y reiteró el diagnóstico establecido por SP1.

6. V1 fue valorada nuevamente hasta las 06:30 horas del 3 de octubre de 2013, ocasión en que MR solicitó urgentemente que la paciente fuera ingresada a quirófano para resolución del embarazo por cesárea.

7. Al concluir la cirugía, personal médico indicó a V1 que V2 se encontraba bien y que después lo vería. Sin embargo, a las 14:00 horas de ese día, V1 y V3 recibieron la noticia de que V2 había fallecido por una complicación en su salud.

8. El 29 de junio de 2015, este Organismo Nacional recibió diverso escrito de queja de V1, en el que mencionó que el 2 de octubre de 2013, la enfermera que la recibió en el

Hospital Rural le tomó la presión y le comentó que probablemente tendrían que practicarle una cesárea ya que su presión estaba alta y tenía dos centímetros de dilatación.

9. V1 agregó que a las 18:00 horas de ese mismo día fue ingresada a la sala de partos, donde había dos enfermeras, siendo que una se le acercó y al hacerle unas preguntas sobre el método anticonceptivo que elegiría, le inquirió algunas expresiones como: *“si ya sabes que duele por qué no te vas a cuidar”*, asimismo, manifestó que al preguntar si le podían hacer cesárea, le expresó: *“qué más quieres si ya te revisaron, vas a tener un parto normal y eso duele”*.

10. También indicó que los dolores en su vientre se intensificaron por lo que llamaron a su esposo V3 y enseguida también a MR, ocasión en que esta última les comentó que estaba siendo atendida de manera adecuada, por lo que a fin de que se tranquilizara V3 autorizó que le colocaran anestesia, sin embargo, para las 23:00 horas del 2 de octubre de 2013, comenzó a cesar el efecto de la anestesia y comenzó a sentir de nuevo fuertes dolores, por lo que solicitó la presencia de V3 para que la trasladaran a otro hospital, pero una enfermera le manifestó: *“que si podía que se levantara sola ya que su esposo ya había autorizado previamente que permaneciera en el hospital”*, momento en que intentó ponerse de pie pero su visión se nubló y perdió el conocimiento.

11. Al recuperar el conocimiento, V1 se enteró que había sido sometida a una cesárea de emergencia y su esposo V3 le informó que V2 se encontraba delicado. Posteriormente, personal médico del Hospital Rural le solicitó bolsas para llevar a cabo una transfusión de sangre para V2, por lo que V3 salió a conseguirlas, sin embargo, aproximadamente ocho horas después tuvieron conocimiento que V2 había fallecido.

12. Para documentar las violaciones a los derechos humanos de V1 y V2 se obtuvieron los informes y el expediente clínico del IMSS; asimismo, se solicitó información en colaboración a la Procuraduría General de la República y a la Fiscalía General del Estado de Chiapas, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

13. Escrito de queja presentado por V1, el 19 de febrero de 2014, ante este Organismo Nacional.

14. Oficio 09 52 17 61 4621/0588 de 26 de marzo de 2014, por el que el IMSS adjuntó copia de la siguiente documentación:

14.1. Informe sin fecha signado por SP2, en el que señaló la atención médica brindada a V1 en el Hospital Rural.

14.2. Acta de hechos de 24 de marzo de 2014, elaborada por SP3, en la que se hace constar el extravío del expediente clínico del recién nacido V2.

14.3. Informe de 25 de marzo de 2014, signado por SP3, en el que precisó que el Hospital Rural debe su funcionamiento a la labor que realizan los médicos residentes de las diferentes especialidades, como es el caso de MR.

15. Oficio DGOPIDDH/0733/2014 de 27 de marzo de 2014, a través del cual la entonces Procuraduría General de Justicia en el Estado de Chiapas (Procuraduría Estatal), informó las diligencias practicadas dentro de la AP1, iniciada por la probable comisión de los delitos de homicidio, responsabilidad médica y técnica, y los que resulten.

16. Oficio 09 52 17 61 4621/0611 de 31 de marzo de 2014, por el que el IMSS adjuntó copia del expediente clínico de V1, del que destacan las constancias siguientes:

16.1. Nota Médica de Urgencias de las 11:40 horas del 2 de octubre de 2013, elaborada y firmada por SP1, en la que se estableció como diagnóstico: *“Fem (femenina)...(...)...Embarazo 41.5 SDG (semanas de gestación) sin TP por FUR...(...)...Hipomotilidad fetal...tomar PSS (prueba sin estrés) ahora...(...)...perfil toxemia, vigilancia estrecha de FCF (frecuencia cardiaca fetal), TA (tensión arterial) horaria y anotar”*.

16.2. Hoja de Vigilancia y Atención del Parto de las 11:40 horas del 2 de octubre de 2013, elaborada y signada por SP1, en la que indicó que V1 presentaba: “...(...)...*Embarazo 41.2 sdg (semanas de gestación) sin TP a des EHE, Hipomotilidad fetal...(...)...PASA A CESÁREA...*”.

16.3. Hoja de Historia Clínica, sin hora, de 2 de octubre de 2013, elaborada y suscrita por PSS, en la que asentó como padecimiento: “*ingresa proveniente de la consulta externa de GYO (ginecología y obstetricia) por presentar cifras tensionales elevadas durante una consulta de rutina en urgencias, niega datos de vasoespasma, niega pérdidas transvaginales, niega actividad uterina... cérvix central cerrado...*”.

16.4. Nota Médica de Valoración de Ginecología y Obstetricia de las 12:50 horas del 2 de octubre de 2013, elaborada y firmada por MR, en la que respecto al estado de salud de V1 asentó: “*TA (tensión arterial) 130/70...(...)...emb (embarazo) de 41.2 SDG (semanas de gestación) FUM (fecha última menstruación) 40.1 SDG US (ultrasonido) transpolado...*”.

16.5. Nota Médica de Indicaciones de Ginecología y Obstetricia de las 12:50 horas del 2 de octubre de 2013, elaborada y suscrita por MR, en la que estableció: “...*vigilar FC (frecuencia cardiaca) y AU, TA horaria y anotar en hoja especial, ingresa a piso GyO (ginecología y obstetricia), perfil preeclámptico control...*”.

16.6. Nota Médica de Ingreso a piso de Ginecología y Obstetricia de las 14:00 horas del 2 de octubre de 2013, elaborada y signada por MR, en la que como antecedentes de V1 señaló: “...*Acude a la consulta de urgencia por referir embarazo de término, el cual el día de hoy percibía disminución de la motilidad fetal, a la toma de signos vitales se encuentran cifras tensionales elevadas por lo que se decide su ingreso para valoración de interrupción del embarazo...*”.

16.7. Hoja de Registros Vitales de 2 de octubre de 2013, en la que consta que personal del Servicio de Enfermería omitió realizar y registrar la toma de cifras

tensionales de V1 a las 21:00 horas de ese día, así como durante las primeras siete horas del siguiente 3 de octubre.

16.8. Nota Pre-quirúrgica de las 06:00 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y firmada por MR, en la que hizo constar que V1 sería sometida a una cesárea Kerr de urgencia, por falta de progresión del trabajo de parto.

16.9. Nota Pre-operatoria de las 06:30 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y suscrita por MR, en la que estableció: “...INDICACIÓN PRINCIPAL *Eclampsia + Emb* (embarazo) 41.2 SDG...(…)...SE PRÁCTICA SALPINGOCLACIA NO...(…)...OPERACIÓN PLANEADA *Cesárea tipo Kerr I...*”.

16.10. Nota Post-quirúrgica en la que por error se registró las 02:00 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y signada por MR, en la que hizo constar: “...DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO: *PUERPERIO QUIRÚRGICO INMEDIATO...*(…)...CIRUGÍA REALIZADA: *CESÁREA KERR. TIPO DE CIRUGÍA: URGENCIA. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA: NINGUNA...*”.

16.11. Hoja de Cuidados de Enfermería en Paciente Quirúrgico-Obstétrica de las 06:53 horas del 3 de octubre de 2013, en la que consta que: “...R/N (recién nacido) *se ingresa en UCIN* (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)”.

16.12. Nota de Valoración a los 30 minutos, de las 07:00 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y firmada por MR, en la que respecto de V1 indicó: “*Paciente hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de normalidad, se continúa con vigilancia de sangrado transvaginal e involución uterina, así como toma de signos cada 15 minutos. Pronóstico: Reservado a evolución*”.

16.13. Nota de Evolución a los 60 minutos, de las 07:30 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y suscrita por MR y PSS, en la que respecto de V1 señaló: “*Estable sin datos de vasoespasmo o bajo gasto, se mantiene en vigilancia de STV* (sangrado transvaginal) *e IU* (involución uterina) *alojamiento conjunto*”.

16.14. Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, de las 07:40 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y signada por MR, en la que hizo constar: “...*Diagnóstico postoperatorio: Parto único x cesárea/Eclampsia. Preeclampsia severa/Puerperio inmediato...(...)...Descripción de técnica, Hallazgos operatorios, Complicaciones transoperatorias y Observaciones...(...)...incisión media infraumbilical, disección por planos, abordaje de cavidad abdominal...(...)...histerotomía Kerr, extracción de recién nacido en presentación cefálica, aspiración de secreciones, pinza y corte de cordón umbilical. Pasa a pediatría para atención...(...)...Recién nacido peso 3400 kgs Talla 49 cm HN (hora de nacimiento) 6:30 horas Apgar 7-8 Capurro 41 SDG...*”.

16.15. Hoja de Cuidados de Enfermería en Paciente Quirúrgico del 3 de octubre de 2013, sin hora ni nombre de la enfermera responsable, en la que consta: “...*Paciente ingresa 6:44 am...(...)...Anestesia inicia 6:45...(...)...Cirugía inicia 6:53 Termina 7:36...(...)...nace producto único a las 6:53 llora y respira al nacer, se le brindan cuidados de R/N (recién nacido)...*”.

16.16. Nota de Evolución a los 90 minutos, de las 08:00 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y signada por MR, en la que respecto de V1 estableció: “*Continúa en vigilancia de sangrado transvaginal e involución uterina. Pronóstico: Reservado a evolución*”.

16.17. Nota de Evolución a los 120 minutos, de las 08:30 horas del 3 de octubre de 2013, elaborada y firmada por MR, en la que respecto de V1 indicó: “*Paciente estable, en espera de pase a piso de GYO (ginecología y obstetricia). Se dejan indicaciones en hoja aparte. Se continúa en vigilancia de puerperio*”.

16.18. Hoja de Hospitalización de 6 de octubre de 2013, elaborada y signada por SP2 y MR, en la que se hicieron constar: “...*Producto vivo...(...)...3400 kgs talla 49 cm masculino Apgar 7/8...Causa de muerte del Recién Nacido: Síndrome Aspiración Meconio...*”.

17. Oficio DGOPIDDH/0844/2014 de 15 de abril de 2014, a través del cual la entonces Procuraduría Estatal, remitió el diverso DGOPIDDH/0733/2014, informó las diligencias practicadas dentro de la AP1.

18. Oficio 09 52 17 61 4621/0788 de 21 de abril de 2014, por el que el IMSS adjuntó la información siguiente:

18.1. Oficio circular número 3, de 26 de marzo de 2014, por el que el IMSS a través del cual SP3 hizo del conocimiento del personal médico y enfermería del Hospital Rural, la obligación de cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, referente a la integración del expediente clínico.

18.2. Oficio 570302073200/37/2014 de 26 de marzo de 2016, mediante el cual SP3 comunicó al Jefe de la Oficina de Investigaciones Laborales el extravío del expediente clínico de V2.

18.3. Oficio 570302073200/048/2014 de 28 de marzo de 2014, a través del cual el administrador del Hospital Rural hizo del conocimiento del agente del Ministerio Público del fuero local en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, la pérdida del expediente clínico de V2.

19. Oficio DGOPIDDH/2334/2014 de 16 de octubre de 2014, mediante el cual la Procuraduría Estatal, remitió un informe actualizado de las diligencias practicadas dentro de la AP1.

20. Acta circunstanciada de 15 de abril de 2015 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V1 aportó al expediente de queja copia simple de la AP1, de la que destaca lo siguiente:

20.1. Oficio 6707/6708/2013 de 4 de octubre de 2013, en el que consta dictamen de necropsia, realizado por perito médico legista de la Procuraduría Estatal en el que concluyó, como causa probable de muerte de V2: *“Asfixia por aspiración de líquido amniótico. Edema Agudo de Pulmón. Hemorragia Pulmonar”*.

20.2. Acta de defunción número 007288 de 4 de octubre de 2013, en la que se estableció como fecha y hora de defunción de V2: *“03 de octubre del 2013. Hora: 15:31”*.

20.3. Oficio 570302073200/016/2015 de 23 de enero de 2015, a través del cual SP3 informó al agente del Ministerio Público responsable de integrar la AP1, que el 28 de marzo de 2014 se presentó una denuncia de hechos por la pérdida del expediente clínico de V2.

20.4. Escrito de 17 de octubre de 2014, dirigido al fiscal del Ministerio Público responsable de integrar la AP1, a través del cual MR declaró que cumplía guardias de 24 horas en el Hospital Rural.

21. Oficio 09 52 17 61 4BB1/0916, de 21 de mayo de 2015, por el que el IMSS adjuntó la información siguiente:

21.1. Oficio 570302073200/061/2013, de 13 de noviembre de 2013, a través del cual SP2 remitió copia certificada del expediente clínico de V1 al fiscal del Ministerio Público encargado de integrar la AP1.

21.2. Escrito de denuncia presentado el 23 de mayo de 2014, por la apoderada legal del IMSS ante la Procuraduría General de la República (PGR), en Tapachula de Córdoba y Ordóñez, Chiapas, con motivo del extravío del expediente clínico de V2.

22. Oficio DGOPIDDH/1308/2015 de 5 de junio de 2015, mediante el cual la entonces Procuraduría Estatal, remitió a este Organismo Nacional un informe actualizado de las diligencias practicadas dentro de la AP1.

23. Escrito de ampliación de queja presentado por V1, el 29 de junio de 2015, ante este Organismo Nacional.

24. Oficio 9 52 17 61 4BB1/1536 de 12 de agosto de 2015, por el cual el IMSS informó la averiguación previa iniciada con motivo de la denuncia de hechos efectuada por el extravío del expediente clínico de V2.

25. Oficio 7569/15DGPCDHQI de 3 de septiembre de 2015, por el que la PGR adjuntó el diverso SMPF/758/2015 del que se advierte que el 20 de octubre de 2014 se autorizó la reserva de la AP3.

26. Dictamen de 29 de enero de 2016, emitido por un médico de esta Comisión Nacional respecto a la atención brindada a V1 en el Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

27. Oficio FEDHAVSC/0857/2016 de 9 de mayo de 2016, por el cual la entonces Procuraduría Estatal informó que por razón de fuero, el 31 de agosto de 2015 la AP1 fue remitida a la PGR.

28. Oficio 9 52 17 61 4BB1/1773 recibido en este Organismo Nacional el 11 de agosto de 2016, por el que el IMSS informó que el 20 de agosto de 2015, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico resolvió en sentido procedente la Queja Médica.

29. Oficio 06952/16 DGPCDHQI, recibido en esta Comisión Nacional el 31 de agosto de 2016, por el cual la PGR adjuntó el diverso 1702/2016 del que se advierte que derivado de la recepción de la AP1, el 2 de septiembre de 2015 se inició la AP2 por los delitos de homicidio, responsabilidad profesional y los que resulten.

30. Acta Circunstanciada de 15 de noviembre de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que acudió a las oficinas que ocupa la PGR a fin de consultar y tomar notas de la AP1 que le fue remitida por la Procuraduría Estatal.

31. Oficio 95217614BB1/615 de 24 de marzo de 2017, por el que el IMSS informó que con motivo de la vista que dio el 25 de abril de 2016 al Órgano Interno de Control en la Delegación Estatal de Chiapas, se dio inicio al Expediente Administrativo.

32. Acta circunstanciada de 22 de junio de 2017, en la que un médico legista de este Organismo Nacional precisó de manera técnica las causas de muerte establecidas a V2 en el dictamen de necropsia de la entonces Procuraduría Estatal y en la Hoja de Hospitalización del Hospital Rural, de 4 y 6 de octubre de 2013, respectivamente.

33. Oficio 4649/17 DGPCDHQI de 4 de julio de 2017, por el que la PGR adjuntó el diverso 1188/2017, del que se desprende que la AP2 aún se encuentra en trámite en la Unidad Quinta del Sistema Procesal Penal Inquisitivo Mixto en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

34. Acta Circunstanciada de 18 de octubre de 2017, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que acudió a las oficinas de la PGR en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, con la finalidad de consultar la AP2.

35. Acta Circunstanciada de 25 de octubre de 2017, elaborada por un visitador adjunto de este Organismo Nacional, en la que se certificó la llamada telefónica sostenida con personal del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS en el estado de Chiapas, quien informó que el Expediente Administrativo continúa en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

36. Con motivo del deceso de V2 en el Hospital Rural, el 3 de octubre de 2013 V3 presentó denuncia ante la Fiscalía del Ministerio Público del primer turno de la Procuraduría Estatal, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, radicándose la AP1, misma que el 31 de agosto de 2015 fue remitida por razón de competencia a la PGR en esa misma ciudad.

37. Derivado de la recepción de la AP1 en la PGR, el 2 de septiembre de 2015 se dio inicio a la AP2, por los delitos de homicidio, responsabilidad profesional y los que resulten. El 30 de noviembre de 2016, el representante social de la Federación consignó la AP2, misma que dio origen a la CP en el Juzgado Primero de Distrito de Procesos Penales Federales en el Estado de Chiapas.

38. Por resolución de 12 de diciembre de 2016, el Juzgado Primero de Distrito negó la orden de aprehensión solicitada en el pliego de consignación, devolvió y solicitó al agente del Ministerio Público de la Federación el perfeccionamiento de la AP2, misma que aún se encuentra en trámite.

39. El 10 de septiembre de 2015, esta Comisión Nacional recibió informe del titular de la Dirección General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Quejas e Inspección de la PGR, a través del cual informó que con motivo del extravío del expediente clínico de V2, el 10 de junio de 2014 se inició la AP3, misma que se envió a reserva el 20 de octubre de ese mismo año.

40. El 11 de agosto de 2016, se recibió en esta Comisión Nacional el oficio 09 52 17 61 4BB1/1773, mediante el cual el IMSS informó que el 20 de agosto de 2015, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico resolvió en sentido procedente la Queja Médica iniciada con motivo de la queja que presentó V3, como consecuencia de ello se dio vista al Órgano Interno de Control en el IMSS por la deficiente atención médica brindada a V1, así como por el extravío del expediente clínico de V2; instancia última que dio inicio al Expediente Administrativo, mismo que actualmente se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES.

41. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2014/1601/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el caso se cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 y V2, a la vida de V2, a la libertad y autonomía reproductiva de V1, por violencia obstétrica, a la información en materia de salud y a la verdad de V1 y V3, atribuibles a personal médico y de enfermería del Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. Derecho a la protección de la salud de V1.

42. 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.¹

43. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

44. En el párrafo primero 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*”.

45. En este sentido, el 23 de abril de 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.

46. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, y su protección², se encuentra el disfrute de los

¹ CNDH. Recomendación 14/2016, párrafo 28.

² Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009. DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164, registro 167530.

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.

47. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que a las 11:40 horas del 2 de octubre de 2013, V1, mujer de 26 años de edad, con antecedentes patológicos de embarazo ectópico³ en el año 2010 y transfusiones de sangre positivas, acudió al Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, toda vez que presentaba un sangrado, por lo que ese día en el área de urgencias fue valorada por SP1, quien documentó que cursaba un embarazo de 41.2 semanas de gestación, sin trabajo de parto, hipomotilidad fetal y cefalea, por lo que realizó la hoja de Vigilancia y Atención del Parto o Partograma de la paciente, e indicó su envío al área de labor con la anotación textual de “*PASA A CESÁREA*”.

48. Después de ingresar al Hospital Rural, la elaboración de la historia clínica de V1 estuvo a cargo de PSS, quien puntualizó que la paciente presentaba cifras tensionales elevadas durante la consulta de rutina en Urgencias.

49. Para esta Comisión Nacional, no pasa desapercibido que la referida “Hoja de Historia Clínica”, fue suscrita por PSS, sin que se advierta en ésta, que haya sido supervisado por un médico de base toda vez que PSS era un estudiante de una institución de educación superior que se encontraba en formación y, por tanto, debió atender a V1 un médico de medicina familiar de base o adscrito lo que no aconteció en los hechos.

50. Por ello, se vulneraron los artículos 24 de la Ley General de Educación; 84 de la Ley General de Salud; el tercero, fracción XIII del Acuerdo por el que se Crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud que requiere el Sistema Nacional de Salud y, 20a. fracción III y 23a. fracción V de las Bases

³ El *embarazo ectópico* o extrauterino es aquel que sucede cuando el embrión se implanta fuera de la cavidad uterina y empieza a crecer fuera del útero, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal.

para la Instrumentación del Servicio Social de Profesiones para la Salud que señalan que los pasantes de las profesiones para la salud deberán prestar su servicio social tal y como señala la ley, y deberán ser supervisados por médicos de base, ya que de no hacerlo pueden provocarse graves consecuencias a la salud de los pacientes.

51. El mismo día a las 12:50 horas, V1 fue valorada por MR quien estableció que presentaba: “*TA (tensión arterial) 130/70...(...)...emb (embarazo) de 41.2 SDG (semanas de gestación) FUM (fecha última menstruación) 40.1 SDG US (ultrasonido) transpolado...*”, por lo que como plan de manejo indicó: “*...ayuno...(...)...sol (solución) Hartmann 300 cc p/20 min Sol glucosada 5% 1000 cc p 8 hrs...(...)...hidralazina (antihipertensivo) 5 mg IV en caso de TA (tensión arterial) +/- 160/110 mmHg...(...)...vigilar FC (frecuencia cardiaca) y AU (actividad uterina), TA horaria y anotar en hoja especial, ingresa a piso GyO (ginecología y obstetricia), perfil preeclámptico control...*”

52. De acuerdo con la opinión de la especialista de este Organismo Nacional, el personal de enfermería omitió seguir las indicaciones médicas establecidas por MR, respecto de tomar cada hora la presión arterial de la paciente, pues en la Hoja de Registros Vitales de 2 de octubre de 2013 (en la que por error se asentó 2 de septiembre de 2013) no obra anotación alguna de cifras tensionales a las 21:00 horas de ese día, y de las 00:00 horas a las 07:00 horas del siguiente 3 de octubre, aunado a que no aparecen los nombres de las enfermeras que se encontraban a cargo de V1 en ese turno; omisión que constituye incumplimiento al artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en el que se señala que el personal de salud deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, de los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes.

53. Al no haber hecho constar en hoja especial la tensión arterial horaria de V1, se infringieron los lineamientos establecidos en el numeral 9.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,⁴ “*Del Expediente Clínico*”, que establece: “*Hoja de*

⁴ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

Enfermería. Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico...”.

54. A las 14:00 horas del 2 de octubre de 2013, V1 ingresó al piso de Gineco-obstetricia del Hospital Rural, y en la nota médica correspondiente elaborada por MR y PSS, se reiteraron los diagnósticos preestablecidos de embarazo de 41.2 semanas de gestación, trabajo de parto en fase latente y enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar.

55. En el dictamen médico la especialista de esta Comisión Nacional puntualizó que el personal médico que atendió a V1 no siguió los lineamientos establecidos en 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”*, aplicable durante el tiempo en que sucedieron los hechos, relativos a valorar el traslado oportuno y seguro de V1 a una unidad de salud con mayor capacidad resolutive, pues el Hospital Rural no contaba con médico especialista en Ginecología y Obstetricia, lo que era indispensable para atender a V1.

56. Además, la médica de este Organismo Nacional abundó que: *“Pese a la gravedad de los diagnósticos de ingreso, específicamente el de Enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar fue subestimado por MR...(…)...quien luego de ingresarla a piso de Gineco-obstetricia, a las 14:00 horas del 2 de octubre de 2013, abandonó a la paciente V1 durante las siguientes dieciséis horas, ya que no existe ninguna nota médica de valoración gineco-obstétrica posterior en este día...(…)...y fue hasta el día siguiente, 3 de octubre de 2013, a las 6:00 y 6:30 horas, en que, con carácter de urgente, esta misma MR, médica residente de cuarto año de la especialidad de Ginecoobstetricia, y el médico pasante del servicio social PSS, elaboraron una nota prequirúrgica o preoperatoria donde evidenciaron que por Eclampsia, Embarazo de 41.2 semanas de gestación, Falta de progresión del trabajo de parto y Oligohidramnios (poco líquido amniótico), la agraviada pasaría a quirófano para resolución del embarazo, a través de una operación cesárea tipo Kerr”.*

57. Respecto de lo anterior, esta Comisión Nacional cuenta con el informe rendido por SP2, quien corroboró que al ingresar V1 al piso de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural, la atención médica de la paciente estuvo a cargo de MR, quien se encontraba de guardia en ese momento, siendo que dicha guardia consistía en realizar actividades clínicas en el hospital, inherentes a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, durante un periodo de 24 horas, según declaró MR al fiscal del Ministerio Público responsable de integrar la AP1, mediante escrito de 17 de octubre de 2014. Al tomar en consideración que MR revisó a V1 a las 14:00 horas del 2 de octubre de 2013, y que posteriormente la misma MR la valoró a las 6:00 y 6:30 horas del 3 de octubre del mismo año, es evidente que el lapso de dieciséis horas que transcurrieron sin que fuera valorada, fue en el horario en que MR se encontraba de guardia como lo informó SP2 y ella misma en la AP1.

58. Ahora bien, en opinión de la médico legista, V1 sí presentó el cuadro clínico de “*Eclampsia*”, toda vez que de acuerdo con una Hoja de Cuidados de Enfermería en Paciente Quirúrgico, de 3 de octubre de 2014, sin nombre de la enfermera que la elaboró, a las 06:44 horas de ese día, procedente de Tococirugía, V1 ingresó con convulsiones al quirófano y frecuencia cardíaca fetal de 70 latidos por minuto (normal 120 a 160 latidos por minuto), por lo que previo procedimiento anestésico, a las 06:53 horas fue sometida a una cirugía denominada “*Cesárea Kerr*” (incisión transversal a nivel segmento inferior del útero), la cual concluyó a las 07:36 horas de la misma fecha.

59. En el dictamen médico de esta Comisión Nacional se estableció que “*La Eclampsia es el agravamiento de la hipertensión arterial del embarazo (fase grave de la preeclampsia), con afectación vascular cerebral, que se caracteriza por la presencia de convulsiones y estados de coma, síntomas que diferencian la eclampsia de la preeclampsia, siendo una complicación muy grave para la vida de la madre y el feto. Generalmente aparece en el último trimestre del embarazo, durante las primeras 24 horas desde el comienzo del parto o durante el desarrollo del mismo y sólo el 5% de los casos de preeclampsia evolucionan a eclampsia. Su aparición provoca espasmos en los vasos sanguíneos del útero, cortando el riego sanguíneo al feto y, por lo tanto,*

ocasionando una falta de oxígeno que puede dar lugar a sufrimiento fetal, por lo que es necesario interrumpir el embarazo tempranamente practicando una cesárea”.

60. Este Organismo Nacional observó que por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales que representa la preeclampsia severa, el personal médico responsable de atender a V1 incumplió el numeral 5.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993 que establece: *“La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda”*, en relación con el 4.4 que define la emergencia obstétrica: *“Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal”*

61. Particularmente MR transgredió lo establecido en el artículo 61, fracción I de la Ley General de Salud que precisa: *“La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio...”*, pues al mantener a V1 sin atención médica durante más de dieciséis horas y omitir llevar a cabo la integración de un diagnóstico temprano, con el consecuente retraso en la resolución del embarazo a través de una cesárea, repercutió en su derecho a recibir servicios adecuados de atención a su salud.

62. La NOM-007-SSA2-1993 y la actualmente vigente NOM-007-SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”* han sido señaladas en las recomendaciones 37/2011, 6/2012, 1/2013, 6/2013, 46/2013, 5/2015, 10/2015, 19/2015, 24/2015, 25/2015, 39/2015, 52/2015, 8/2016, 47/2016, 50/2016, 5/2017, 6/2017, 7/2017, 9/2017, 11/2017, 23/2017, 26/2017 y 41/2017 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hizo hincapié de la importancia que tiene, precisamente, mantener una adecuada vigilancia obstétrica, señalando además que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de V1 y V2 no se realizaron.

63. En el texto introductorio de la NOM-007-SSA2-1993, y en el numeral 5.1.3 se reconoce 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”, y “la atención debe ser impartida con calidad y calidez a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido”.*

64. De acuerdo con la médica de esta Comisión Nacional, a las 07:40 horas del 3 de octubre en la Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, MR reportó como diagnósticos postoperatorios de V1: *“Parto único por cesárea/Eclampsia/Preeclampsia severa/Puerperio inmediato”* (periodo que sigue inmediatamente al parto).

65. Ahora bien, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se determinó que el Hospital Rural incumplió con el numeral 11.4 de la NOM-001-SSA3-2012, que previene que los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes que se les encomiende, siempre que estén sujetos a las indicaciones y asesoría de los médicos de base, lo que en el presente caso no ocurrió, pues en las constancias médicas de la atención que MR brindó a V1, no obra la firma del profesor titular o médico de base del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural.

66. En la citada Recomendación General 15, este Organismo Nacional señaló que en las quejas recibidas por violación al derecho a la protección de la salud se observa la insuficiente o nula supervisión de los médicos residentes, quienes si bien son profesionales en la medicina, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, asisten a los especialistas para auxiliarlos en la atención de los enfermos en calidad de alumnos dado que se encuentran en periodo de capacitación. Por ello, es preocupante que en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural no hubiera un médico de base encargado del desarrollo de los programas académicos y operativos que deben tener estos estudiantes, lo que se sustenta con el informe rendido a esta Comisión Nacional por SP3, en el que respecto

del Hospital Rural precisó que: “...*debe su funcionamiento con el apoyo de los médicos residentes de las diferentes especialidades...Este hospital funciona como área de adiestramiento y aprendizaje de los residentes, en este caso de MR, [R4] de Ginecología y Obstetricia, quien estuvo a cargo de la Coordinación de Enseñanza...*”

67. Es importante recordar que conforme al último párrafo del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, dicho “*Instituto será corresponsable con el personal (médicos, enfermeras y servicios auxiliares)...de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes*”, en relación con el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que prevé: “*En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo*”; así como en el diverso 26 del mismo ordenamiento que decreta: “*Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría*”, por lo que se advierte responsabilidad institucional del IMSS, que debió procurar la disponibilidad y calidad en los servicios de salud del Hospital Rural, y así asegurar una atención obstétrica acorde con el estado de V1.

68. Ahora bien, en la citada Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, de las 07:40 horas del 3 de octubre de 2013, MR también señaló haber extraído a las 06:30 horas de ese día a un recién nacido (V2) del sexo masculino, con peso de 3400 kilogramos, talla 49 centímetros, clasificación *Apgar 7-8* (examen rápido que se realiza en el primero y quinto minuto después del nacimiento de un bebé) y *Capurro* (criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato) de 41 semanas de gestación, al que luego de aspirarle secreciones se le pinzó y cortó el cordón umbilical, siendo entregado posteriormente al servicio de pediatría; sin que se cuente con notas médicas para determinar si fue adecuada o inadecuada la atención médica brindada en esa área, toda vez que el expediente clínico de V2 fue extraviado en el Hospital Rural, según informó el IMSS a este Organismo Autónomo a través del oficio 09 52 17 61 4BB1/0916, de 21 de mayo de 2015.

69. Ante el extravío del expediente clínico de V2 lo que no permite realizar un análisis sobre la actuación que se le brindó al mismo, la médica de esta Comisión Nacional destacó que de la necropsia del 4 de octubre de 2013, realizada a V2 por médico legista de la entonces Procuraduría Estatal, se desprende como causa probable de muerte: *“Asfixia por aspiración de líquido amniótico. Edema Agudo de Pulmón. Hemorragia Pulmonar”*; en tanto que en una hoja de hospitalización de 6 de octubre de 2013, elaborada y signada por MR y SP2 consta: *“...Causa de muerte del Recién Nacido (V2): Síndrome Aspiración Meconio...”*, siendo importante mencionar que el meconio es el producto de la defecación fetal, que está compuesto por restos de líquido amniótico deglutido, material de descamación y secreciones gastrointestinales fetales, siendo estéril, sin embargo, cuando es aspirado en los pulmones puede alterar la respiración normal por varios mecanismos, que incluyen una obstrucción de las vías respiratorias con la consecuente asfixia, irritación química o inflamación pulmonar.

70. La protección a la salud de V2 se encontraba interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo y conclusión del embarazo de V1 sin riesgos, por lo que en la medida en que fueran satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada al acceso al derecho a de protección a la salud, se garantizaría la viabilidad de V2.

71. Dicha interconexión se encuentra prevista en el contenido del artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del niño, al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

72. En conclusión, se advierte que la falta de personal médico ginecológico que debió atender a V1 ante la emergencia obstétrica de ingreso que se complicó a *“Eclampsia”* y la falta de supervisión de MR por parte de un médico de base, constituyen responsabilidad institucional que derivó en violación al derecho a la protección de la salud de V1 y V2, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

“*Protocolo de San Salvador*”, así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

B. Derecho a la vida de V2.

73. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

74. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.⁵

75. En el caso “*Niños de la Calle vs. Guatemala*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CtIDH) señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones⁶.

76. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como

⁵ CNDH. Recomendación 35/2016, párrafo 180.

⁶ “Caso ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, Sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

77. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por el personal médico y de enfermeras del Hospital Rural, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V2.

78. Esta Comisión Nacional observa que la falta de atención médica en que se mantuvo a V1 por más de dieciséis horas, así como la dilación en la resolución de su embarazo, por parte de MR, permitió que la complicación hipertensiva que presentaba (Preeclampsia Severa) evolucionara a “*Eclampsia*”, reduciendo con ello la expectativa de vida de V2, ya que se favoreció el desarrollo del Síndrome de Aspiración de Meconio que le causó la muerte.

79. En relación con la aspiración meconial como causa de muerte, un médico legista de este Organismo Nacional puntualizó que la asfixia por definición es la falta de oxígeno en los diversos tejidos del organismo con la consecuente muerte originada por la interrupción de la respiración, en donde uno de los factores de riesgo para que se presente la asfixia en el recién nacido, es la presencia de líquido amniótico meconial.

80. El experto abundó que la aspiración de líquido amniótico por sí solo no es causa de patología pulmonar, pero que en el caso de acompañarse de meconio sí es causante de una asfixia secundaria a aspiración de líquido meconial, siendo que los hallazgos descritos en la necropsia de V2, caracterizados por Edema Agudo de Pulmón y Hemorragia Pulmonar, son consecuencia de la asfixia, tal y como lo establece la literatura especializada que reporta que algunos datos clínicos que se presentan en un recién nacido que cursó con asfixia se encuentra la inflamación del tejido pulmonar (descrito como Edema Agudo de Pulmón) y la presencia de sangrado pulmonar (Hemorragia Pulmonar).

81. En ese sentido, se puede establecer que la causa directa del fallecimiento de V2 fue debido a una asfixia consecutiva a Aspiración de Líquido Amniótico con meconio,

descrito en la necropsia de V2 como *“Asfixia por aspiración de líquido amniótico”*, y por MR y SP2 en la hoja de hospitalización de 6 de octubre de 2013, como *“Síndrome Aspiración Meconio”*.

82. En consecuencia, durante la estancia de V1 en el Hospital Rural, la intervención del citado personal fue inadecuada, incurriendo en negligencia médica al omitir llevar a cabo la integración de un diagnóstico temprano y, consecuentemente, un tratamiento oportuno, ya que subestimó el padecimiento hipertensivo de ingreso y no llevó a cabo la vigilancia estrecha del binomio madre-hijo indicada en esos casos, manteniendo a V1 sin atención médica por más de dieciséis horas, tiempo en el cual la *“Preeclampsia Severa”* se agravó a la complicación potencialmente mortal denominada *“Eclampsia”*, lo que repercutió en el deterioro de la salud y el fallecimiento de V2, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

C. Derecho a la integridad personal de V1 y V2.

83. El derecho a la integridad personal es aquél que tiene toda persona para no sufrir actuaciones que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento graves con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero.

84. El derecho a la integridad personal está relacionado con el derecho a la protección de la salud, puesto que deben proporcionarse servicios de salud adecuados y oportunos de salud materna para garantizar el derecho a la integridad personal del binomio madre-hijo.

85. Al efecto, el Comité de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Observación General 20, reconoce que el derecho a la integridad personal protege a los individuos de daños físicos o mentales provocados o que puedan ser ocasionados por una multitud de acciones y omisiones tanto de las autoridades que hagan uso de sus potestades públicas, de las autoridades que no se encuentren

invertidas en ese momento de su cargo público, así como de los actos de entes particulares.

86. La violación al referido derecho en agravio de V1 y V2 implicó no haber garantizado una atención médica adecuada, en el caso de V1 al no brindarle la atención oportuna que requería, pues se subestimó la gravedad de la *“Preeclampsia Severa”* que presentaba V1, manteniéndola sin atención médica alrededor de dieciséis horas, tiempo en que se agravó a *“Eclampsia”* el mencionado padecimiento hipertensivo, ocasionando que V1 convulsionara y perdiera el conocimiento. Respecto a V2 quedó establecido que nació con *“asfixia secundaria a aspiración de líquido meconial”*, lo cual repercutió en su integridad física de manera grave, pues finalmente derivó en que perdiera la vida.

D. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva.

87. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

88. Por su parte el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

89. En el *“Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, señaló que los derechos reproductivos *“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”*. Asimismo sostuvo que: *“(…) la falta de*

*salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”.*⁷

90. En el presente caso, esta Comisión Nacional observó que la atención médica que se brindó a V1 fue inadecuada como se analizó en el apartado correspondiente, toda vez que la actuación del personal médico incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos, pues de las constancias que integran el expediente, se advierte que el embarazo de V1 era viable y la inadecuada atención médica que recibió influyó en la gravedad del estado de salud y la pérdida de la vida de V2, lo que evidencia la vulneración al derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1, pues repercutió en su derecho a decidir el número de hijos.

E. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

91. De las evidencias descritas se advierte la indebida atención a V1, por la omisión en la referencia a otra unidad de salud de mayor capacidad resolutive y en establecer un tratamiento adecuado para el padecimiento hipertensivo derivado del embarazo que presentaba, además de no realizar una estrecha vigilancia del binomio materno-fetal, manteniéndola por el contrario sin atención médica durante más de dieciséis horas, se traduce en violencia institucional y obstétrica por parte del personal médico y de enfermería que tuvo a su cargo la atención de V1 en el Hospital Rural, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, tienen la obligación de evitar “ (...) *dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como (...) prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia*”, entre ellas, la obstétrica y debieron aplicar “*las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres*”.

⁷ “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No 257. Párr. 147 y 148.

92. 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”*.⁸

93. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional en el documento *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*⁹, publicado en 2014, declaró -respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud- 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 (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.”*

⁸ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 47.

⁹ Declaración de la OMS: *“Prevención y erradicación de la falta y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, (2014), sitio web:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1, visitado el día 19 de mayo de 2016.

94. La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, aunque de hecho es una concepción jurídica reciente. Venezuela fue el primer país en el mundo que la incorporó a su legislación en 2007. En México se encuentra incorporada a partir de 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz (Artículo 7, fracción VI); en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas (Artículo 6, fracción VII); en 2010 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato (Artículo 5, fracción VIII); en 2011 en la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia para el Estado de Durango (Artículo 6, fracción III); y en 2014 en la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (Artículo 5, fracción VI), la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo (Artículo 5, fracción VII) y la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas (Artículo 3, inciso f).

95. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.

96. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos

reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.

97. Este Organismo Nacional con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, en la Recomendación General 31 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*, evidenció que algunos hospitales de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud *“no cuentan con recursos humanos y materiales necesarios para que el personal de salud efectúe su trabajo. Para esta Comisión Nacional, la falta de estos recursos técnicos y humanos en algunos hospitales constituye un obstáculo para la adecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, con lo cual el Estado incumple con la obligación de poner a disposición de toda la población los medios necesarios para que pueda ejercer su derecho a la salud, lo que implica la existencia de responsabilidad institucional”*.¹⁰

98. Al considerar los diversos conceptos que existen en las diversas leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia citadas y lo establecido por la 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 salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llega a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.

99. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales

¹⁰ CNDH. Recomendación General 31 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, del 31 de julio de 2017, párr. 216.

de la materia, en el presente caso, implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud materna. Lo anterior se robustece con la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad 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”*.

100. En los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), se establece el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

101. Los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señalan que: *“Los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a servicios de atención médica”*, garantizando *“a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”*.

102. Respecto de los hechos que constituyeron violación obstétrica, se advierte que el personal médico del Hospital Rural cometió violencia obstétrica al haber brindado una atención médica inadecuada a V1, lo que además originó complicaciones que trascendieron en la pérdida de la vida de V2, por lo que, las acciones y omisiones del

personal médico, sin dejar de considerar la participación del personal de enfermería, se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de V1.

103. No pasa desapercibido que, también, V1 señaló a esta Comisión Nacional que cuando personal de enfermería del Hospital Rural se le acercó a preguntarle sobre el método anticonceptivo que elegiría para cuidarse, le inquirió las expresiones siguientes: *“si ya sabes que duele por qué no te vas a cuidar”*; asimismo, al solicitar la presencia de V3 para que la trasladaran a otro hospital, una enfermera le manifestó: *“que si podía que se levantara sola ya que su esposo ya había autorizado previamente que permaneciera en el hospital”*

104. Sobre el particular, este Organismo Nacional ha reiterado que la actitud de enojo y las expresiones inapropiadas a la paciente así como el trato descortés y violento consistente en gritos, regaños e insultos, también constituyen actos de violencia obstétrica.¹¹

F. Derecho a la información de la salud.

105. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*¹².

106. La Corte Interamericana precisó que un *“aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información sobre los escenarios que permitan sobrellevar en mejor forma la enfermedad”*¹³.

¹¹ CNDH. Recomendaciones 19/2015, 20/2015, 45/2015 y 6/2017.

¹² Observación General 14, párr. 12, inciso b, fracción IV.

¹³ Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1º de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párrafo 198.

107. Este Organismo Nacional tiene presente, que el derecho a la protección a la salud supone el cumplimiento de diversos elementos como son: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad; específicamente la accesibilidad presupone el acceso a la información, mismo que *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*.

108. Esta Comisión Nacional advierte que en la “Nota Evolución a los 60 minutos”, de las 07:30 horas del 3 de octubre de 2013, MR y PSS hicieron constar que después del nacimiento V2 se mantenía junto a su madre V1, sin embargo, en su escrito inicial de queja V1 señaló que: *“A las 7 de la mañana me hicieron la cesárea, yo recobré el conocimiento, me dijeron que mi bebé estaba bien y que después lo vería. A las 8:30 de la mañana le informaron a mi esposo (V3) que nuestro bebé estaba delicado ya que había tragado líquido amniótico. Mi esposo lo vio en área restringida, percatándose que el bebé estaba entubado. A las 14 horas del 3 de octubre de 2014 (sic), nos avisaron que nuestro hijito había fallecido...”*.

109. En los informes sobre los hechos constitutivos de la queja de SP2 y SP3, no se advierte pronunciamiento alguno sobre este alegato, por lo que de conformidad con lo establecido en el artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen por ciertos.

110. En consecuencia, tales hechos deberán ser investigados, toda vez que el personal médico del Hospital Rural, al omitir brindar información completa y oportuna sobre el estado de salud de V2, vulneró el derecho a la información en materia de salud de V1 y V3.

G. Derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica de V1 y V2. Extravío e inadecuada integración del expediente clínico.

111. Mediante oficio de 21 de mayo de 2015, el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS envió a este Organismo Nacional copia de la denuncia de hechos presentada el 23 de mayo de 2014 ante la PGR en Tapachula, Chiapas, con motivo del extravío del expediente clínico de V2; asimismo,

mediante oficio de 10 de agosto de 2016 informó que el 25 de abril de 2016 la Coordinadora Técnica de Atención a Quejas e Información Pública dio vista al Órgano Interno de Control en el IMSS, entre otras cosas, por el extravío del expediente clínico de V2; instancia que dio inicio al Expediente Administrativo.

112. Esta situación de extravío también fue objeto de análisis en las Recomendaciones 27/2011, 37/2011, 89/2011 y 14/2016 emitidas por esta Comisión Nacional, siendo que los expedientes médicos son elementos indispensables y fundamentales para conocer la verdad de la atención brindada a un paciente, y al no contar con el mismo por la omisión de la autoridad en su resguardo y cuidado hace nugatorio el derecho a la verdad de los padres de V2, aunado a que la médico de esta Comisión Nacional no contó con los elementos técnicos necesarios para determinar si fue adecuada o inadecuada la atención pediátrica brindada a V2.

113. Ante dicha circunstancia, el personal del Hospital Rural encargado del manejo y control de los expedientes clínicos no cumplió con lo dispuesto en el punto 5.4 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, que prevé que los citados expedientes *“...por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.”*

114. En consecuencia, es de concluir que hubo un manejo inadecuado del expediente clínico de V2, atribuible al personal del Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, dado que extraviaron las notas médicas relativas a la atención que se le brindó en el servicio de Pediatría, omitiendo con ello cumplir con las obligaciones contenidas en la citada Norma Oficial Mexicana y en los artículos 77 Bis 9, fracción V, de la Ley General de Salud; 32 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 2, fracción IX, 6 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que en su parte conducente establecen que la calidad de los servicios prestados debe considerar al menos la integración de los expedientes clínicos, en los que se deberá dejar constancia sobre todos los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes,

además de que los mismos sólo serán manejados por el personal médico autorizado y resguardados de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012.

115. En el presente análisis se destaca el hecho de que la pérdida de las notas médicas que integran un expediente clínico por servidores públicos que laboran en centros de atención médica y que tienen la obligación de custodiarlas, constituye, en sí misma, una violación al derecho a la protección de la salud de los pacientes, toda vez que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también, como ya se indicó, el derecho que tienen las víctimas a conocer la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones públicas de salud.

116. Cabe destacar que la historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador del servicio de salud.

117. Por lo que hace al expediente clínico de V1, del análisis realizado a ese instrumento se advirtió que en las notas médicas de atención elaboradas por MR y el personal de enfermería se omitió asentar el nombre completo, cargo, rango y matrícula, a lo que se suma ilegibilidad de la información y uso de abreviaturas, infringiendo con ello los lineamientos establecidos en el numeral 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.”*, así como el diverso 5.11 de la citada norma que indica: *“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”*.

118. También se evidenció que el personal de enfermería omitió hacer constar en hoja especial la toma de tensión arterial horaria de V1, incumpliendo con lo previsto en el numeral 9.1 de la NOM-004-SSA3-2012, que con relación a las hojas de enfermería

establece que: *“deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico...”*.

119. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*¹⁴.

120. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”* del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 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”*.

H. Responsabilidad Institucional.

121. En el presente caso, SP2 informó que el funcionamiento del Hospital Rural estaba a cargo únicamente de médicos residentes y, que incluso MR fungía como coordinadora de enseñanza de la residencia médica.

122. La Suprema Corte de Justicia de la Nación¹⁵ ha sostenido que del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4° Constitucional, derivan una serie de estándares jurídicos¹⁶, como lo es el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos

¹⁴ CNDH. Recomendación General 29 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, del 31 de enero de 2017, párr. 35.

¹⁵ Registro No. 2 007 938.Tesis: 2a. CVIII/2014 (10a.). SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.

¹⁶ Tesis aislada XVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXIV, agosto 2011. Pág. 29

Económicos, Sociales y Culturales, derecho que para el Estado representa *“la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.”*

123. La Organización Mundial de la Salud, ha establecido que la obligación de realizar, implica que el Estado debe garantizar que *“los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan capacitación adecuada”*¹⁷. Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 sobre *“el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, enumera los elementos básicos del derecho a la salud, siendo estos: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad. En cuanto a la disponibilidad, el Comité indicó que en los *“establecimientos públicos de salud”*, no puede faltar *“personal médico y capacitado”*.

124. La CrIDH determinó que: *“...los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida... (...) de las personas sometidas a tratamiento de salud”*.¹⁸

125. Entre los objetivos planteados en el *“Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018”* del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en específico, el Objetivo 2 persigue la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal; a través de líneas de acción a las que deben apegarse las

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

¹⁸ *“Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”*. Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 99.

diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud, de entre ellas destaca la siguiente:

“2.1.1. Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales”.

126. Esta Comisión Nacional de los Derechos estima conveniente reiterar que la atención médica y quirúrgica que recibió V1 el 2 y 3 de octubre de 2013, no fue efectuada ni supervisada por médicos especialistas, por el contrario, los servicios médicos fueron brindados por MR, médico residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, incluso asistida por pasante del servicio social.

127. En el dictamen médico de este Organismo Nacional precisó que de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, los médicos residentes llevan cursos de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y adiestrarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes, pero bajo la supervisión de los médicos adscritos al servicio.

128. La falta de personal médico especializado que supervisara la intervención quirúrgica (cesárea) a que fue sometida V1, que es básicamente del dominio de especialistas en Ginecología y Obstetricia, constituye inobservancia de los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la NOM-001-SSA3-2012, que señalan que los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes que se les encomiende, siempre que estén sujetos a las indicaciones y asesoría de los médicos adscritos de base.

129. A mayor abundamiento, el artículo 70, fracción I, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señala que los Hospitales Generales *“(...) son establecimientos de segundo o tercer nivel para la*

atención de pacientes en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización”, y si bien el Hospital Rural no tenía una denominación de Hospital General de acuerdo al numeral señalado sí está considerado como uno de segundo nivel, de conformidad con el Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, vigentes en la época en que ocurrieron los hechos, por lo que debía contar con personal y con las especialidades básicas anteriormente señaladas.

130. Este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, debido al incumplimiento por parte del IMSS de dotar al Hospital Rural del personal médico profesional para el tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas y que, en este caso, provocó retraso en el diagnóstico y tratamiento oportunos para atender la preeclampsia/eclampsia que padeció V1 y sus efectos sobre V2.

131. La falta de personal médico especializado implica responsabilidad institucional para el IMSS que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional y de calidad para V1 y V2, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, mismas que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes.

132. Esta Comisión Nacional considera que el IMSS incurrió en responsabilidad institucional cuando omitió adoptar medidas apropiadas de carácter administrativo, presupuestario y médico, para dar plena efectividad al derecho a la protección de la salud.

I. Responsabilidad

133. La responsabilidad de MR proviene de la falta de actuaciones médicas durante más de dieciséis horas a partir de la valoración obstétrica que realizó a V1 a las 14:00 horas del 2 de octubre de 2013, tiempo en el que la preeclampsia severa que padecía evolucionó a eclampsia. Asimismo, de la omisión de realizar los trámites correspondientes para trasladar a V1 a un tercer nivel de atención médica, constituyó una conducta contraria para garantizar el disfrute del derecho a la protección de la salud de V1 y V2.

134. Las irregularidades advertidas en la integración y el extravío de los expedientes clínicos de V1 y V2, respectivamente, constituyen responsabilidad para los médicos y enfermeras que infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, en cuanto a la conservación y resguardo de esos instrumentos, así como por la deficiente elaboración de las notas de Medicina y Enfermería referentes a los servicios de salud brindados a V1 y V2.

135. Finalmente, existe responsabilidad institucional por parte del IMSS, toda vez que durante la atención médico-quirúrgica de V1 y V2 del 2 y 3 de octubre de 2013, el Hospital Rural no contó con personal médico especializado, lo que consecuentemente significó que MR no se encontrara bajo la supervisión de un médico especialista en Ginecología y Obstetricia como dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, y cuya observancia es obligatoria para las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

J. Reparación integral del daño.

136. 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 el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevé 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 hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

137. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción IV y V, 74, 88, fracciones II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas¹⁹, al acreditarse violaciones a los derechos humanos que han quedado precisados en la presente Recomendación, que derivaron en la pérdida de la vida de V2, se deberá 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 que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

138. 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”*, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece 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, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de

¹⁹ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

139. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció 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”,* además precisó 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.”*²⁰

140. Sobre el “deber de prevención” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que: *“(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).”*²¹ En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, que derivó en la pérdida de la vida de V2, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Daño al proyecto de vida.

141. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos mencionados causaron un daño al proyecto de vida de V1 y V3, puesto que la pérdida

²⁰ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

²¹ Sentencia del 29 de julio de 1988, “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” (Fondo), párrafo 175.

de la vida de V2, originó un menoscabo de su desarrollo personal, puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accederían a las mismas como padres (V1 y V3). Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “*el proyecto de vida*” como “*(...) la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial (...)*”²²

II. Rehabilitación.

142. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a V1 y V3, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género a fin de contrarrestar el sufrimiento derivado de la muerte de V2. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

III. Satisfacción.

²² Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “*Caso Loayza Tamayo vs. Perú*”, párrafos 147 y 148.

143. En el presente caso, la satisfacción consiste en las investigaciones que deberán iniciar las autoridades recomendadas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1 y V2, que derivó en la pérdida de la vida del último.

IV. Garantías de no repetición.

144. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, por ello, es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de la violencia obstétrica a todo el personal médico y de enfermería del Hospital Rural, asimismo, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-001-SSA3-2012, NOM-004-SSA3-2012 y NOM-007-SSA2-2016, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de las mujeres embarazadas y las niñas y niños. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad.

145. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida a todo el personal médico del Hospital Rural, para que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar el resguardo de los expedientes clínicos en el área de Archivo Clínico y en el Sistema de Expediente Clínico Electrónico conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, en particular las actividades que se deben realizar en caso de que no se localice un expediente clínico.

146. De igual forma, deberá establecerse un protocolo que garantice la supervisión permanente a los médicos residentes durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de

campo, así como del personal pasante en servicio social por parte de los médicos de base en el Hospital Rural.

147. Además deberán tomarse las medidas necesarias para verificar si el Hospital Rural cuenta con los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud con calidad; de no contar con ello, realizar las acciones pertinentes para su debido equipamiento.

V. Compensación.

148. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación a V1 y V3, derivado de la afectación a su salud, del daño a su proyecto de vida y por la pérdida de la vida de V2, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital Rural y el IMSS en los términos descritos en esta Recomendación.

149. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, 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 Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente y se formule la denuncia de hechos

respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico y de enfermería involucrados.

150. En caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, se deberá anexar al expediente personal de los servidores públicos señalados como responsables de violaciones a derechos humanos, copia de la determinación que emita el respectivo Órgano Interno de Control, así como de la presente recomendación.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula a usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1 y V3, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, involucrado en los hechos que derivaron en la pérdida de la vida de V2 conforme a la Ley General de Víctimas; que incluya una compensación, se les proporcione atención médica, psicológica y tanatológica 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 diseñe e imparta a todo el personal médico y de enfermería del Hospital Rural, un curso de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de la violencia obstétrica, así como en la debida observancia de la NOM-001-SSA3-2012, la NOM-004-SSA3-2012 y la NOM-007-SSA2-2016. Éste deberá ser impartido por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se emita una circular a todo el personal médico del Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, para que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar el resguardo de los expedientes clínicos en el área de Archivo Clínico y en el Sistema de Expediente Clínico Electrónico conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, en particular las actividades que se deben de realizar en el caso de que no se localice un expediente clínico, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya a quien corresponda para que se establezca un protocolo que garantice la supervisión, por parte de médicos autorizados para ello, del personal en proceso de formación, ya sean residentes o de servicio social, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo en el Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, hecho lo cual se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de establecer un programa para que se supervise, verifique y realice un informe sobre las condiciones en que se brinda la atención médica en el Hospital Rural del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, a efecto de comprobar que cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para su operación; de no ser así, se tomen las medidas para dotarlo de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud a los usuarios, enviando a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra los servidores públicos involucrados en los hechos motivo de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

SÉPTIMA. En caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, se deberá anexar al expediente del personal médico señalado como responsable de violaciones

a derechos humanos, copia de la determinación que emita el respectivo Órgano Interno de Control, así como de la presente recomendación.

OCTAVA. Se colabore en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República en contra del personal médico y de enfermería, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V1, que derivaron en la pérdida de la vida de V2, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las constancias que acrediten dicha colaboración.

NOVENA. 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.

151. 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 las conductas irregulares cometidas 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 1º, 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.

152. 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.

153. 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 de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

154. 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, que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ