



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 32 / 2015.

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1 EN EL HOSPITAL RURAL SOLIDARIDAD No. 34 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TLAXIACO, OAXACA; E INDEBIDA PROCURACIÓN DE JUSTICIA EN AGRAVIO DE V1 Y SUS FAMILIARES.

México, D.F., a 30 de septiembre de 2015

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**LICENCIADO GABINO CUÉ MONTEAGUDO
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE OAXACA.**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo segundo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2014/5051/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su

Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas 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.

3. La Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca será mencionada en la presente Recomendación como “PGJ”.

I. HECHOS.

4. El 1° de julio de 2014, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal remitió a esta Comisión Nacional el correo electrónico de Q1, al que adjuntó un reportaje publicado en un diario de circulación nacional con el título “*13 años de ser mamá en estado vegetal*”, en el cual se dió a conocer el caso de V1, mujer indígena mixteca, campesina, originaria de Santa Cruz, Itundujia, Putla de Guerrero, Oaxaca, quien el 20 de junio de 2001, cuando contaba con 26 años de edad y cursaba un embarazo de 40 semanas de gestación, inició labor de parto a las doce horas de ese día; en la noche fue atendida por una partera de su comunidad, quien le indicó tés de hierbas, y presentó contracciones uterinas intensas sin dilatación cervical.

5. Al no ser posible el nacimiento de V2 y continuar con dolores, fue trasladada al Centro de Salud de Morelos, donde los doctores revisaron a V1 y comunicaron a V7 (cónyuge de V1) que la trasladarían a Tlaxiaco por si el parto se complicaba.

6. A las 22:25 horas del 21 de junio de 2001, fue atendida en el servicio de urgencias del Hospital Rural Solidaridad No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Tlaxiaco, Oaxaca. V1 presentaba un periodo de expulsión

prolongado, desproporción cefalopélvica y datos de sufrimiento fetal, razones por las cuales el personal médico tratante decidió practicarle una cesárea.

7. La intervención quirúrgica fue realizada por AR2, SP1 como ayudante y AR1 como anestesióloga, quien le aplicó anestesia de bloqueo epidural. A la 1:06 a.m. del 22 de junio de 2001, nació V2 con un peso de 3450 gramos, quien presentó asfixia prenatal severa parcialmente recuperada. Durante el evento quirúrgico, V1 presentó bradicardia sinusal con paro cardiorrespiratorio, lo que ameritó maniobras de reanimación. Además, el personal médico colocó a V1 un Dispositivo Intrauterino (DIU).

8. A las 3:00 a.m. del mismo día, V1 presentó hipoxemia, dificultad respiratoria, excitabilidad motriz, estado de inconsciencia, y fue reintubada. Se informó a V7 (cónyuge de V1), V3 (madre de V1) y V4 (padre de V1) lo sucedido y que se encontraba grave.

9. A las 3:45 horas, V1 fue valorada por Medicina Interna del Hospital Rural Solidaridad No. 34 del IMSS, se le encontró con encefalopatía hipóxico isquémica, taquicardia sinusal posreanimación, excitación psicomotriz y convulsiones tónico clónicas generalizadas. A las 7:15 horas presentó otro paro cardiorrespiratorio, y se decidió su envío a una institución del tercer nivel de atención médica.

10. V2 quedó internado una semana en el Hospital Rural Solidaridad No. 34 del IMSS en Tlaxiaco, en tanto que el 22 de junio de 2001, V1 fue trasladada al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, donde fue atendida en la Unidad de Cuidados Intensivos y se encontraba inconsciente. En este nosocomio, los médicos avisaron a V7 que la enfermedad de su esposa *“era incurable, pues se le murieron unas células del cerebro y no podría mover las manos ni pies, que se la llevara”*.

11. Después de presentar otras complicaciones en su estado de salud, tales como neumonía y la necesidad de practicarle una traqueostomía, entre otras, V1 fue egresada el 14 de agosto de 2001 del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” con diagnóstico de “Encefalopatía Anóxica Isquémica”, *“Glasgow de 8, [...] pronóstico bueno para la vida, malo para su función”*.

12. V1 fue referida al Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS de Tlaxiaco, donde permaneció del 15 de agosto al 4 de septiembre de 2001, y egresó con el mencionado diagnóstico.

13. De la revisión practicada a V1 por perito médico de esta Comisión Nacional, previo consentimiento de sus familiares, a la fecha en que se emite la presente Recomendación, se acredita que la víctima presenta “un estado vegetativo persistente”.

II. EVIDENCIAS.

14. Nota periodística de Q1, publicada en un diario de circulación nacional, el 1º de julio de 2014, con el título *“13 años de ser mamá en estado vegetal.”*, enviada mediante correo electrónico a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y remitida a este Organismo Nacional vía electrónica para su intervención.

15. “Acta circunstanciada” de 8 de julio de 2014, en la que se hizo constar que personal de esta Comisión Nacional se entrevistó con servidores públicos del Hospital General de Subzona No. 34 del IMSS en Tlaxiaco, Oaxaca, donde les proporcionaron copias simples del expediente clínico de V1, entre las que destacan los siguientes documentos:

15.1. Nota de Urgencias del IMSS, no se precisa el hospital, de las 22:25 horas del 21 de junio de 2001, suscrita por SP2, en la que se refiere que V1 inició P.A. (padecimiento actual) ocho horas antes, con dolor abdominal tipo obstétrico, que aumentaba de intensidad y frecuencia, con 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación, PUV (producto único vivo) cefálico longitudinal, con dorso a la derecha, cérvix central con 7-8 cms. de dilatación.

15.2. Nota de Valoración de Cirugía General y Ginecobstetricia del IMSS, no se precisa el hospital, de 21 de junio de 2001, suscrita por AR2, en la que consta que se decidió “manejo quirúrgico” de V1 mediante interrupción vía abdominal, se informó a la paciente y a su esposo *“de los riesgos y de las posibilidades de trastornos neonatales.”*

15.3. “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” del Servicio de Ginecología y Obstetricia del IMSS, no se precisa el hospital, suscrita por V7 como persona legalmente responsable de la paciente, de 21 de junio de 2001, con el nombre incorrecto de V1, en la que se señala como operación proyectada y efectuada “Cesárea Kerr + DIU”, con diagnóstico postoperatorio de embarazo de 40 semanas de gestación, tp (trabajo de parto), SFA (sufrimiento fetal agudo); aparece AR1 como “Anestesiólogo” y AR2 firmó como “Cirujano”. Además consta que durante la cirugía V1 presentó bradicardia sinusal, paro cardiorrespiratorio, para lo cual se requirió maniobras de reanimación y presentó remisión del estado de choque, salió hemodinámicamente estable con apoyo farmacológico, con medidas estrechas de vigilancia, presentó datos de hipoxemia, dificultad respiratoria, agitación motriz, estado de inconsciencia, en estupor con Glasgow de 8, y se informó a sus familiares que se encontraba grave.

15.4. Nota Postoperatoria del IMSS, del 22 de junio de 2001, suscrita por AR2, en la que se hizo constar que AR1 intervino como anestesióloga; que a la 1:06 a.m. nació producto único vivo masculino, con peso de 3450 gramos, quien presentó asfixia prenatal severa parcialmente recuperada. Respecto de V1 se precisaron las siguientes complicaciones: *“Durante el evento quirúrgico la paciente presentó bradicardia sinusal con paro cardiorrespiratorio que ameritó maniobras de reanimación remitiendo el paro, con apoyo de aminas vasoactivas”*. Se le reportó grave con pronóstico “diferido” a evolución.

15.5. Nota Agregada del IMSS, no se precisa el hospital, de las 3:00 horas del 22 de junio de 2001, suscrita por AR2, en la que se indicó que se extubó a V1 y al presentar hipoxemia, se le reintubó y se le reportó grave.

15.6. Nota de Anestesiología, del 22 de junio de 2001, suscrita por AR1, en la que se indicó que V1 presentó paro cardíaco, el cual revirtió, se intubó a la paciente y se le reportó grave, con pronóstico reservado a evolución.

15.7. Nota de Ingreso de V1 al Servicio de Ginecobstetricia, no se precisa el hospital, de las 03:30 horas del 22 de junio de 2001, suscrita por SP1, en la que se refirió que V1, mujer de 26 años de edad, *“proviene de quirófano en malas condiciones generales en puerperio quirúrgico mas DIU”*; que asistió a control prenatal y en la cartilla de la embarazada constan seis citas, con inicio de actividad obstétrica el 20 de junio de 2001, solicitó servicio de partera empírica capacitada, quien le administró brebajes desconociendo composición. V1 fue sometida a “pujar” sin resultados, por lo que fue trasladada a Santa Cruz Itundujia e ingresada a las 23:00 horas del 21 de junio de 2001, donde se detectó líquido amniótico meconial, descensos importantes de frecuencia cardíaca fetal, se decidió suspensión abdominal urgente, se obtuvo producto único vivo masculino de 3450 gramos, se

reportó paro cardíaco en transoperatorio de reversión inmediata, y ameritó hasta ese momento ventilación asistida. Al ingreso se observó a V1 inquieta, con intubación orotraqueal, taquicardia 160 X' (latidos por minuto), abdomen globoso distendido, timpánico, peristalsis no valorable por agitación motriz de la paciente, campos pulmonares con estertores gruesos transmitidos, herida quirúrgica sin alteraciones, loquios en cantidad moderada, extremidades con espaticidas y extensión anormal, godete + "rots nro" (sic) (reflejos osteotendinosos normal, por sonda Foley drenando orina hematúrica +. Glasgow 8. Se precisó el diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato, alteraciones del estado de conciencia, probable afección cerebral secundaria a paro cardiorrespiratorio revertido, se agregó que ingresó para manejo antiedema, protección encefálica, y se le reportó muy grave.

15.8. Nota de I.C. (Interconsulta) de Medicina Interna, del Hospital Regional de Subzona No. 34 del IMSS, de las 03:45 horas del 22 de junio de 2001, suscrita por SP3, en la que se precisa que V1 presentaba dos problemas: *"P1. Estado postparo cardiorrespiratorio; a) Encefalopatía hipoxoishémica. b) Taquicardia sinusal posreanimación. P2. Puerperio quirúrgico inmediato postcesárea tipo Kerr. a) Sufrimiento fetal agudo secundario a DCP [Desproporción cefalopélvica]."* Se reportó a V1 con intubación orotraqueal, excitación psicomotriz, convulsiones tónico clónicas que ceden con la administración de diazepam, con pronóstico reservado a evolución y complicaciones.

15.9. Nota de Evolución de Medicina Interna, del Hospital Regional de Subzona No. 34 del IMSS, de las 8:45 horas del 22 de junio de 2001, suscrita por SP3, en la que se indica que V1 presentó paro cardiorrespiratorio nuevamente, ameritó maniobras de masaje cardíaco externo, aplicación de adrenalina y bicarsol 98, con buena respuesta al tx (tratamiento), saliendo del

mismo con taquicardia sinusal, irritable, movilizaba las cuatro extremidades, evolución tórpida y se decidió envío al tercer nivel.

15.10. “Solicitud de Interconsulta” al Servicio de Ginecobstetricia y Medicina Interna del Hospital Civil Oaxaca, suscrita por SP1 y SP4, para la atención de V1, con diagnóstico de estado postparo cardiorrespiratorio, encefalopatía hipóxico isquémica y puerperio quirúrgico inmediato por DCP (desproporción cefalopélvica).

15.11. “Resumen Clínico” de V1, de 14 de agosto de 2001, suscrito por SP9, médica adscrita al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, en el que consta el diagnóstico de egreso de V1 consistente en Encefalopatía Anóxica Isquémica, con Glasgow de 8 y *“pronóstico bueno para la vida, malo para la función”*. Además se indica que se llevó a V1 al Servicio de Medicina Interna de ese nosocomio *“a esterilizarla.”*

15.12. Nota de Urgencias, de las 22:30 horas del 15 de agosto de 2001, sin firma, con el nombre de SP2, en la que consta que V1 fue enviada a un hospital de tercer nivel en Oaxaca, donde se mantuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos, con apoyo ventilatorio mecánico, presentó durante su estancia neumonía, se le realizó traqueostomía por su estado crítico, con Glasgow de 8, pronóstico malo para la función, presentó rigidez de la nuca y de extremidades superiores e inferiores, diagnóstico de encefalopatía anóxica isquémica secundaria a postparo cardiorrespiratorio

15.13. Nota de Ingreso al Servicio de Medicina Interna, de las 00:30 horas del 16 de agosto de 2001, suscrita por SP1, en la que se menciona que V1 presentaba secuelas de encefalopatía anóxica isquémica, *“con manejo de*

sostén”, se valoró *“manejo establecido; así como capacitación a familiar”*, pronóstico malo.

15.14. Nota de Evolución de las 16:00 horas, del 16 de agosto de 2001, suscrita por SP5, en la que se indica que observó a V1 semiconsciente, presentó *“quejido, el cual disminuye a la orden del familiar.”*

15.15. Nota de Evolución, de las 18:00 horas del 18 de agosto de 2001, suscrita por SP6, en la que se menciona el mal estado neurológico de V1, estable, con signos vitales dentro de lo normal, *“mal pronóstico para la función.”*

15.16. Nota de Evolución, de las 18:30 horas del 19 de agosto de 2001, suscrita por SP1, en la que se refiere que V1 respondió *“con quejidos a estímulos, al parecer comprende ideas por [su] expresión.”*

15.17. Nota de Evolución de Medicina Interna, de las 10:00 horas del 20 de agosto de 2001, suscrita por SP6, en la que consta que V1 se comunicó *“con quejido y sonidos ininteligibles por boca. Tolera poco la VO [vía oral]. O. SV [sonda vesical] normales. Despierta, no responde a estímulos verbales, pupilas 4/4 hiporreactivas, paraparesia [parálisis de extremidades inferiores] con disminución del tono muscular bilateral, campos pulmonares con buena entrada de aire, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen con peristalsis activa. A. Con problema comentado, existen severas deficiencias en el SNC [sistema nervioso central] con secuelas importantes en la esfera cognitiva, motora y sensitiva. Se mantiene tx [tratamiento] conservador. Se intentará la VO [vía oral] para alimentación. P. Tx. [tratamiento] establecido.”* (sic).

15.18. Nota de Evolución de Medicina Interna, de las 9:15 horas del 21 de agosto de 2001, suscrita por SP3, en la que se reportó a V1 sin cambios en la esfera neurológica y evolución clínica estable.

15.19. “Notas de Trabajo Médico Social” del Hospital Regional de Subzona No. 34 del IMSS, del 21 de agosto de 2001, en la que consta que V1 se encontraba inconsciente, sin poder hablar, sus familiares deprimidos ante estas circunstancias, cooperadores al tratamiento de V1, conscientes del estado de salud de V1, se les canalizó al DIF estatal para que les proporcionaran una silla de ruedas.

15.20. Nota Médica, de las 9:00 horas del 22 de agosto de 2001, con el nombre de SP3, sin firma, en la que se precisó que V1 se encontraba consciente, despierta, quejumbrosa, con midriasis, sin mejoría neurológica.

15.21. Nota de Evolución de Medicina Interna, de las 9:30 horas del 23 de agosto de 2001, suscrita por SP3, en la que consta que observó a V1 sin cambios en la esfera neurológica, con tendencia de las extremidades a la flexión pasiva, evolución estacionaria.

15.22. Nota de Evolución, de las 9:30 horas del 24 de agosto de 2001, suscrita por SP3, en la que consta que V1 estaba hemodinámicamente estable, con leve mejoría en la esfera neurológica, y se indicó valorar egreso para continuar rehabilitación en su hogar.

15.23. Nota de Evolución de Medicina Interna, de las 12:45 horas del 25 de agosto de 2001, suscrita por SP7, en la que se indicó el diagnóstico de V1 consistente en encefalopatía hipóxico isquémica, toleraba moderadamente la dieta licuada, mejor quejido durante su estancia, “*cardiorrespiratorios rs cs*

[ruidos cardiacos] normales, adecuada entrada y salida de aire, no agregados, abdomen blando depresible, peristalsis presente, no megalias, extremidades MTD [miembro torácico derecho] movilización espontánea MTI [miembro torácico izquierdo] con disminución de la fuerza muscular Ilc [llenado capilar] normal [...] con discreta mejoría, cifras tensionales normalizadas.”

15.24. Nota de Evolución de Medicina Interna del IMSS, de las 17:40 horas del 26 de agosto de 2001, suscrita por SP6, en la que se refirió menor intensidad del quejido de V1, mayor motilidad de MTD (*miembro torácico derecho*), y disminución de la fuerza de MTI (*miembro torácico izquierdo*), postrada, inconsciente, con nula respuesta a estímulos verbales, requiere ejercicios de rehabilitación, se indicó valorar egreso, “pronóstico malo para la función”.

15.25. Nota Médica del IMSS, de las 13:30 horas del 27 de agosto de 2001, suscrita por SP5, en la que se precisó que V1 había presentado crisis hipertensivas controladas con nifedipino sublingual, se esperaba alta hasta que los familiares tuvieran la silla de ruedas y se encontrara en condiciones de ser cuidada en su domicilio.

15.26. Nota Médica, de las 12:00 horas del 31 de agosto de 2001, suscrita por SP5, en la que consta que V1 se encontraba estable y se le colocaron férulas de reposo nocturnas con buena aceptación.

15.27. Nota de Evolución, no se indica la hora, del 1º de septiembre de 2001, suscrita por SP8, en la que se menciona que encontró a V1 con dificultad respiratoria, poca mejoría, inconsciente.

15.28. Nota de Evolución, de las 10:30 horas del 2 de septiembre de 2001, suscrita por SP9, en la que consta que V1 presentaba poca mejoría, inconsciente, inquieta, y se indicó estrecha observación.

15.29. Nota de Evolución, de las 13:00 horas del 3 de septiembre de 2001, suscrita por SP3 y SP5, en la que se precisó que V1 presentó deshidratación de mucosas, no ingería alimentación, se le colocó sonda nasogástrica para la administración de medicamentos, alimentación y suero vida oral.

15.30. Nota de Evolución, de las 13:00 horas del 4 de septiembre de 2001, suscrita por SP5, en la que consta que se retiró sonda nasogástrica a V1, quien se encontraba *“quejumbrosa”*, consciente, extremidades flexionadas a tórax, se *“concertó”* con familiares para darla de alta, deglutía alimentación licuada y se le colocaron férulas de reposo nocturno.

15.31. Nota de las 14:30 horas del 4 de septiembre de 2001, suscrita por V7 (cónyuge de V1), en la que se señala que V1 fue dada de alta, *“solicitada por los familiares por motivos personales”*, y que se le explicaron las condiciones y complicaciones de su padecimiento.

16. “Acta circunstanciada” de 9 de julio de 2014, en la cual se hizo constar, entre otros hechos, que V5, hermano de V1, ratificó la queja que Q1 presentó mediante correo electrónico el 1º de julio de 2014 ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual fue remitida en la misma fecha a este Organismo Nacional; de igual forma, consta que V5 solicitó una indemnización y una beca para que V2 continúe sus estudios; por su parte, V3, madre de V1, solicitó ejercicios de rehabilitación para V1.

17. “Acta circunstanciada” de 9 de julio de 2014, en la que se hizo constar que personal de esta Comisión Nacional entrevistó y brindó apoyo psicológico a V5.

18. “Acta circunstanciada” de 9 de julio de 2014, en la cual se hizo constar que personal de esta Comisión Nacional entrevistó y brindó apoyo psicológico a V3.

19. “Acta circunstanciada” de perito médico adscrito a este Organismo Nacional a través del cual hizo constar que el 9 de julio de 2014 realizó una exploración física a V1.

20. “Certificado de Estado Físico” emitido el 9 de julio de 2014, por perito médico adscrito a este Organismo Nacional, en el que se concluyó que V1 *“presenta estado vegetativo persistente”*.

21 Oficio 095217614BB1/1531 de 2 de septiembre de 2014, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, por el que remitió diversa documentación de la que destaca la siguiente:

21.1 Informe de actividades en el que se indicó que el 11 de agosto de 2014, una terapeuta físico pulmonar acudió al domicilio de V1 y le otorgó servicio de terapia física.

21.2 Tarjeta informativa del 14 de agosto de 2014, suscrita por un Supervisor Médico Auxiliar Zona 11, de la Delegación Estatal del IMSS en Oaxaca, en la que se precisó la atención proporcionada a V1 por un médico general y un odontólogo; y la atención psicológica que una pasante en Psicología brindó a V2.

21.3. Informe 719306073110COORDMED/RII/843 de 28 de agosto de 2014, suscrito por el supervisor médico Delegacional Región II Mixteca Alta Tlaxiaco del Programa IMSS-Oportunidades, relativo a la atención médica que se le proporcionó a V1 en 2001; se refiere la Nota de Anestesiología y diagnósticos de los padecimientos de V1; se precisa que los servicios de salud de Oaxaca no dieron seguimiento al caso de V1, y que el Programa IMSS-Oportunidades realizó atenciones médicas en 2014.

21.4. Tarjetas informativas de 30 de junio, 4, 9 y 11 de julio y 14 de agosto de 2014, sobre las cinco visitas del personal del IMSS, al domicilio de V1.

22. Acuerdo emitido el 9 de septiembre de 2014, por el Magistrado del Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito en Oaxaca, Oaxaca, en el que se refiere la problemática de V2 para realizar sus estudios y el esfuerzo realizado por sus tíos y abuelos para apoyarlo y cuidar a V1, y por el cual remitió a este Organismo Nacional el escrito presentado por la representante legal de las víctimas en el presente caso, a fin de que se obtenga la beca que requiere V2 para realizar sus estudios. De igual forma, la mencionada autoridad judicial remitió copias certificadas del Toca Penal 1 y de la Causa Penal 1, los cuales incluyen diligencias de las Averiguaciones Previas 1 y 2, destacando las siguientes constancias:

22.1. Denuncia de V7 presentada el 30 de junio de 2001, ante SP10, adscrito al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, en la que señaló que *“[...] el día veintiuno de junio [de 2001], su esposa de nombre [V1] dio a luz a un niño en el Hospital del Seguro Social de Tlaxiaco, y que [...] ignora el nombre de los médicos que la atendieron, [...] el nacimiento fue aproximadamente a la una de la mañana del día veintidós de junio [de 2001] [...] después de que nació el niño los médicos le informaron que su esposa [V1] se encontraba grave de*

salud y que el niño también se encontraba malo y que el de la voz entró a uno de los cuartos de este hospital para ver a su esposa, y vio que se encontraba inconciente, razón por la cual [...] le fue a preguntar a los médicos el estado de salud de su esposa, toda vez que cuando entró a la clínica estaba conciente y que en este momento ya no lo estaba, y los médicos le dijeron que su corazón había parado un momento, y que posiblemente estaba mal su organismo; y que los médicos del Seguro Social le pidieron [su] autorización [...] para que su esposa fuera trasladada al Hospital Civil, y que el día veintidós de junio [de 2001], [...], llegaron al Hospital Civil y que actualmente su esposa se encuentra en [...] [la] Unidad de Cuidados Intensivos [...].” (sic).

22.2 Acuerdo de 30 de junio de 2001, suscrito por SP10, en el que se determinó el inicio de la Averiguación Previa 1.

22.3. Fe ministerial de lesiones, de 30 de junio de 2001, en la que consta que V1 presentó *“encefalopatía anóxica isquémica, postoperada de cesárea, puerperio quirúrgico inmediato, probable retención de restos placentarios y corioplacentarios, edema cerebral, ha presentado en otras ocasiones paro cardiorrespiratorio [...] con ventilación mecánica asistida y daño neurológico con Glasgow de 5, [...] con mal pronóstico para la vida y las funciones neurológicas.”*

22.4. Dictamen médico de lesiones de V1, de 30 de junio de 2001, suscrito por perito médico legista de la “PGJ”.

22.5. Acuerdo de 20 de julio de 2001, suscrito por SP11, en el que determinó remitir la Averiguación Previa 1 al Director de Averiguaciones Previas de la “PGJ”.

22.6. Oficio sin número de 20 de julio de 2001, suscrito por SP11, mediante el cual fue remitida la Averiguación Previa 1 a la Dirección de Averiguaciones Previas y Consignaciones de la “PGJ”, para su continuación y perfeccionamiento.

22.7. Acuerdo del 25 de julio de 2001, suscrito por AR3, mediante el cual se radicó la Averiguación Previa 1 en la Mesa Cinco del Sector Central y se registró con el No. 2; además se determinó citar a V7 para que compareciera y aportara mayores elementos de prueba sobre los hechos denunciados.

22.8. Ampliación de declaración de V7, de 6 de agosto de 2001, ante el representante social de la “PGJ”.

22.9. Acuerdo de 14 de agosto de 2001, suscrito por AR3, en el que determinó solicitar el expediente clínico de V1 al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso.”

22.10. Oficio 549, de 14 de agosto de 2001, suscrito por AR3, dirigido al Director del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, mediante el que solicitó copia certificada del expediente clínico de V1.

22.11. Oficio sin fecha y sin número, suscrito por el Director del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, a través del cual remitió lo siguiente:

22.11.1. Copias fotostáticas del expediente clínico de V1, conformado en el hospital antes citado.

22.12. Oficio 654, de 17 de septiembre de 2001, suscrito por AR3, mediante el cual remitió al Visitador General de la “PGJ”, la Averiguación Previa 2, a fin

de que ordenara a quien correspondiera, se continuara conociendo de dicha indagatoria, *“en virtud de que del estudio de las constancias que integran la misma, se desprende que el delito por el cual se integra es el de Responsabilidad Médica y Técnica.”*

22.13. Razón del 21 de septiembre de 2001, suscrito por AR4, en la que se hizo constar que giró oficio 368 a AR9, por el cual le solicitó copia certificada del expediente clínico de V1 a la *“Clínica del Instituto del Seguro Social”* de ese lugar.

22.14. Acuerdo de 21 de septiembre de 2001, suscrito por AR4, en el que determinó solicitar el expediente clínico sobre la atención proporcionada a V1 en el Centro de Salud de Santa Cruz Itundujia, a través del representante social en *“aquella población”*.

22.15. Oficio 300, de 7 de octubre de 2001, suscrito por SP13, mediante el cual informó a AR4 que la Directora del Centro de Salud en la referida comunidad, no encontró constancia de atención médica de V1.

22.16. Certificación del 9 de octubre de 2001, suscrita por AR4, en la que hizo constar que su secretaria se entrevistó con el Director del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, quien le informó que V1 estuvo internada en ese nosocomio y que había sido egresada el 19 de agosto de ese año.

22.17. Acuerdo de 24 de octubre de 2001, suscrito por AR4, en el que determinó citar a V7 para que compareciera y aportara mayores datos de prueba para perfeccionar la investigación ministerial.

22.18. Escrito de 1º de diciembre de 2001, signado por V7, a través del cual solicitó a la representante social del fuero común, girar oficio al Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, con la finalidad de que remitiera copia certificada del expediente clínico de V1, anexó la documental pública “Constancia de alumbramiento”, solicitó practicar valoración médica a V1, certificara y diera fe de su estado de salud, que era delicado y con mal pronóstico para la vida.

22.19. Acuerdo de 5 de diciembre de 2001, suscrito por AR4, en el que determinó solicitar al Director del Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, copias certificadas del expediente clínico de V1, y requerir a un Agente del Ministerio Público en Santa Cruz Itundujia, la fe de lesiones y del estado de salud de V1, con la asistencia de perito oficial.

22.20. Oficio 477, de 6 de diciembre de 2001, suscrito por AR4, por el cual solicitó al Agente del Ministerio Público en Santa Cruz Itundujia, realizar diligencia de certificación de lesiones y estado de salud de V1, y la valoración médica por un perito médico.

22.21. Oficio sin número, de 12 de diciembre de 2001, suscrito por perito médico legista de la “PGJ”, a través del cual emitió la revaloración médica de V1, en el que precisó las lesiones que presentaba en esa fecha y concluyó que *“sí ponen en peligro su vida”*.

22.22. Diligencia de traslado, certificación de lesiones, estado de salud y fe de integridad física, realizada a las 11:00 horas del 12 de diciembre de 2001 por SP12 en el domicilio de V1, en la que consta que dicha persona se encontraba *“en posición de decúbito dorsal, en posición de decorticación y flexionadas las muñecas de las manos a nivel de tórax, y extendidas las*

extremidades inferiores con la mirada desviada a la derecha (bilateral) [...] dando fe [de que presenta] las siguientes lesiones: cicatriz quirúrgica a nivel de tráquea, en sentido transversal al cuerpo, de cinco centímetros de longitud secundaria a la traqueostomía y cicatriz quirúrgica de [ilegible] centímetros aproximadamente de longitud, tipo Kerry dando fe que dicha persona tiene pañales desechables, por no poder realizar ningún movimiento en el cuerpo para realizar sus necesidades fisiológicas[...] lo único que hacía era emitir gemidos y al mismo tiempo escurría abundantes lágrimas, sin poder alimentarse por sí misma [...].”

22.23. Oficio 324, de 14 de diciembre de 2001, por el cual SP12 remitió a AR4 un cuadernillo formado con motivo del cumplimiento del oficio 477.

22.24. Oficio 2102 04 4200 1.5/LEG/1925, de 4 de enero de 2002, suscrito por el Jefe Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS, mediante el cual remitió a AR4 copia certificada del expediente clínico de V1, integrado con motivo de las atenciones médicas que le fueron proporcionadas en el Hospital Rural de Solidaridad No 34 del IMSS.

22.25. Copias certificadas del expediente clínico de V1, integrado con motivo de la atención médica que recibió en el Hospital Rural de Solidaridad No 34 del IMSS.

22.26. Oficio 20, de 19 de enero de 2002, suscrito por SP12, a través del cual remitió a AR4, seis placas fotográficas que le fueron tomadas a V1.

22.27. Acuerdo de 12 de noviembre de 2002, suscrito por AR5, en el que consta que recibió copias certificadas del expediente clínico de V1, que le fue remitido por AR9.

22.28. Acuerdo de 26 de febrero de 2003, suscrito por AR5, en el que determinó que personal de la “PGJ”, se trasladara a la comunidad de Santa Cruz Itundujia *“para tomar la declaración de la ofendida.”*

22.29. Acuerdo de 6 de octubre de 2004, por el cual AR6 recibió y radicó la Averiguación Previa 2, tramitada en la Mesa IV, para su continuación, e hizo constar que *“[...] dentro de las diligencias que se han practicado en la [Averiguación Previa 2] en acuerdo de fecha primero de febrero del año dos mil dos, en el punto segundo donde se asentó que daban por recibido cuadernillo de copias certificadas del expediente clínico de la paciente [V1], integrado con motivo de las atenciones médicas que le fueron proporcionadas en el Hospital Rural de Solidaridad de Tlaxiaco, Oaxaca, son simples [...] [y] que se dio fe de fotografías las cuales no constan agregadas en actuaciones [...].” De lo anterior acordó informar al superior jerárquico.*

22.30. Certificación de 25 de octubre de 2004, suscrita por AR6, en la que hizo constar que entregó la Averiguación Previa 2 a AR7, con la finalidad de requerir a los representantes sociales del fueron común que conocieron anteriormente de la referida indagatoria, *“las placas fotográficas que se encuentran extraviadas.”*

22.31. Certificación de 17 de enero de 2005, suscrita por AR6, en la que precisó que AR7 le entregó la Averiguación Previa 2 para continuar con el trámite correspondiente, quien manifestó que no fueron localizadas las placas fotográficas.

22.32. Diligencia ministerial de traslado al domicilio de V1, de 31 de marzo de 2005, realizada por personal de la “PGJ”.

22.33. Acuerdo de 4 de enero de 2007, suscrito por AR8, en el que determinó remitir la Averiguación Previa 2 a la Mesa VI de Responsabilidad Oficial, Médica y Técnica, en virtud de que las actuaciones en la indagatoria tenían carácter médico.

22.34. Oficio (número ilegible) de 4 de enero de 2007, suscrito por AR8, mediante el cual remitió la Averiguación Previa 2 al Agente del Ministerio Público de la Mesa de Responsabilidad Oficial, Médica y Técnica.

22.35. Acuerdo de 15 de febrero de 2007, suscrito por AR9, mediante el cual recibió el oficio número 05 de 4 de enero de 2007, suscrito por AR8, por el cual le remitió la Averiguación Previa 2 en contra de quien o quienes resultaran responsables en la comisión del delito que se configurara, cometido en agravio de V1 y denunciado por V7.

22.36. Acuerdo del 4 de mayo de 2007, suscrito por AR9, en el que determinó solicitar opinión de especialistas en Medicina Interna, Medicina Crítica y Neurología a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

22.37. Oficio 055/2007 de 4 de mayo de 2007, mediante el cual AR9 solicitó a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Oaxaca, una opinión respecto al caso de V1.

22.38. Oficio CEAMO.-0195, del 31 de julio de 2007, dirigido a AR9, suscrito por el presidente de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca, a través del cual le remitió el Dictamen Médico 1.

22.38.1. Dictamen Médico No. 1, emitido el 31 de julio de 2007, por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca, respecto a la atención

médica proporcionada a V1, en el que se concluyó que V1 presentó complicaciones y reacciones propias del procedimiento anestésico, que fueron tratadas de forma errónea por la falta de cuidado de las medidas profilácticas para disminuir la hipotensión, *“teniendo como consecuencia un paro cardiorrespiratorio por lo que asociado al manejo inadecuado en cuanto a la protección cerebral a base de esteroides para hipoxia, con respecto al apoyo ventilatorio y al manejo postparto cardiorrespiratorio en las primeras horas del evento, presentó compromiso neurológico que condicionó las secuelas de encefalopatía anoxo-isquémica.”*

22.39. Acuerdo de 18 de febrero de 2009, mediante el cual AR9 determinó solicitar al IMSS los nombres de los médicos involucrados en la atención médica de V1.

22.40. Oficio C 139, de 13 de mayo de 2009, dirigido por AR9 al Jefe Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS, mediante el cual solicitó los nombres completos del personal que intervino en la cirugía realizada a V1.

22.41. Oficio 219001/410100/1.4/CIVIL-PENAL/0733, de 16 de junio de 2009, suscrito por el Titular de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, dirigido a AR9, por el que informó los nombres completos del personal del Hospital Rural de Solidaridad No. 34 que atendió a V1, excepto de AR2, puesto que no encontraron *“antecedentes por escrito para poder proporcionar el nombre completo”* de dicha persona.

22.42. Declaración de V4, de 25 de febrero de 2010, ante AR5, en la que relató los hechos ocurridos el 22 de junio de 2001 en relación con V1.

22.43. Acuerdo de 27 de noviembre de 2009, suscrito por AR10, por el que determinó solicitar la colaboración del Agente del Ministerio Público en Santa Cruz Itundujia, Putla de Guerrero, Oaxaca, para que practicara diligencia de certificación de lesiones y del estado de salud de V1, con la asistencia de perito médico legista del Instituto de Servicios Periciales de la “PGJ”.

21.44. Declaraciones de V3, V4 y V5, rendidas el 25 de febrero de 2010 ante AR10.

22.45. Dictamen en materia de responsabilidad médica, parcialmente ilegible, de 25 de febrero de 2010, suscrito por peritos médicos legistas de la “PGJ”, relativo a la atención médica de V1.

22.46. Oficio 127, de 26 de febrero de 2010, suscrito por dos peritos médicos legistas del Instituto de Servicios Periciales de la “PGJ”, en el que se indicó que AR1 incumplió con la “Norma Médica Lex Artis Médica.”

22.47. Informe 407, de 18 de marzo de 2010, suscrito por el director de Colegios de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública, dirigido al Agente del Ministerio Público de la Mesa VI de Responsabilidades Oficial, Médica y Técnica, adscrito a la Visitaduría General de la “PGJ”, mediante el que informó que se realizó búsqueda de información en el Registro Nacional de Profesionistas y respecto de AR1 *“No se localizó registro de especialidad alguna”*.

22.48. Oficio C 120 del mes de mayo de 2010 (día ilegible), suscrito por AR4, dirigido al Titular de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS, mediante el cual solicitó los números de cédulas profesionales de AR1, AR2

y de otras personas que laboraban en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS el día de los hechos ocurridos a V1.

22.49. Oficio 219001/410100/1.4/CIVIL-PENAL/904, de 31 de mayo de 2010, suscrito por el Titular de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS, dirigido a AR10, mediante el cual informó que no se localizó la cédula profesional de AR1.

22.50. Acuerdo del 19 de septiembre de 2011, mediante el cual AR10 declinó competencia *“[...] para seguir conociendo de los hechos, motivo de la [Averiguación Previa 2] a favor de la Procuraduría General de la República en razón de la materia [...]”*

22.51. Oficio parcialmente legible, de 19 de septiembre de 2011, suscrito por AR10, por el cual remitió la Averiguación Previa 2 a la Delegación Estatal en Oaxaca, de la Procuraduría General de la República, por haberse declarado incompetente para investigar los hechos.

22.52. Acuerdo de 10 de octubre de 2011, a través del cual SP14 inició la Averiguación Previa 3, por los hechos denunciados por V7 en agravio de V1.

22.53. Oficio 219001/410100/1.4/CIVIL-PENAL/723, suscrito por el Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal en Oaxaca del IMSS, dirigido a SP15 mediante el cual informó el procedimiento de contratación del personal médico y remitió:

22.53.1. Fotocopia del diploma otorgado a AR1, relativo al curso de especialización en Anestesiología del Hospital de Especialidades del

Centro Médico Nacional La Raza, en México, Distrito Federal, que se llevó a cabo del 1º de marzo de 1995 al 28 de febrero de 1998.

22.54. Dictamen Médico 2, en la Especialidad en Medicina Forense, de 28 de junio de 2012, suscrito por peritos médicos oficiales de la Procuraduría General de la República, en el que se concluyó que la atención médica que se le brindó a V1, por parte de AR1, no fue apegada a la Lex Artis Médica, por la inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, “Para la Práctica de Anestesiología”.

22.55. Pliego de Consignación sin detenido, de 6 de julio de 2012, de la Averiguación Previa 3, por el cual SP16 ejerció acción penal en contra de AR1, por los delitos de lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional, usurpación de profesión y ejercicio indebido del servicio público.

22.56. Orden de aprehensión de 10 de agosto de 2012, emitida en la Causa Penal 1 por el Juez Cuarto de Distrito en el Estado de Oaxaca en contra de AR1, por el delito de lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional, y negada por los delitos de usurpación de profesión y ejercicio indebido del servicio público.

22.57. Informe PGR/AFI/DGDRP/JR/OAX/HL/2097/2012, de 15 de agosto de 2012, suscrito por agentes de la Policía Federal Ministerial relativo al cumplimiento de la orden de aprehensión en contra de AR1.

22.58. “Boleta de Detención” suscrita por el secretario del Juez Cuarto de Distrito en el Estado de Oaxaca, de 15 de agosto de 2012, en la que se indica que en esa fecha se ratificó la detención judicial de AR1; que a las

doce horas del día siguiente se tomaría la declaración preparatoria de la inculpada, por lo que se solicitó al Director del Reclusorio Regional Etlá, permitir su salida; y al Comisionado de la Policía Estatal con residencia en Santa María Ocoyotepec, trasladar a AR1 al Reclusorio Regional de Etlá.

22.59. Acuerdo de 16 de agosto de 2012, suscrito por el Juez Cuarto de Distrito en el Estado de Oaxaca, mediante el cual concedió el beneficio de libertad provisional bajo caución a AR1.

22.60. Auto de formal prisión de 21 de agosto de 2012, en contra de AR1.

22.61. Escrito de 24 de agosto de 2012, firmado por AR1, a través del cual interpuso recurso de apelación contra el auto de formal prisión dictado en la Causa Penal 1.

22.62. Oficio 2530, de 4 de septiembre de 2012, suscrito por el Secretario del Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito en Oaxaca, Oaxaca, por el cual recibió la Causa Penal 1 para sustanciar el Recurso de Apelación 1.

22.63. Sentencia de apelación de 3 de enero de 2013, por el que se revocó el auto de formal prisión y se dictó el auto de libertad a favor de AR1, por haber prescrito la acción penal por el delito de lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional.

22.64. Acuerdo de 13 de agosto de 2013, mediante el cual el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito, en el Toca Penal 1, solicitó a la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, un informe pericial antropológico en (sic) perspectiva de género.

22.65. “Informe pericial antropológico con perspectiva de género” relativo al Toca Penal [1]”, suscrito por P1 y P2, integrantes de la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil.

22.66. Acuerdo de 11 de diciembre de 2013, a través del cual el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito ordenó enviar oficios a diversas autoridades federales y locales, a fin de que en el ámbito de sus competencias, se brinde la atención necesaria a V1, V2 y a sus familiares, y se determinen las medidas reparatorias y de rehabilitación que procedan.

22.67. Oficio 42/2014/CAV, de 1° de marzo de 2014, suscrito por la Directora del Centro de Atención a Víctimas de la “PGJ”, mediante el cual informó el apoyo psicológico otorgado a las víctimas indirectas V3, V4, V5, V6 y V8, y quedó pendiente brindarlo a V2.

23. Informe DDH/S.A.IX/3960/2014, de 2 de septiembre de 2014, suscrito por el titular de la Dirección de Derechos Humanos de la “PGJ”, en el que indicó que el 19 de septiembre de 2011 la Averiguación Previa 2 fue remitida a la Procuraduría General de la República, Delegación Estatal Oaxaca.

24. Oficio 5603/14 DGPCDHQ1, de 11 de septiembre de 2014, suscrito por el Director General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Quejas e Inspección de la Procuraduría General de la República, a través del cual remitió:

24.1. Informe 4076/2014, de 29 de agosto de 2014, suscrito por SP15, por medio del cual comunicó las diligencias que se practicaron en la Averiguación Previa 3, e informó el estatus de la misma.

25. Informe 655/2014, de 24 de septiembre de 2014, mediante el cual el Director del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” de la Secretaría de Salud de Oaxaca indicó que no cuenta con la información solicitada por este Organismo Nacional.

26. Oficio 09521761 4BB1/0315, de 26 de febrero de 2015, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual envió cuadernillo de documentos sobre las acciones llevadas a cabo en las visitas domiciliarias de V1, durante el período de septiembre 2014 a enero 2015 por parte del personal de la Coordinación Médica del IMSS-Oportunidades Región II Mixteca Alta, en Tlaxiaco, Oaxaca.

27. Oficio 09521761 4BB1/459, de 18 de marzo de 2015, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual anexó evidencia documental de la atención médica y odontológica realizada en el domicilio de V1, el 10 de marzo de 2015, por parte del personal de la Coordinación Médica del IMSS-Oportunidades Región II Mixteca Alta, en Tlaxiaco, Oaxaca.

28. Oficio 09521761 4BB1/517, de 25 de marzo de 2015, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, por el cual envió documentales del tratamiento de fisioterapia realizada en el domicilio de V1, el 10 de marzo de 2015, por parte de personal de la Coordinación Médica del IMSS-Oportunidades Región II Mixteca Alta, en Tlaxiaco, Oaxaca.

29. Opinión médica de 4 de mayo de 2015, elaborada por peritos médicos de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, respecto al caso de V1.

30. “Tarjeta informativa de la Paciente V1”, de la Coordinación Médica IMSS-Prospera Región II Mixteca Alta Tlaxiaco, Oaxaca, de 11 de mayo de 2015, en la

que se indica que se realizó una revisión médica a V1 y a V4, se le proporcionó atención odontológica a V1, se le realizó un electroencefalograma cuyos resultados entregarían en su próxima visita (sin precisar la fecha); de igual manera, se hizo constar que los familiares de V1 solicitaron la continuación de las sesiones de fisioterapia para V1, material de limpieza, pañales y productos de aseo personal para V1.

31. “Acta Circunstanciada” en la que consta la atención psicológica que personal de esta Comisión Nacional dio a V5, el 13 de mayo de 2015.

32. Oficio 095217614BB/1608, de 20 de agosto de 2015, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual remitió a esta Comisión Nacional una constancia relativa a la terapia que un médico fisioterapeuta dio a V1, y comunicó que personal de ese Instituto le realizó valoración de Medicina General y de Odontología el 14 de julio y 12 de agosto del mismo año.

33. Oficio 952174000/0312, de 26 de agosto de 2015, suscrito por el Director Jurídico del IMSS, a través del cual informó a esta Comisión Nacional la atención médica, odontológica, estudios clínicos realizados a V1, del 9 de julio de 2014 al 12 de agosto de 2015, y comunicó las medidas de reparación integral que el IMSS-Oportunidades podrá brindar a V1 y sus familiares.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

34. El 30 de junio de 2001, V7 presentó denuncia de hechos ante SP10, Agente del Ministerio Público de la “PGJ”, en la que señaló que el 21 de junio de 2001 su esposa V1 dio a luz a un niño en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, después del parto los médicos le dijeron que V1 se encontraba grave, y al verla, la

encontró inconsciente, los médicos le informaron que su corazón se había detenido y le pidieron su autorización para trasladarla al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, por lo que solicitó que los hechos que afectaron a V1 fueran investigados.

35. En la misma fecha se inició la Averiguación Previa 1; posteriormente, el 25 de julio de 2001, la mencionada indagatoria fue turnada a la Mesa V del Sector Central y registrada con el No. 2. Durante su integración, mediante oficio 055/2007 de 4 de mayo de 2007, AR9 solicitó dictamen a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de la referida entidad federativa.

36. El 31 de julio de 2007, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico emitió el Dictamen Médico 1, en el que se concluyó que la médico anesthesiologa AR1, no cumplió con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998, “Para la Práctica de Anestesiología”.

37. El 19 de septiembre de 2011, AR10 remitió la Averiguación Previa 2 a la Delegación Estatal Oaxaca de la Procuraduría General de la República, dependencia en la que se inició la Averiguación Previa 3 el 10 de octubre de ese año, por el delito de lesiones calificadas con la agravante de responsabilidad profesional, en agravio de V1.

38. El 28 de junio de 2012, peritos médicos oficiales de la Procuraduría General de la República emitieron el Dictamen Médico 2, en el cual concluyeron lo siguiente: *“PRIMERA: La atención médica que se le brindó a la persona de nombre [V1], por parte del médico anesthesiologo tratante. (sic) No fue apegada a la Lex Artis Médica, por la inobservancia a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-198, para la práctica de Anestesiología. SEGUNDA: las lesiones producidas a la persona de nombre [V1], tienen relación causa efecto con*

la mala atención que brindó el médico anestesiólogo tratante durante el evento quirúrgico. TERCERA: las lesiones que presenta la persona de nombre [V1] se clasifican como lesiones que ponen en peligro la vida, dejan una alteración [...] de inmovilidad motora total, permanente e irreversible.”

39. El 6 de julio de 2012, SP16 consignó la Averiguación Previa 3 y ejerció acción penal en contra de AR1, por la probable comisión de los delitos de lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional, usurpación de profesión y ejercicio indebido del servicio público, y solicitó librar la orden de aprehensión correspondiente al Juez Cuarto de Distrito en Oaxaca, donde se inició la Causa Penal 1.

40. El 10 de agosto de 2012, la mencionada autoridad judicial libró la orden de aprehensión solicitada, únicamente por el delito de lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional, en contra de AR1. La orden de aprehensión fue cumplida el 15 del mismo mes y año y AR1 ingresó al Reclusorio Regional de la Villa de Etla.

41. El 16 de agosto le fue tomada declaración preparatoria a AR1 y se le concedió el beneficio de libertad provisional bajo caución, para lo cual depositó dos cantidades de dinero a fin de garantizar las obligaciones procesales inherentes a la causa penal y los daños y perjuicios causados a V1; y el 21 de agosto se dictó el auto de formal prisión respectivo.

42. En contra de dicho auto de formal prisión, AR1 interpuso recurso de apelación el 24 de agosto de 2012, lo que dio origen al Toca Penal 1, tramitado por el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito del Poder Judicial Federal, en el cual, el 3 de enero de 2013, se resolvió revocar la resolución recurrida, dictar auto de libertad a favor de AR1, y se decretó el sobreseimiento de la Causa Penal 1, por

haberse extinguido el ejercicio de la acción penal en contra de la inculpada por el delito de lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional.

43. No obstante lo anterior, el 13 de agosto de 2013, el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito, a fin de determinar los posibles daños, perjuicios o efectos nugatorios causados a V1 y, en su caso, la indemnización, reparación o satisfacción que procedan, solicitó a la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, un informe pericial antropológico con perspectiva de género, el cual fue emitido el 11 de octubre de 2013. En el mencionado informe se estableció que existen elementos suficientes para considerar a V1 y V2 víctimas directas, a V3, V4, V5, V6 y V7 como víctimas indirectas y se indicaron diversas medidas de reparación integral de los daños, entre otros aspectos.

44. El 11 de diciembre de ese año, el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito, en atención al informe pericial rendido por peritos designados por la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, ordenó enviar oficios al Presidente de esta Comisión Nacional; al Director General de Atención a Víctimas del Delito de la Primera Visitaduría General de este Organismo Nacional; a la Subprocuraduría de Atención a Víctimas, Justicia Restaurativa y Servicios a la Comunidad, con sede en Oaxaca; al Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos; a la Secretaría de Salud del Estado, a la Dirección General del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia Estatal (DIF); a la Dirección de Derechos Humanos e Investigación Normativa de Salud de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (sic); a la Secretaría de Salud; al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia; al Subprocurador de Derechos Humanos, Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad de la Procuraduría General de la República; a la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito; a la Unidad de Implementación de las Reformas Penal, Amparo y de Derechos Humanos del Consejo de la Judicatura Federal; a la

Secretaría de Gobernación; al Centro de Justicia para las Mujeres (CEJUM) en el Estado de Oaxaca, y a la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, a fin de que se brinde la atención necesaria a V1, así como a sus familiares (V7, V3, V4 y V2) y, en su caso, determinar lo relativo a las medidas reparatorias y de rehabilitación que procedan, entre ellas, otorgarles atención médica, psicológica y social.

45. De igual forma, el referido Primer Tribunal Unitario, ordenó informar lo anterior al Instituto Nacional de las Mujeres y al Instituto de la Mujer Oaxaqueña para que puedan brindar el apoyo necesario a las víctimas y, una vez realizadas las acciones de apoyo, se informe las acciones realizadas a ese órgano jurisdiccional federal.

46. Las autoridades señaladas, en el ámbito de sus respectivas competencias, han brindado en diversos momentos atención y apoyo a V1 y a sus familiares.

IV. OBSERVACIONES.

47. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2014/5051/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que acreditan transgresiones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia, que derivó en el daño al proyecto de vida de V1 y de V2, atribuibles a AR1, médica que en el momento de los hechos estaba adscrita al Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS. Del mismo modo, se cuenta con evidencias que acreditan la violación a los derechos humanos a la debida procuración de justicia y de las víctimas de delito en agravio de V1, V2 y sus familiares, cometidas por servidores públicos de la “PGJ”, en atención a las siguientes consideraciones:

A. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL.

48. La inadecuada atención médica en las instituciones públicas, consiste en acciones y omisiones del personal médico de éstas, que causen una alteración en la salud de una persona, o en acciones u omisiones que conlleven una prestación deficiente de este servicio público.

49. A las 22:25 horas del 21 de junio de 2001, V1, mujer de 26 años de edad en ese entonces, ingresó al servicio de urgencias del Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS en Tlaxiaco, Oaxaca, con dolor abdominal tipo obstétrico, con el diagnóstico de primigesta con embarazo de 40 semanas de gestación, en trabajo de parto, a descartar preclampsia leve, ruptura de membranas al momento de su ingreso, salida de líquido amniótico meconial, PUV (producto único vivo) cefálico longitudinal con dorso a la derecha, con datos de sufrimiento fetal agudo, por lo que AR2, médico tratante, decidió efectuar cesárea tipo Kerr.

50. De acuerdo con la nota de Anestesiología del 22 de junio de 2001, AR1 empleó anestesia regional para el procedimiento quirúrgico, monitoreo tipo uno, tensión arterial 140/090, frecuencia cardíaca de 106 latidos por minuto, se procedió a aplicación en decúbito lateral izquierdo de bloqueo peridural entre lumbar dos y lumbar tres con aguja weiss número 16, pitkin (negativo), dosis de lidocaína al dos por ciento simple, 160 miligramos peridural más lidocaína al dos por ciento con epinefrina 160 miligramos peridural, catéter peridural cefálico, latencia dos minutos, difusión T8, no accidentes ni toxicidad, bloqueo sensitivo y motor.

51. Asimismo, AR1 registró en la nota de Anestesiología, que posterior al bloqueo V1 presentó tensión arterial 100/60 y después 70/40, tendencia a bradicardia

sinusal, al inicio sin respuesta favorable a la atropina y a la efedrina, *“Presentando paro cardíaco el cual revirtió con la aplicación de efedrina y masaje externo de inmediato, presentando posteriormente tensión arterial de 110/70 y frecuencia cardíaca de 118 latidos por minuto, ameritó apoyo con oxígeno a 3 litros por minuto Fio2 [fracción inspirada de oxígeno, representa la proporción de oxígeno contenido en el gas suministrado] al 100 %. Por lo que se intubó a [V1] con cánula de Murphy No. 8 atraumática al primer intento, presentando de inmediato la paciente ventilación espontánea”*.

52. En esa misma nota, AR1 indicó que se obtuvo producto único vivo masculino, con peso de 3,450 gramos, talla 53 centímetros, calificación de Apgar 3-5; al término del acto quirúrgico, V1 con ventilación espontánea presentó *“a la extubación apnea por lo que se decide reintubarla. [...] Glasgow 8/15, hiperreactiva, intubación pero con ventilación controlada, la unidad no cuenta con ventilación mecánica asistocontrolada (sic) por lo que se conecta a ventilación mecánica con Mark 7. Paciente grave, pronóstico reservado a evolución.”*

53. En la Nota Postoperatoria, de 22 de junio de 2001, suscrita por AR2, se indicó que él actuó como cirujano, SP1 como ayudante y AR1 como anestesióloga; que a V1 se le realizó una *“Cesárea Kerr + DIU”*, *“se le aplicó anestesia regional BPD (como bloqueo peridural); a las 1:06 horas se obtuvo producto único vivo con peso de 3450 gramos, con Apgar de 3-5-8, quien presentó asfixia perinatal severa parcialmente recuperada”*. Las complicaciones durante el evento quirúrgico consistieron en que: *“[...] la paciente presentó bradicardia sinusal con paro cardiorrespiratorio que ameritó maniobras de reanimación remitiendo el paro, con apoyo de aminos vasoactivas.”* Posteriormente, V1 salió *“extubada del quirófano, estable hemodinámicamente”, “con riesgo de infección de herida quirúrgica del 15%”*; se le reportó grave con pronóstico diferido a evolución, y se informó a los padres y esposo de las condiciones en que se encontraba V1.

54. A las 03:00 horas del mismo día, V1 fue extubada, presentó hipoxemia (disminución de oxígeno en la sangre) y datos de dificultad respiratoria importante, por lo que nuevamente fue reintubada, ameritó AMV (asistencia mecánica ventilatoria), presentó excitabilidad motriz (mayor respuesta de movilidad) y estado de inconsciencia, se le reportó grave, según consta en una “Nota Agregada” en la que aparece el nombre de AR2.

55. A las 03.45 horas, V1 fue valorada por SP3 en el Servicio de Medicina Interna del mencionado nosocomio, quien reportó que la paciente presentó dos problemas: Estado postparo cardiorrespiratorio, encefalopatía hipoxoishémica, taquicardia sinusal posreanimación; y puerperio quirúrgico inmediato por cesárea tipo Kerr, sufrimiento fetal agudo secundario a desproporción cefalopélvica. En ese momento se encontraba con intubación orotraqueal, excitación psicomotriz y convulsiones tónico clónicas generalizadas, que cedían con la administración de diazepam; presentó además taquicardia sinusal.

56. Más tarde, a las 07:15 horas, V1 presentó otro paro cardiorrespiratorio que ameritó maniobras de masaje cardíaco externo y aplicación de adrenalina y bicarsol, con buena respuesta; se mantuvo tratamiento con antiedema cerebral y protectores del Sistema Nervioso Central, y al presentar evolución tórpida, se decidió su envío a una institución del tercer nivel de atención médica. Mientras tanto, V2 permaneció internado para la correspondiente atención médica.

57. Del 22 de junio al 14 de agosto de 2001, V1 fue atendida en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, con diagnóstico de “*encefalopatía anóxica isquémica*”, presentó otras complicaciones en su estado de salud, tales como neumonía e infecciones de vías urinarias, y la necesidad de practicarle una traqueostomía por su estado crítico.

Fue egresada el 14 de agosto de 2001 de este nosocomio con diagnóstico antes referido, *“Glasgow de 8, [...] pronóstico bueno para la vida, malo para su función”*.

58. El 15 de agosto de 2001, V1 ingresó nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, se le encontró inconsciente, con pupilas hiporrefléxicas, palidez de tegumentos, presencia de sonda nasogástrica, herida en cuello por traqueostomía, CsPs (campos pulmonares) ventilados sin agregados, RsCs (ruidos cardíacos) rítmicos y de buena intensidad y frecuencia, abdomen sin patología aparente, presentó ligera rigidez de nuca, así como de extremidades superiores e inferiores; ROTS (reflejos osteotendinosos) aumentados; Babinsky positivo (es un reflejo que se presenta después de que se ha frotado firmemente la planta del pie, el dedo gordo del pie se mueve hacia arriba o hacia la superficie superior del pie y los otros dedos se abren en abanico; cuando el reflejo de Babinski se presenta en un adulto, con frecuencia es un signo de un trastorno del sistema nervioso o del cerebro). Se estableció el diagnóstico de encefalopatía anóxica isquémica secundaria a postparo cardiorrespiratorio.

59. Durante su segunda estancia en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, V1 fue atendida por SP1, SP3, SP5, SP6, SP8. En sus notas, el personal médico tratante hizo constar que la paciente estuvo consciente algunas ocasiones, y en otras inconsciente; presentó quejidos, empezó a tolerar la dieta licuada, con mal estado neurológico y mal pronóstico para la función; se observaron severas deficiencias en el sistema nervioso central, con secuelas importantes en la esfera cognitiva, motora y sensitiva; presentó disfasia mixta aparente (capacidad para comprender y expresar el lenguaje por debajo de lo normal); se consideró que requería ejercicios de rehabilitación; presentó crisis hipertensivas controladas; extremidades superiores en flexión al torax, extremidades inferiores con ortejos (dedos del pie) en flexión, con buen llenado capilar; se indicó la necesidad de capacitar a los familiares en la preparación de alimentos y cuidados de la paciente.

Al encontrarse estable y aceptar dieta licuada, fue egresada del mencionado nosocomio.

60. Esta Comisión Nacional observa omisiones graves por parte del personal de salud del IMSS, puesto que SP6 indicó en su nota del 26 de agosto de 2001, que V1 requería ejercicios de rehabilitación, sin embargo, no consta que se haya realizado lo necesario para brindarle ese tipo de atención. Además, a pesar de que SP5 hizo constar en su nota del 29 de agosto de 2001, que se requería que los familiares fueran capacitados en la preparación de alimentos y cuidados de V1, de las constancias que integran el expediente, no se acredita que se haya atendido esta indicación.

61. El 31 de julio de 2007, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca emitió el Dictamen Médico 1, en atención a la solicitud formulada por AR9, para la integración de la Averiguación Previa 2. En el mencionado dictamen se precisa que durante las tres horas en que se mantuvo a V1 en el servicio de urgencias del Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS en la ciudad de Tlaxiaco, Oaxaca, sólo fue efectuado un trazo tococardiográfico que demuestra la oscilación de la frecuencia cardíaca fetal entre 110 a 95 latidos por minuto (normal entre 120 y 160 latidos por minuto), después se realizó la cesárea de urgencia por sufrimiento fetal agudo, sin que se realizaran más estudios previos a la intervención quirúrgica.

62. En el mencionado dictamen se determinó que AR1 incumplió con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, “Para la Práctica de Anestesiología”, en virtud de que no cumplió con la *Lex Artis Médica*, y precisó lo siguiente:

“[...] La técnica de la aplicación de la anestesia fue de acuerdo a la Lex Artis según lo describe en su nota de anestesia aplicó el bloqueo peridural

a nivel de L2-L3 con aguja Weiss del número 16 pitkin (negativo) dosis de lidocaína al 2% con epinefrina 160 mgs. peridural. Las cuales fueron las correctas, [...]. Al término del acto quirúrgico [AR1] decide extubar a la paciente [V1] con ventilación espontánea, pero no refiere en qué otras consideraciones clínicas se apoyó para esta decisión, sin embargo posterior a la extubación presenta apnea por lo que se decide reintubarla. [...]. La extubación traqueal exitosa implica tener seguridad absoluta sobre la capacidad del paciente para mantener el intercambio gaseoso adecuado y la vía aérea permeable, a partir del retiro del tubo endotraqueal. Esto constituye un factor determinante del futuro inmediato del paciente, en cuanto a su recuperación satisfactoria o a la aparición de complicaciones ominosas, que deben ser prevenidas por el anestesiólogo. Se detecta que faltó [...] en transoperatorio iniciación de protección cerebral a base de dexametasona. [...] El estado actual de la paciente [V1] se debe a secuelas de una encefalopatía anoxo-isquémica posterior a paro cadiorrespiratorio. El mecanismo comúnmente postulado del daño cerebral isquémico (disminución del flujo sanguíneo cerebral) después de un paro cardíaco (con resucitación subsecuente) es la isquemia cerebral global con hipoperfusión sistémica que resulta en una rápida depleción de almacenamiento energético que dispara una compleja cascada de eventos celulares tales como: la despolarización celular e influjo de calcio resultando en muerte celular excitotóxica. Aunque la reperfusión restaura el flujo sanguíneo cerebral puede llevar a daño cerebral secundario por neutrófilos, incremento de radicales libres, edema y hemorragia cerebral. Las secuelas neurológicas por el daño cerebral son diversas e incluyen estado de coma, crisis convulsivas, infarto isquémico, delirium y deterioro neurocognitivo. [...] Las convulsiones tónico clónicas generalizadas se presentan en uno de cada tres pacientes y la hipertermia y el aumento de la demanda metabólica cerebral reducen las probabilidades de

recuperación. [...] Algunos pacientes desarrollan estado vegetativo: abren los ojos, no tienen contacto con el ambiente y las respuestas motoras continúan siendo la postura de decorticación o de descerebración. Con la apertura ocular surgen otros comportamientos como: bostezos, llanto espontáneo, etcétera pero no se genera ningún tipo de respuesta no refleja. Si esta condición persiste durante un mes, se considera estado vegetativo persistente. Histopatológicamente existe necrosis cerebral total con preservación del tronco encéfalo o tallo cerebral. [...] Los pacientes con respuesta motora refleja de decorticación o descerebración durante las primeras tres horas de paro cardiorrespiratorio tienen de 20 a 30% de posibilidades de supervivencia con buena evolución. En la paciente [V1] se refiere inicialmente postura extensora anormal sugestiva de descerebración y subsecuentemente de decorticación persistente. [...] El pronóstico de supervivencia y función para los pacientes post-anóxicos es prácticamente nula, hay pocos casos comunicados de recuperación de la conciencia después de uno a dos años de sobrevivencia y presentan una profunda discapacidad sensitiva motora. [...] Comentarios finales. La paciente [V1] ingresó al servicio de urgencias en el Hospital de Zona número 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Tlaxiaco, Oaxaca, donde no se realizó la monitorización adecuada, sólo un trazo toco-cardiográfico, elaborándose el diagnóstico de sufrimiento fetal por lo que fue sometida a una cirugía de urgencia (cesárea) sin la previa realización de una historia clínica completa, valoración anestésica, así como los exámenes paraclínicos correspondientes de sangre [...], por lo que se desconoce si presentaba alguna alteración hematológica o hidro-electrolítica que condicionara la poca tolerancia al bloqueo epidural, por lo que presentó complicaciones y reacciones propias del procedimiento anestésico como es la bradicardia y la hipotensión las cuales fueron manejadas de forma inicial de manera errónea por la falta

de cuidado en las medidas profilácticas para disminuir la hipotensión como son: una precarga limitada de líquidos de 500 a 1000 mililitros de soluciones cristaloideas, el desplazamiento uterino a la izquierda colocando una cuña bajo la cadera del lado derecho con una angulación aproximadamente de 15° para liberar los grandes vasos y solo utilizar los medicamentos convencionales como lo son: la efedrina y la atropina, que fueron insuficientes, teniendo como consecuencia un paro cardiorrespiratorio, por lo que asociado al manejo inadecuado en cuanto a la protección cerebral a base de esteroides para hipoxia, con respecto al apoyo ventilatorio y al manejo post-paro cardiorrespiratorio en las primeras horas del evento, presentó compromiso neurológico que condicionó las secuelas de encefalopatía anoxo-isquémica. Las maniobras transoperatorias para tratar con prontitud el trastorno cardiovascular son esenciales para disminuir su severidad, estas maniobras deben efectuarse lo más pronto posible para evitar complicaciones mayores en la madre, derivadas de la hipoxia tisular secundarias a este evento. [...].”

63. El 28 de junio de 2012, peritos médicos de la Procuraduría General de la República, Delegación Estatal en Oaxaca, emitieron el Dictamen Médico 2, en el que señalaron lo siguiente:

“[...] el médico anestesiólogo tratante de la paciente [V1] inobservó los procedimientos que exige la Lex Artis para la especialidad de la anestesiología, lo cual ocasionó un mal manejo pre-anestésico, trans-anestésico y post-anestésico, lo cual tuvo relación causa-efecto que la persona de nombre [V1] presentara paro cardiorrespiratorio reversible, después de haber administrado los medicamentos para la anestesia regional, dichos medicamentos fueron administrados con la técnica adecuada y a las dosis correctas, se desconoce la duración del paro

cardiorrespiratorio puesto que no existe dentro del expediente nota trans-anestésica que indique dicho evento, así como la dosis de medicamentos utilizados y el tiempo de maniobras cardiorrespiratorias efectuadas a la paciente; además no se refiere los signos vitales durante el evento y posterior a él; no se cuentan con reportes de oximetrías posteriores al paro cardiorrespiratorio, e inclusive no se registraron las indicaciones para extubar (extraer la cánula para el soporte ventilatorio a la persona de nombre [V1]. Posteriormente a la extracción de la cánula presentó nuevamente paro cardiorrespiratorio, procediendo nuevamente a instalar la cánula para soporte ventilatorio. Por nota agregada del Dr. [AR2] de cirugía general fechada el día 22/06/01 a las 3:00 horas, se describe datos de dificultad respiratoria, hipoxia posterior a la extubación por lo cual nuevamente se intuba y presenta excitabilidad y estado de inconsciencia y se reporta como grave. [...] las secuelas irreversibles que sufre actualmente la paciente V1 fueron desencadenadas por la hipoxia cerebral que sufrió la paciente. Los eventos suscitados dentro del evento quirúrgico fueron desencadenados por la inobservancia a los lineamientos que marca la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de Anestesiología y el mal manejo de los eventos de paro cardiorrespiratorio originando lesiones con secuelas irreversibles y permanentes a la persona que responde al nombre de V1. Con lo anteriormente expuesto, se llega a las siguientes Conclusiones: Primera: La atención médica que se le brindó a la persona de nombre [V1] por parte del médico anestesiólogo tratante no fue apegada a la Lex Artis Médica por la inobservancia a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de Anestesiología. Segunda: las lesiones producidas a la persona de nombre [V1], tienen relación causa efecto con la mala atención que brindó el médico anestesiólogo tratante durante el evento quirúrgico. Tercera: las lesiones que presenta la persona de nombre [V1], se clasifican

como lesiones que ponen en peligro la vida, dejan una alteración mental e inmovilidad total, permanente e irreversible.”

64. El 9 de julio de 2014, personal de esta Comisión Nacional acudió al domicilio de V1, y un perito médico le realizó una exploración física y emitió el Certificado de Estado Físico correspondiente, en el que consta lo siguiente: “[...] *Se trata de paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, postrada en cama, en estado vegetativo, sin aliento característico. Exploración Física Aramada: Signos vitales: TA. 100/70. FC. 60x’ FR.17X’. Cráneo: Normocéfalo, sin hundimientos no salientes óseas anormales o lesiones aparentes. Oído: Conductos auditivos permeables con membranas timpánicas normales. Boca: sin datos patológicos. Mucosa oral de buena coloración e hidratación. Ojos: Ojos simétricos, ojos con escleras blanquecinas, córnea sin opacidades, sin alteración aparente de la agudeza visual; párpados y región periorbitaria sin alteraciones. Ambos ojos con pupilas redondas e iguales, con diámetro de 3-5 mm, reflejos fotomotor, motomotor y consensual presentes pero disminuidos. Nariz y garganta: Mucosa respiratoria normal, faringe sin alteraciones y con reflejo nauseoso presente. Cicatriz posquirúrgica de 7 cm en cara anterior de cuello. Tórax buena entrada y salida de aire, movimientos de amplexión y amplexación normales, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire sin fenómenos agregados. Área cardíaca: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, sin soplos. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando depresible, peristalsis normal. [...] Miembros superiores e inferiores: Simétricos, hipotróficos, con reflejos osteotendinosos ausentes, pulsos presentes y llenado capilar normal. Sin presencia de escaras. Sistema nervioso: Reflejos abolidos. Conclusión: [V1] presenta un estado vegetativo persistente.”*

65. El 4 de mayo de 2015, esta Comisión Nacional emitió una opinión médica respecto a la atención médica que le fue brindada a V1, en la que se concluyó que

“[AR1] médico anesthesióloga, incumplió con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998 para la práctica de anestesiología, al omitir realizar una valoración preanestésica adecuada, no estableciendo el riesgo quirúrgico anestésico, no realizó la hoja de consentimiento informado para la práctica del procedimiento anestésico, no realizó la hoja de registro anestésico, por lo cual no llevó a cabo el registro de vigilancia anestésica, no registró el inicio de procedimiento anestésico ni el procedimiento quirúrgico, tampoco registró las dosis de los medicamentos y cantidades de líquidos intravenosos administrados, no se tiene registrada la hora de inicio de las complicaciones durante el procedimiento quirúrgico, tiempo que duró el paro cardiorrespiratorio, tampoco los datos clínicos por los cuales [AR1] decidió extubar a la paciente y la hora de reintubación, no registró la duración del procedimiento quirúrgico, ni la duración de la anestesia, no registró el estado de la paciente al concluir la anestesia, no registró la cantidad de sangrado, y líquidos administrados, tampoco inició con protección cerebral, lo anterior trajo como consecuencia que el paro cardiorrespiratorio que presentó la agraviada, asociado a un manejo anestésico inadecuado en las primeras horas del evento, la llevaran a presentar grave compromiso neurológico. Las consecuentes secuelas anoxo isquémicas, expresadas por un estado vegetativo persistente, con el cual se encontró al momento de la certificación realizada en fecha 9 de julio de 2014, por personal de este Organismo Nacional, son complicaciones graves e irreversibles derivadas de la inadecuada atención médica, que recibió por parte de [AR1] médico anesthesióloga [...].”

66. Los Dictámenes Médicos 1 y 2 y la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, antes citados, acreditan que AR1, en ese entonces adscrita al Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS en Tlaxiaco, Oaxaca, durante la cesárea realizada a V1 el 21 de junio de 2001, no observó lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998, “*Para la Práctica de Anestesiología*”, en

virtud de que llevó a cabo un mal manejo pre-anestésico, trans-anestésico y post-anestésico que causó encefalopatía anóxica isquémica a V1, con secuelas permanentes, lo que convalida la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la alteración mental e inmovilidad motora total, permanente e irreversible y con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del IMSS.

67. Las acciones y omisiones de AR1 transgredieron el derecho a la protección de la salud de V1. La salud fue definida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en su Observación General 14 *“como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.”*¹ Además, declaró que *“Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.”*² Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en el preámbulo de su Constitución, concibió la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.”*³

68. La atención médica brindada a V1 por AR1, no cumplió con la calidad y cuidado debidos, puesto que el servicio de salud que se le otorgó no fue apropiado desde el punto de vista técnico, científico y médico (en lo concerniente al servicio de anestesiología); AR1 no demostró contar con la pericia suficiente y los conocimientos necesarios para la atención de V1, aunado al hecho de que no se contó con el equipo hospitalario indispensable para estos casos, como se demuestra con la Nota de Anestesiología del 22 de junio de 2001, en la que AR1 indicó que intubó por segunda ocasión a V1 *“pero con ventilación controlada, la*

¹ Aprobada el 11 de mayo de 2000, párrafo 1.

² Ibidem.

³ Párrafo 4.

unidad no cuenta con ventilación mecánica asistocontrolada por lo que se conecta a ventilación mecánica con Mark 7.” Por lo anterior se considera que además existe responsabilidad institucional del IMSS, puesto que de conformidad en la Observación General 14 antes referida, el derecho a la salud abarca diversos elementos, entre éstos el de la “calidad”, lo cual significa que las instituciones que brinden servicios de salud, deben contar con el “equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado”.⁴

69. La deficiente atención médica que AR1 proporcionó a V1, y transgredió las siguientes disposiciones normativas vigentes el día en que ocurrieron los hechos que afectaron a V1: 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2º, fracciones I, II, V; 23, 32, 51 de la Ley General de Salud; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998, “*Para la Práctica de Anestesiología*”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2000, que señalaban el derecho de toda persona a la protección de la salud; que las finalidades de este derecho fundamental consistían en el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, y el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisficieran eficaz y oportunamente las necesidades de la población, entre otras; que los servicios de salud consistían en todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que la atención médica consistía en el conjunto de servicios que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; y que los usuarios de los servicios de salud tendrían el derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad

⁴ Párrafo 12, inciso d).

idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

70. De igual forma, AR1 transgredió lo previsto en los artículos 12.1, 12.2, incisos c) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 12.1, 12.2 y 14.2, inciso b) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 10.1, 10.2 incisos d) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establecen que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, entendida como el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para lo cual los Estados deben satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que *“por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”*; garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto; asegurarle una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia; adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el derecho a tener acceso a servicios adecuados de atención médica; brindar un nivel de vida adecuado que le asegure a la mujer, así como a su familia, la salud, el bienestar y la asistencia médica; y que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

71. De igual manera, considerando que V1 es integrante del pueblo indígena mixteco de Oaxaca, fue vulnerado lo establecido por el artículo 25 del Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que en materia de salud señala: *“1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos*

interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.”; y el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que indica: “1. [...] Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.”

72. Aunado a lo anterior, fue vulnerado el derecho a la integridad personal de V1. En el aspecto físico, para que un ser humano pueda desarrollarse y gozar su vida, requiere de un buen funcionamiento de su cuerpo y de sus órganos, por lo que el derecho humano a la integridad física, lo protege contra ataques a su cuerpo o a su salud, que le causen alguna enfermedad o algún tipo de discapacidad. En el aspecto psicológico, el ser humano debe ser protegido contra todo ataque que lo afecte en su salud mental. En el aspecto moral, la persona humana no debe ser afectada en su capacidad y autonomía para conservar, cambiar y desarrollar sus valores. Es por ello, que el derecho a la integridad personal se relaciona con otros derechos fundamentales, tales como el derecho a la vida y a la protección de la salud.

73. 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 de las mujeres. El derecho a la integridad física y mental está reconocido en los artículos 5, en relación con el 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; II, VII y XI de la Declaración Americana de los

Derechos y Deberes del Hombre; 7.1 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

74. Sobre la problemática relacionada con la salud materna, el Comité de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), en la Recomendación General 24, La Mujer y la Salud, refirió que *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad [...]”*; por lo anterior, señaló que los Estados Partes de la referida Convención están obligados a *“[...] garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.”*⁵

75. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, enunció que *“[...] los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las mujeres que viven en condiciones de pobreza, las mujeres indígenas y afrodescendientes y las adolescentes, son quienes enfrentan un mayor riesgo de ver afectado su derecho a la integridad en el acceso a servicios de salud materna.”*⁶

76. En su Recomendación General 15, *“Sobre el Derecho a la Protección de la Salud”*, emitida el 23 de abril de 2009, este Organismo Nacional precisó que: *“Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de*

⁵ Párrafo 27 y “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos”, aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de junio de 2010, párrafo 86.

⁶ Ibidem, párrafo 96.

enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades (...)”; de igual forma, expresó su preocupación por la inobservancia del marco normativo que rige a las instituciones públicas de salud, ya que derivado del análisis de las quejas que se presentan en esta Comisión Nacional, ha sido posible identificar que en el desarrollo de sus funciones, los servidores públicos que prestan los servicios públicos de salud en el territorio nacional incumplen de manera reiterada con lo prescrito por las diversas Normas Oficiales Mexicanas, las cuales son de observancia obligatoria para los sectores público, privado y social.

B. VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

77. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que la inadecuada atención médica de V1, proporcionada por AR1, se tradujo en violencia institucional. Actualmente, 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, establecen que el personal médico tiene la obligación de evitar *“dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*, entre ellas, la obstétrica, *“aplicar las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia”* y *“respetar los derechos humanos de las mujeres”*.

78. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética ha definido a la violencia obstétrica como *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos 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”.*⁷ 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.

79. 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 la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (Artículo 5, fracción VI); asimismo en 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).

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

80. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian debido a que son una constante en la atención 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. 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 de sus hijos por nacer.

81. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud, en el documento *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, publicado en 2014, declaró que *“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.”*

82. 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, este Organismo Constitucional Autónomo, en el Seminario Internacional *“Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna”* de septiembre de 2014, con el que se inició la “Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica”, en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios *“con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad”* en el rubro de la salud.

83. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas, y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la 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 llegue 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.

84. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales 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. La vigente *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, 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”*.

85. La violencia obstétrica ejercida contra V1, vulneró sus derechos a la integridad personal (física, psíquica y moral) y a una vida libre de violencia, que derivó en la afectación a su proyecto de vida, previstos en los artículos 5, en relación con el 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; I, II y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 7.1 y 22.2 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; 3, 4, incisos b. y e.; 7, inciso a. y b. de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará” que reconocen el derecho de toda persona a la integridad personal (física y mental), y 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; y la obligación de los Estados de adoptar medidas, conjuntamente con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación.

86. Con la violencia obstétrica a que se refiere el presente apartado, además, se transgredió el derecho al trato digno, que consiste en aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de

bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico. En ese sentido, se advierte que éste se vulneró en agravio de V1, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades de salud y también porque la actuación de AR1, adscrita al Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, generó su estado de salud actual. Derecho que encuentra sustento en los artículos 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

a) Colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) a V1.

87. En la referida Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales precisó que *“La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.”*⁸

88. Los procedimientos médicos de esterilización, sin consentimiento de las pacientes, son una forma de violencia obstétrica y atentan contra los derechos humanos de integridad personal, a la información⁹ y protección de la salud genésica.

89. La información y educación que el Estado debe proporcionar a través de las instituciones públicas competentes en temas relacionados con la salud materna,

⁸ Numeral 12 del apartado de notas.

⁹ OMS. “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, pág. 1.

son necesarias para que las mujeres adopten decisiones responsables y libres en materia de reproducción, incluyendo la planificación familiar, y con dichas acciones se contribuye a la protección de la salud y de la integridad personal de las mujeres.¹⁰

90. Entre las prácticas discriminatorias que deberían eliminarse, figura la autorización del esposo o compañero, padres o autoridades de salud para la colocación de un DIU en el cuerpo de una mujer, o para la imposición de algún método anticonceptivo.¹¹

91. En el presente caso, AR2 colocó a V1 un dispositivo intrauterino, sin su consentimiento informado y completo, hecho que se acredita con el documento denominado “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” del Servicio de Ginecología y Obstetricia del IMSS, de 21 de junio de 2001, con el nombre incorrecto de V1, en el que no consta su firma, suscrito por el mencionado galeno, en el que se señala como operación proyectada y efectuada “Cesárea Kerr + DIU”; la nota de ingreso de V1 al servicio de Ginecobstetricia, de las 03:30 horas del 22 de junio de 2001, suscrita por SP1, en la que se refiere que V1, mujer de 26 años de edad, *“proviene de quirófano en malas condiciones generales en puerperio quirúrgico mas DIU”*; y con el testimonio de V6 que se transcribió en el “Informe pericial antropológico con perspectiva de género relativo al Toca Penal [1]”, de los peritos designados por Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, a quienes dijo el 3 de septiembre de 2013, que *“[V1] quería ser mamá, y tenía elegido el nombre de su hijo desde el embarazo [...]. Yo le decía que si quería tener muchos hijos y ella me respondía que ella iba a tener los hijos que fueran, que no iba a permitir ningún método de no tener*

¹⁰ Párrafo 92 del documento “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos”, aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de junio de 2010, párrafo 92.

¹¹ Ibidem, párrafo 93.

familia, yo voy a tener los hijos que fueran. Siempre ella decía que quería tener su familia.”

92. Esta Comisión Nacional observa que no obstante que aparece la firma de V7, cónyuge de V1, en el rubro *“Firma de la persona legalmente responsable”* del documento “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” del Servicio de Ginecología y Obstetricia del IMSS, en el que además se indica como operación proyectada *“Cesárea Kerr + DIU”*, no se obtuvo el consentimiento informado y completo de V1, el cual era definido en el numeral 4 de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, *“De los servicios de planificación familiar”*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994, como *“[...] la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.”*

93. Además, este Organismo Nacional observa que AR2 colocó a V1 un dispositivo intrauterino el 21 de junio de 2001, durante la intervención quirúrgica que le fue realizada, después de que, probablemente, su estado emocional se encontraba alterado debido a los dolores de parto que estaba padeciendo, razón por la cual no era posible que V1 hubiera otorgado su consentimiento informado; aunado a lo anterior, no existe constancia en el expediente de esta Comisión Nacional, de que se haya realizado alguna revisión médica ginecológica a V1 para detectar efectos secundarios derivados de la inserción del DIU y para que, en su caso, le sea retirado.

94. El personal de salud transgredió la citada Norma Oficial Mexicana que en sus numerales 1, 5.1.1., 5.3., 5.4.2.3., 5.4.3., 5.4.4. y 6.4.8, 6.4.12, indicaba que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud

reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social; que la planificación familiar se ofrecía con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios serían un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad; que los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos constituían un conjunto de acciones, cuyo propósito era contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población; que debía proporcionarse a hombres y mujeres información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo; que la consejería debía tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios debían ser respetados en forma absoluta y no se debía inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial, que los consejeros, al proporcionar información sobre planificación familiar debían tomar en cuenta los elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir la información en forma clara y accesible, que la consejería no debía efectuarse bajo situaciones de presión emocional; que el DIU debía ser aplicado después de proporcionar consejería, y que después de su colocación debe haber una revisión entre la cuarta y la sexta semana posterior a su inserción y revisiones subsecuentes programadas. haber revisiones subsecuentes y detectar la presencia de infecciones cérvico-vaginales y efectos colaterales.

95. Además, se incumplió lo dispuesto por el entonces vigente artículo 4º, tercer párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reconocía el derecho de toda persona “[...] *a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.*”; y los artículos 51 y 67 de la Ley General de Salud, vigentes el día que le fue colocado el DIU a V1, que establecían el derecho de los usuarios de los servicios de salud a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; que en lo relativo a la planificación familiar se debía incluir una correcta información anticonceptiva, que debía ser oportuna, eficaz y completa a la pareja; que los mencionados servicios de planificación familiar eran un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad; y precisaba que quienes practicaran esterilización sin la voluntad del paciente o ejercieran presión para que éste la admitiera serían sancionados conforme a las disposiciones de esa ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurrieran.

96. En el ámbito internacional, se incumplió lo previsto por los artículos 14.2, inciso b) de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 2.2, inciso b), 25.1 del Convenio No. 169 sobre Poblaciones Indígenas y Tribales en Países Independientes, que establecen que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados,

una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad, y que esa acción deberá incluir medidas que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres, tradiciones e instituciones; que los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

97. En la Recomendación General No. 4, *“Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas, respecto a la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar”*, emitida el 16 de diciembre de 2002, esta Comisión Nacional precisó que *“en el contexto del respeto a la diversidad cultural y al marco jurídico, nacional e internacional, de los derechos humanos de los pueblos y comunidades indígenas, está convencida de la necesidad de que sean preservados los derechos reproductivos de estos pueblos durante la aplicación de los programas gubernamentales de salud sexual y reproductiva, toda vez, que los casos descritos, así como la observación en campo, demuestran que en su aplicación no se toman en cuenta las diferencias culturales, esto por el idioma en que se redactan los documentos administrativos, y tampoco se respetan sus esquemas de valores sobre su vida sexual y reproductiva.”*¹²

¹² Apartado de Antecedentes, página 3.

C. VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V2.

98. Antes de su nacimiento, V2 padeció sufrimiento fetal agudo secundario a desproporción cefalopélvica, como se acredita con el documento “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” del Servicio de Ginecología y Obstetricia del IMSS, del 21 de junio de 2001, y con la Nota de I.C. (Interconsulta) de Medicina Interna, del Hospital Regional de Subzona No. 34 del IMSS, de las 03:45 horas del 22 de junio de 2001, suscrita por SP3.

99. V2 estuvo internado ocho días en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, al cuidado del personal médico y de V3. No obstante que sus familiares no han detectado alguna lesión física derivada de su nacimiento, de las constancias que integran el expediente integrado por esta Comisión Nacional, no se acredita que le hubiesen realizado alguna valoración médica posterior a éste.

100. De conformidad con la información remitida a este Organismo Nacional, se advierte que el personal de la Coordinación Médica del IMSS-Prospera Región II Mixteca Alta Tlaxiaco, proporcionó atención psicológica a V2 el 10 de noviembre de 2014; no obstante lo anterior, los servicios de salud que le han sido proporcionados son insuficientes.

101. En el “Informe pericial antropológico con perspectiva de género” relativo al Toca Penal [1]”, de la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, se indica que el municipio de Santa Cruz Itundujia, lugar donde viven V1, V2 y sus familiares, se localiza dentro de la región Sierra Sur de Oaxaca, el cual fue clasificado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), como un municipio de muy alta marginación y está conformado por 13 comunidades.

102. En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, en dicho Informe se precisa que las poblaciones del mencionado municipio hacen uso de un centro de salud operado por la Secretaría de Salud, situado en Morelos, que se terminó de construir en 2004 y fue equipado en 2005; para llegar a éste, los habitantes de la población donde residen V1, V2 y sus familiares, deben recorrer un camino de terracería en coche durante 30 minutos, en época de lluvias este camino puede estar bloqueado por derrumbes del cerro o por *“la crecida”* del arroyo que lo cruza. También se puede llegar al Centro de Salud caminando por una vereda durante una hora cuesta arriba. *“Esta distancia la recorren a pie diariamente los niños y niñas [...] que estudian en el preescolar, primaria y telesecundaria de Morelos.”*¹³

103. Por lo antes expuesto, esta Comisión Nacional, con base en el interés superior del niño, advierte que las instituciones públicas competentes para la prestación de servicios de salud en la comunidad de Santa Cruz Itundujia, Putla de Guerrero, Oaxaca, no han cumplido con lo dispuesto por los artículos 13, fracción IX, 50, fracciones I, II, IV, VIII, IX y X de la vigente Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que establecen que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la protección de la salud; a disfrutar del más alto nivel posible de salud; a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud, para lo cual las autoridades federales, de las entidades federativas y municipales se coordinarán a fin de reducir la morbilidad y mortalidad, asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria necesarias a niñas, niños y adolescentes, adoptar medidas tendentes a la eliminación de prácticas culturales, usos y costumbres que sean perjudiciales para la salud de niñas, niños y adolescentes, combatir la desnutrición crónica y aguda mediante la promoción de una alimentación equilibrada, el consumo de agua potable, el fomento del ejercicio físico, e impulsar programas de prevención e información sobre estos temas; fomentar y ejecutar los programas de vacunación

¹³ Accesibilidad a Servicios de salud, pág. 5.

y vigilar su crecimiento y desarrollo en forma periódica; atender de manera especial las enfermedades respiratorias, gastrointestinales y epidémicas, entre otras, e impulsar programas de prevención e información sobre éstas.

104. Además se ha vulnerado lo dispuesto por los artículos 12.1, 12.2, incisos a), c) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2 incisos a), b), d) e) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establecen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; que para asegurar la plena efectividad de este derecho, deben adoptarse las medidas necesarias para la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad; que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables; que los Estados deben garantizar el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; la maternidad y

la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales; que todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

105. Mención especial merece lo enunciado por el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que señala:

“1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.”

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.”

106. V1 requiere de cuidados permanentes por parte de sus familiares, lo que además les ha generado gastos y deudas, incluso V7 migró a Estados Unidos de América para trabajar y les envió dinero durante tres años, según consta en el “Informe pericial antropológico con perspectiva de género relativo al Toca Penal [1]”, suscrito por P1 y P2, integrantes de la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil. Por lo anterior, preocupa a este Organismo Nacional que la precariedad de recursos de los familiares de V2, le dificultaría acceder a una pronta atención médica y psicológica de calidad en caso de que se presentara cualquier situación o enfermedad que afectara su salud, por lo que se

considera necesario que las instituciones federal y del Estado de Oaxaca, competentes en la prestación de servicios de salud en la comunidad de Santa Cruz de Itundujia, realicen acciones coordinadas a fin de dar cumplimiento a las normas citadas.

D. INOBSERVANCIA DE LA NORMATIVIDAD SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

107. El 31 de julio de 2007, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca, en el Dictamen Médico 1, determinó que AR1 no acató lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana 170-SSA1-1998, “Para la práctica de Anestesiología”, en los numerales siguientes:

“4.12 y 9.2.2. ya que en el expediente clínico y específicamente en la nota de anestesia no se encontró que se describa el estado físico de la paciente (según el ASA y riesgo quirúrgico anestésico), [...] la hoja de consentimiento bajo información para procedimientos anestésicos. 8.8 y 10.2. ya que no se realizó la hoja de registro anestésico. 10.6.4. [...] al no haber registro de vigilancia continua de la saturación de oxígeno mediante la oximetría de pulso en todo el procedimiento anestésico. 10.8.2, no se registró la presión arterial en periodos no mayores de cinco minutos y con mayor frecuencia, si las condiciones de la paciente así lo determinan. En la nota de anestesia se refiere monitoreo tipo 1, pero no lo documenta con el registro anestésico, TA 140/90 FC 106 x minuto previo al acto anestésico (bloqueo peridural) y posteriormente TA 100/60 es de señalarse que DEBEN TRATARSE SIN DILACIÓN las reducciones en la presión arterial del 20% sobre la cifra basal, mediante el desplazamiento uterino a la izquierda colocando una cuña bajo la cadera del lado derecho con una angulación de aproximadamente 15 grados para liberar los grandes vasos,

mediante la administración de soluciones hidroelectrolíticas excepto solución glucosada y si ésta continúa, uso de vaso-presores como lo es la efedrina [...]. En la mujer embarazada de término, en posición supina, el útero aumentado de volumen comprime la vena cava inferior y obstruye parcialmente la aorta abdominal, como resultado disminuye el retorno venoso al corazón, esto aunado al acto anestésico que 'per se' produce cambios hemo-dinámicos a causa del bloqueo directo de la actividad vasomotora simpática, bradicardia sinusal, como [AR1] (médico adscrita) lo describe al escribir en el expediente; 'y posteriormente 70/40, así mismo tendencia a la bradicardia sinusal', por lo que el médico anestesiólogo debe de tomar medidas profilácticas como son: una precarga limitada de líquidos de 500 a 1000 mililitros de soluciones cristaloides, excepto solución glucosada. Esta administración previa de líquidos intravenosos ha demostrado ser un factor importante para disminuir la incidencia y/o severidad de la hipotensión, además contribuye a mejorar el flujo sanguíneo uterino. [...] 11.2 toda vez que no registró el inicio de procedimiento anestésico. 11.3, en virtud de que no registró el inicio del procedimiento quirúrgico. 11.4 ya que no registró las dosis de los medicamentos o agentes usados (atropina, efedrina, etcétera) y los tiempos en que fueron administrados. 11.6 al no registrar el tipo y cantidades de líquidos intravenosos administrados. 11.7 toda vez que no registró la hora de inicio de las contingencias que se dieron durante el procedimiento quirúrgico: hipotensión arterial, bradicardia sinusal, masaje cardíaco externo (duración), intubación orotraqueal, datos clínicos del porque decidió extubar a la paciente y la hora de reintubación. 11.8 ya que no registró la duración del procedimiento quirúrgico. 11.9 en virtud de no registrar la duración de la anestesia. 11.10, al no registrar el estado de la paciente al concluir la anestesia. 13.14 inciso e) toda vez que no registró la cantidad de sangrado, y líquidos administrados.[...] Por otra parte, se desconoce la dosis

empleada de efedrina, atropina, y qué tipo de aminas vaso activas se utilizaron en la paciente durante la cirugía, ya que no se cuenta en el expediente de la hoja de anestesia de monitorización en la sala de quirófano.[...].”

108. La mencionada Comisión Estatal de Arbitraje Médico también concluyó que “[...] tomando como base las evidencias analizadas en el expediente de la [Averiguación Previa 1], se logra apreciar claramente que el expediente clínico en general adolece de datos relevantes según la NOM-168-SSA1-1998 “NORMA OFICIAL MEXICANA NÚMERO CIENTO SESENTA Y OCHO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO”, indicados en sus numerales 5.9 ‘Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.’ 5.10 ‘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.’ 5.13 ‘El Expediente Clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de Consulta Externa (General y Especializada), Urgencias y Especialización.’ 7 ‘De las Notas Médicas de Urgencia.’, 7.1 ‘Inicial. Deberá elaborarla el Médico y deberá contener lo siguiente: 7.1.1 ‘Fecha y Hora en que se otorga el Servicio’; 7.2. ‘Nota de Evolución.’; 7.1.2 ‘Signos Vitales’; 7.1.3 ‘Motivo de la Consulta.’; 7.1.5 ‘Diagnósticos o Problemas Clínicos’; 7.1.7 ‘Tratamiento’; 7.1.8 ‘Pronóstico’ y 8.5 ‘Nota Preoperatoria.’, requisitos indispensables para poder determinar una eficiente integración del Expediente Clínico, hipótesis que en el presente caso no se da por situaciones desconocidas.”

109. Por su parte, el 28 de junio de 2012, peritos médicos de la Procuraduría General de la República, Delegación Estatal Oaxaca, emitieron el Dictamen Médico 2, en el que señalaron lo siguiente:

“Al revisar minuciosamente el expediente clínico del hospital rural del IMSS de Tlaxiaco a nombre de la paciente [V1], no cuenta con: -Carta de consentimiento bajo información para realizar el procedimiento anestésico. –Nota de valoración preanestésica. Por lo cual no se lleva a cabo con lo que marca la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRÁCTICA DE ANESTESIOLOGÍA. En sus numerales: 4.12 Carta de consentimiento bajo información, al documento escrito signado por el paciente, su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, mediante el cual acepta, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados, el procedimiento médico, quirúrgico o anestésico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación médica. 8.1 Determinar el estado físico del paciente y, de ser necesario, convocará a otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados anestésicos. Así mismo, comunicará al paciente, representante legal o familiar más cercano en vínculo, el plan anestésico propuesto y los riesgos inherentes al procedimiento, obteniéndose la carta de consentimiento bajo información e indicará la prescripción apropiada de la medicación preanestésica necesaria. 8.2 Identificar al paciente en la sala de operaciones, confirmar el diagnóstico, el consentimiento informado, la cirugía propuesta y evaluar al paciente antes de la inducción anestésica. 9.2.2 Analizar los aspectos del estado físico que pueden afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo, clasificando al paciente según el riesgo anestésico, calificando al paciente en una escala de 1 a 5 con las siguientes condiciones: 1 Paciente sano que requiere cirugía sin antecedente o patología agregada. 2 Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica, pero compensada. 3 Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica descompensada. 4 Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica incapacitante. 5 Paciente que, se le opere o no, tiene el riesgo inminente de fallecer dentro de las 24 horas posteriores a la valoración, por ejemplo: pancreatitis aguda. 9.2.3 Realizar

las pruebas y consultas necesarias para fundamentar un óptimo procedimiento anestésico. 9.3 Los lineamientos anteriores se aplicarán a cualquier paciente sometido a un procedimiento, anestésico, salvo circunstancias especiales a juicio médico cuyo registro deberá asentarse en el expediente del enfermo. 9.4 La nota pre-anestésica será elaborada por el anesthesiólogo y deberá tener como mínimo: 9.4.1 Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación a la anestesia. 9.4.2 Tipo de anestesia, que se aplicará de acuerdo a las condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica planeada. 9.4.3 Riesgo anestésico, y 9.4.4 Medicación preanestésica. 10.2 Para llevar a cabo el manejo anestésico, el anesthesiólogo deberá documentar en el expediente y en la hoja de registro anestésico, la evaluación pre-anestésica. La nota de anestesiología de fecha 22/06/01 [...] la cual no cuenta con hora [...] es la única nota de anestesiología con que se cuenta en el expediente por lo cual no se cumplió con los siguiente numerales de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de Anestesiología: 8.8 Registrar completamente el proceso de la anestesia en el expediente. 8.9 Verificar que este plan sea registrado y documentado en forma correcta en el expediente del enfermo. 8.10 Evaluar y verificar durante el periodo perianestésico: 8.10.2 El estado del paciente. 10.4 Antes de iniciar la anestesia, se deberá conocer la historia clínica del paciente y haber consultado la nota pre-anestésica. 10.6 Oxigenación, todo paciente bajo anestesia general y a criterio del anesthesiólogo cuando se utilice anestesia regional o sedación monitorizada, deberá recibir oxígeno inspirado, para lo cual deberá vigilarse lo siguiente: 10.6.4 Vigilará continuamente la saturación de oxígeno mediante la oximetría de pulso en todo procedimiento anestésico. 10.8 Función cardiovascular: 10.8.2 La presión arterial se determinará y registrará en periodos no mayores de cinco minutos, en todos los casos, y con mayor frecuencia, si las condiciones

clínicas del paciente así lo determinan. 11. Documentación del procedimiento anestésico. 11.1 Documentar los signos vitales. 11.2 Registrar el inicio del procedimiento anestésico. 11.3 Registrar el inicio del procedimiento quirúrgico. 11.4 Registrar las dosis de los medicamentos o agentes usados y los tiempos en que fueron administrados. 11.6 Tipo y cantidades de líquidos intravenosos administrados, incluyendo sangre y sus derivados. 11.7 Registrar las contingencias. 11.8 Anotar la duración del procedimiento quirúrgico. 11.9 Anotar la duración de la anestesia. 11.10 Registrar el estado del paciente al concluir la anestesia. 12. Lineamientos para el cuidado post-anestésico. 12.1 Evaluará durante el periodo post-anestésico: 12.1.2 Deberá elaborarse una tabla de signos vitales y de nivel de conciencia. 12.1.3 Anotará los insumos administrados y sus dosis. 13.9 Deberá contar con hoja de registro anestésico adecuadamente elaborada y completa incluyendo incidentes o accidentes sucedidos. 13.10 Deberá de redactarse en el expediente clínico una nota de evolución trans-anestésica que incluya: medicamentos inductores, intubación requerida, medicamentos de mantenimiento, datos de emersión, balance hidroelectrolítico, medicamentos revertidores, plan de administración de líquidos parenterales y de analgésicos postoperatorios (estos dos datos podrán anotarse por indicación del cirujano) y calificación de ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valorar los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, coloración y estado de la conciencia, al llegar a recuperación. 13.14 La nota post-anestésica la elabora el médico que administró la anestesia y debe contener los datos siguientes: a. Tipo de anestesia aplicada. b. Medicamentos utilizados. c. Duración de la anestesia. d. Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia. e. Cantidad de sangre y soluciones aplicadas. f. Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano. g. Plan de manejo y tratamiento

inmediato. 15. Administración de la anestesia en gineco-obstetricia. 15.2 La cantidad de líquidos intravenosos debe ser establecida antes de iniciar y mantener un procedimiento regional. 15.4 Deberá documentarse en el expediente las características de monitoreo, oxigenación, ventilación y apoyo circulatorio, además de las técnicas anestésicas empleadas, así como medicamentos utilizados y signos vitales materno-fetales. En base al análisis anterior se considera que el médico anestesiólogo tratante, incurrió en una inobservancia de los lineamientos establecidos en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRÁCTICA DE ANESTESIOLOGÍA; lo anterior consta en lo siguiente: -No consta la hoja de consentimiento informado, autorizada por la paciente o su familiar responsable. -No se registra la nota de valoración preanestésica indicando los posibles riesgos debido al cuadro clínico existente (alteraciones metabólicas de embarazo de 40 semanas de gestación, tensión arterial elevada 140/90 mmhg, edema generalizado y acentuado en extremidades +++). -No se registra adecuadamente el procedimiento anestésico dentro del expediente con monitoreo de oxigenación, ventilación y signos vitales. - No se registra nota de evolución trans-anestésica en el expediente clínico. - No se registra nota postanestésica indicada por el médico anestesiólogo que intervino dentro del acto quirúrgico. [...] Por parte de la anestesióloga tratante no hay reporte del tiempo que dura el segundo paro cardiorrespiratorio y del tratamiento que se administró a la paciente. [...]”

110. En este contexto, no pasa desapercibido el hecho de que las notas médicas del expediente clínico generado en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS en Tlaxiaco, Oaxaca, con motivo de la atención médica proporcionada a V1 presentaran irregularidades como su ilegibilidad, ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes

para su identificación, lo que acredita el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, *“Del Expediente Clínico”*, vigente en esa época.

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

112. Dicha situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en las recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011; 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 28/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012; 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013; 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014; 5/2015, 7/2015 11/2015 y 19/2015, en las que se señalaron precisamente las omisiones en las que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

113. La sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el numeral 68, refiere *“(…) la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y*

fuentes razonables de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”

E. INADECUADA PROCURACIÓN DE JUSTICIA.

114. Esta Comisión Nacional considera que existe una inadecuada procuración de justicia en aquellos casos en los cuales los servidores públicos encargados de la investigación y persecución de los delitos no actúan con la debida diligencia, no realizan las acciones pertinentes para el esclarecimiento de los hechos delictivos, o las realizan de manera insuficiente.

115. Este Organismo Nacional observa que AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, con motivo de la dilación y las irregularidades en que incurrieron, dieron lugar a la prescripción del ejercicio de la acción penal en contra de AR1, y la consecuente impunidad.

a) IRREGULAR INTEGRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN MINISTERIAL.

116. De la revisión efectuada a las constancias que integran las Averiguaciones Previas 1 y 2, se acredita que siete Agentes del Ministerio Público del fuero común, que tuvieron a su cargo la Averiguación Previa 2, se percataron hasta 2011, es decir, diez años después de su inicio, que AR1 era una servidora pública federal y, por lo tanto, la autoridad competente para conocer de los hechos que afectaron a V1 era la Procuraduría General de la República, de conformidad en lo establecido por los artículos 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3º y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 14 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales, 20 de la Ley Federal del Trabajo, 4 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, 50 de la Ley

Orgánica del Poder Judicial Federal, vigentes durante la integración de las Averiguaciones Previas 1 y 2.

117. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que a pesar de no ser competentes, siete Agentes del Ministerio Público de la “PGJ” (AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR9 y AR10) tuvieron a su cargo la Averiguación Previa 2, y realizaron diversas diligencias para su integración durante el transcurso de más de diez años, hasta que AR10 declinó la competencia de la mencionada Procuraduría del fuero común, y remitió la indagatoria a la Procuraduría General de la República, mediante oficio DEO/3217/2011, de 22 de septiembre de 2011.

118. Lo anterior ocasionó la prescripción del ejercicio de la acción penal por la probable responsabilidad de AR1, por el tiempo transcurrido entre la fecha en que ocurrieron los hechos que afectaron la integridad personal de V1, y la fecha en que se consignó la Averiguación Previa 3 por el Ministerio Público Federal.

119. De la revisión realizada a las constancias que integran la Averiguación Previa 2, se advierte que el 26 de febrero de 2003, AR5 ordenó que personal de la “PGJ” se trasladara hasta la comunidad de Santa Cruz Itundujia *“para tomar la declaración de la ofendida.”*, no obstante que ya constaban en la citada indagatoria la denuncia, ampliación de declaración y escrito de V7 de fecha 1º de diciembre de 2001; además, una fe ministerial de lesiones de V1, un dictamen de peritos médicos legistas, una revaloración médica de V1 por perito médico legista de la “PGJ”, seis placas fotográficas y el expediente clínico de V1, relativo a la atención médica que le dieron en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34 de IMSS.

120. En el Acuerdo del 6 de octubre de 2004, AR6 determinó radicar la Averiguación Previa 2, e indicó que en el punto segundo del Acuerdo del 1º de

febrero de 2002, se mencionó un cuadernillo con *“copias certificadas”* del expediente clínico de V1, sin embargo, encontró un cuadernillo con copias simples del referido expediente. Además, el 25 de octubre de 2004, suscribió una certificación en la cual señaló que entregó la indagatoria a AR7, con *“la finalidad de requerir a los similares que conocieron anteriormente de la Averiguación Previa, de las placas fotográficas que se encuentran extraviadas.”* (sic), sin especificar cuáles impresiones fotográficas se habían perdido, su contenido o la descripción de éstas.

121. El 17 de enero de 2005, AR7 devolvió la Averiguación Previa 2 a AR6, para la continuación del trámite correspondiente, sin las placas fotográficas, puesto que no fueron encontradas. Al respecto, en las documentales que integran el expediente tramitado ante esta Comisión Nacional, no consta que se hubiera iniciado algún procedimiento de investigación administrativa por la pérdida de las referidas placas fotográficas.

122. Durante la integración de la Averiguación Previa 2, se observa que ésta fue remitida al sector Central de la “PGJ”, a diversas Mesas de Responsabilidad Oficial, Médica y Técnica y a diversos Agentes del Ministerio Público; que se solicitó en diversas ocasiones la comparecencia de V7 para que aportara mayores elementos de prueba de los hechos denunciados, y se llevaran a cabo diligencias de fe de lesiones, certificaciones de estado físico, valoración y revaloración médicas de V1; no obstante lo anterior, no se solicitó de manera oportuna, la opinión de perito médico legista o de algún experto de otra institución pública, para que determinara si el estado de salud de V1 era consecuencia de la mala praxis de algún médico que la había atendido, lo que se llevó a cabo hasta el 4 de mayo de 2007, casi seis años después de iniciada la indagatoria 1, mediante oficio 055/2007, suscrito por AR9, a través del cual requirió un dictamen a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

123. El 27 de noviembre de 2009, AR10 ordenó solicitar la colaboración del Agente del Ministerio Público de Santa Cruz Itundujia, Putla de Guerrero, Oaxaca, para que practicara una diligencia de certificación de lesiones y del estado de salud de V1, con asistencia del perito médico legista del Instituto de Servicios Periciales de dicha Procuraduría. Estas diligencias ya habían sido solicitadas por AR4 desde el 6 de diciembre de 2001, y realizadas el 12 de diciembre de 2001.

124. La actuación de AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 transgredió los derechos a la debida procuración de justicia y de acceso a la justicia de las víctimas, e incumplió lo previsto por los artículos 2º y 105 fracción I de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, el 31 de diciembre de 1983, vigente el día en que la Investigación Ministerial 2 fue remitida a la Procuraduría General de la República. Los referidos preceptos normativos establecían que el Ministerio Público es la Institución que tiene como fin, en representación de la sociedad, investigar los delitos; perseguir a los probables responsables de los mismos; ejercer ante los tribunales la acción penal y exigir la reparación de los daños y perjuicios; intervenir en los asuntos del orden civil, familiar y penal, en los casos en que señalen las leyes y realizar las demás funciones que los ordenamientos jurídicos le señalen, y promover lo necesario para la recta y pronta administración de justicia.

125. En la sentencia de 3 de septiembre de 2012 (*Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*), “Caso Vélez Restrepo y Familiares vs. Colombia”, el mencionado Tribunal Interamericano indicó: “[...] *el deber de investigar es una obligación de medio y no de resultado, que debe ser asumido por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa, o como una mera gestión de intereses particulares, que dependa de la iniciativa procesal de las víctimas o de sus familiares o de la aportación*

*privada de elementos probatorios. La obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad y que este tipo de hechos vuelvan a repetirse. En este sentido, la Corte recuerda que la impunidad fomenta la repetición de las violaciones de derechos humanos. Es responsabilidad de las autoridades estatales realizar una investigación seria, imparcial y efectiva por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la persecución, captura, enjuiciamiento y eventual castigo de los autores de los hechos [...]"*¹⁴

b) DILACIÓN EN LA PROCURACIÓN DE JUSTICIA.

126. La dilación en la procuración de justicia consiste en el retardo en las funciones investigadora y persecutoria de los delitos. Para esta Comisión Nacional se acredita que AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 no realizaron sus funciones con la debida diligencia y en un plazo razonable por las razones que se indican a continuación.

127. El 30 de junio de 2001, V7 formuló denuncia ante SP10, en contra de quien o quienes resultaran responsables por la deficiente atención médica y daños ocasionados a V1; en la misma fecha se inició la Investigación Ministerial 1, se realizó una diligencia de traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Civil, y se hizo constar la fe ministerial de lesiones en los siguientes términos: “[...] la ofendida [V1] presenta [...] ENCEFALOPATÍA ANÓXICA ISQUÉMICA POSTOPERADA DE CESÁREA PUERPERIO QUIRÚRGICO INMEDIATO, PROBABLE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS. EDEMA CEREBRAL, HA PRESENTADO EN VARIAS OCASIONES PARO CARDIORRESPIRATORIO Y ACTUALMENTE CON VENTILACIÓN RESPIRATORIA MECÁNICA ASISTIDA

¹⁴ Párrafo 247.

Y DAÑO NEUROLÓGICO CON GLASGOW DE CINCO, CUENTA CON MAL PRONÓSTICO PARA LA VIDA Y LAS FUNCIONES NEUROLÓGICAS.”

128. En la misma fecha, la autoridad ministerial solicitó al Director de la Policía Judicial del Estado, la investigación sobre la identidad de los responsables de la comisión del delito cometido en agravio de V1, y fue emitido el dictamen de un perito médico legista en el que se concluyó que las lesiones causadas a V1 “[...] *sí ponen en peligro su vida.*”

129. Al no ser posible tomar la declaración de V1 en virtud de encontrarse inconsciente, el 20 de julio de 2001, SP11 remitió la Averiguación Previa 1 al Director de Averiguaciones Previas, la cual se asignó a AR3, quien radicó la indagatoria con el No. 2 el 25 de julio de 2001; ordenó citar a V7 para que aportara mayores elementos de prueba sobre los hechos denunciados y solicitar al “Director del Hospital del Instituto del Seguro Social” (sic), el expediente clínico de V1.

130. El 6 de agosto del mismo año, V7 amplió su declaración ministerial en la que precisó circunstancias de tiempo, modo y lugar en relación con los hechos ocurridos a V1; el 14 de agosto de 2001, AR3 solicitó al Director del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” copias certificadas del expediente clínico de V1, el cual le fue remitido en copias fotostáticas.

131. El 17 de septiembre de 2001, mediante oficio 654, AR3 remitió la Averiguación Previa 2 al Visitador General de la “PGJ”, a fin de que ordenara a quien correspondiera, continuar conociendo de la indagatoria en virtud de que era integrada por el delito de “*Responsabilidad Médica y Técnica.*” Esta Comisión Nacional advierte que AR3 se demoró casi dos meses en determinar que la indagatoria no era de su competencia, y remitirla a la autoridad competente.

132. El 21 de septiembre de 2001, AR4 ordenó solicitar los expedientes clínicos sobre la atención proporcionada a V1 en *“la clínica del Instituto del Seguro Social”* (sic), en Tlaxiaco, y en el Centro de Salud de Santa Cruz Itundujia, a través de los representantes sociales adscritos en esos lugares.

133. El 7 de octubre de 2001, SP13 informó a AR4 que no fue posible obtener el expediente clínico de V1 del Centro de Salud de dicha comunidad; el 19 de octubre de 2001, AR4 acudió al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” donde le informaron que V1 había egresado el 19 de agosto, y a pesar de que V7 había ampliado su declaración el 6 de agosto de 2001, cuatro meses después de iniciada la indagatoria, el 24 de octubre de 2001, ordenó citar nuevamente a V7 para que aportara mayores elementos de prueba.

134. V7 no se presentó el 12 de noviembre de 2001, día señalado por AR4, no obstante el 1º de diciembre de 2001 presentó un escrito a través del cual entregó una constancia de alumbramiento suscrita por médicos del Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del IMSS, solicitó que un perito médico legista realizara valoración médica a V1, y que un representante social certificara y diera fe del estado de salud de V1, el cual era delicado y con mal pronóstico para la vida.

135. El 12 de diciembre de 2001, cinco meses después de iniciada la indagatoria respectiva, un perito médico legista de la “PGJ” emitió la Revaloración Médica de V1, en la que señaló que: *“Siendo las trece hrs. de la fecha arriba mencionada tuve a la vista a [V1] en posición de cúbito dorsal en posición de decorticación, flexión de ambas muñecas a nivel de tórax y extensión de extremidades inferiores, con una valoración neurológica Glasgow de 6 con la mirada desviada a la derecha (bilateral), incapacidad para articular palabras solo gemidos. Cuenta con el antecedente de presentar Encefalopatía Anóxica Isquémica –postoperada de cesárea (Desproporción cefalopélvica-sufrimiento fetal agudo). valorada en la*

fecha 30 de junio del año en curso por el Dr. [...]. Actualmente con una evolución de 6 meses, con un pronóstico bueno para la vida malo para la función. A la exploración física presenta cicatriz quirúrgica a nivel de tráquea en sentido transversal al cuerpo de 5 cm. de longitud secundario a la traqueostomía y otra cicatriz Quirúrgica de 25 cm. de longitud tipo Kerr (Infraumbilical). secundaria a la Cesárea. De las lesiones que presenta: Abarcan tejidos blandos y superficiales Neurológico (Decorticación) Naturaleza activa. SÍ PONEN EN PELIGRO SU VIDA. Indeterminado (Actualmente cursa con 6 meses de evolución) sus consecuencias se darán en la SANIDAD DEFINITIVA. [...].” (sic)

136. A las 11:00 horas del 12 de diciembre de 2001, SP12 llevó a cabo una diligencia de traslado, certificación de lesiones, estado de salud y fe de integridad física de V1, en el domicilio de la víctima, en la que consta que dicha persona se encontraba “*en posición de decúbito dorsal, en posición de DECORTICACIÓN y flexionadas las muñecas de las manos a nivel de tórax, y extendidas las extremidades inferiores con la mirada desviada a la derecha (bilateral) [...] dando fe [de que presenta] las siguientes lesiones: CICATRIZ QUIRÚRGICA A NIVEL DE TRÁQUEA, EN SENTIDO TRANSVERSAL AL CUERPO, DE CINCO CENTÍMETROS DE LONGITUD SECUNDARIA A LA TRAQUEOSTOMÍA Y CICATRIZ QUIRÚRGICA DE [ILEGIBLE] CENTÍMETROS APROXIMADAMENTE DE LONGITUD, TIPO KERRY DANDO FE QUE DICHA PERSONA TIENE PAÑALES DESECHABLES, POR NO PODER REALIZAR NINGÚN MOVIMIENTO EN EL CUERPO PARA REALIZAR SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS[...] LO ÚNICO QUE HACÍA ERA EMITIR GEMIDOS Y AL MISMO TIEMPO ESCURRÍA ABUNDANTES LÁGRIMAS, SIN PODER ALIMENTARSE POR SÍ MISMA [...].”*

137. El 4 de enero de 2002, el Jefe Delegado de Servicios Jurídicos del IMSS, remitió a AR4, copia certificada del expediente clínico conformado en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34 y seis placas fotográficas de V1. Además, el 19 de

enero de 2002, mediante oficio 20, SP12 remitió a AR4 seis placas fotográficas que le fueron tomadas a V1.

138. Un año cuatro meses después de iniciada la Averiguación Previa 1, el 12 de noviembre de 2002, AR5 recibió copias certificadas del expediente clínico que le remitió AR9. Tres meses después, el 26 de febrero de 2003, AR5 ordenó que personal de la “PGJ” se trasladara hasta la comunidad de Santa Cruz Itundujia *“para tomar la declaración de la ofendida.”*

139. Tres años cuatro meses después de iniciada la Averiguación Previa 1, el 6 de octubre de 2004, AR6 recibió la Averiguación Previa No. 2 por instrucciones de AR7, la cual se tramitaba en contra de quien o quienes resultaran responsables por el delito culposos de lesiones, y la radicó y registró con el mismo número. AR6 hizo constar que no recibió un cuadernillo de copias certificadas del expediente clínico de V1, sino un cuadernillo de copias simples, y que “las fotografías”, sin precisar cuáles, no estaban agregadas.

140. El 25 de octubre de 2004, AR6 entregó la Averiguación Previa 2 a AR7 para que este último requiriera a los Agentes del Ministerio Público que habían conocido de dicha indagatoria, las placas fotográficas extraviadas. Casi tres meses después, el 17 de enero de 2005, AR7 comunicó a AR6 que no fueron localizadas las placas fotográficas, y le devolvió la Averiguación Previa 2 para continuar con el trámite correspondiente.

141. Cinco años seis meses después de iniciada la Averiguación Previa 1, el 4 de enero de 2007, AR8 remitió la Averiguación Previa 2 a la Mesa VI de Responsabilidad Oficial, Médica y Técnica, en virtud de que las actuaciones en la indagatoria tenían carácter médico.

142. El 15 de febrero de 2007, cuando habían transcurrido cinco años, siete meses a partir de la fecha de inicio de la Averiguación Previa 1, AR9 recibió y radicó con el mismo número la Averiguación Previa 2 (antes 1), y el 4 de mayo de 2007, casi seis años después de iniciada la indagatoria 1, mediante oficio 055/2007, solicitó un dictamen a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico. Dicha Comisión le remitió el Dictamen Médico 1 el 31 de julio de 2007, en el que se determinó que *“[...] Tomando como base las evidencias analizadas en el expediente de la Averiguación Previa [2 o 1] se puede observar que [...] en el caso de la médico anestesióloga [AR1], [...], de acuerdo a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana número 170-SSA1-1998 para la práctica de anestesiología se detectó que no cumplió con la lex artis médica, [...] [V1] presentó compromiso neurológico que condicionó las secuelas de encefalopatía anoxoishémica. [...]”*

143. Casi ocho años después del inicio de la Averiguación Previa No. 1, el 13 de mayo de 2009, AR9 solicitó al IMSS los nombres completos de los médicos y anestesióloga que intervinieron en la cirugía practicada a V1; la información solicitada, excepto el nombre completo de AR2, fue remitida por la Titular de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS, mediante oficio 219001/410100/1.4(CIVIL-PENAL/0733 del 16 de junio de 2009).

144. El 27 de noviembre de 2009, AR10 ordenó solicitar la colaboración del agente del Ministerio Público de Santa Cruz Itundujia, Putla de Guerrero, Oaxaca, para que practicara nuevamente una diligencia de certificación de lesiones y del estado de salud de V1, con asistencia del perito médico legista, dependiente del Instituto de Servicios Periciales de la “PGJ”.

145. Transcurridos más de ocho años del inicio de la indagatoria, el 25 de febrero de 2010, les fueron tomadas sus declaraciones a V3, V4 y V5, en las que

precisaron circunstancias de modo, tiempo y lugar en relación con lo ocurrido a V1; y fue emitido un dictamen de responsabilidad médica profesional, suscrito por dos peritos médicos legistas de la “PGJ”, en el que determinaron la existencia de *“[...] una serie de irregularidades durante el manejo por parte de la anestesióloga [AR1] médico adscrito al Hospital de Zona No. 34 del Instituto mexicano del seguro Social en la ciudad de Tlaxiaco. No se justificó en la nota médica de anestesiología el riesgo quirúrgico según el ASA. No se describe el estado nutricional de la paciente. No se encuentra la hoja de consentimiento preoperatorio de consentimiento (sic) bajo información para procedimiento quirúrgico. No se realizó la hoja de registro anestésico, La anestesióloga no llevó una monitorización periódica de la saturación de oxígeno mediante la oximetría de pulso en el momento en que se realizó la cirugía (este procedimiento ayuda a determinar la saturación de oxígeno en la sangre). La monitorización de presión arterial no fue la adecuada al tomarse como mínimo cada cinco minutos en esta caso sí se detectó el descenso de la presión arterial, lo más adecuado y en base a las condiciones clínicas en que se encontraba en ese momento la paciente era adecuado (sic) tomar el registro cada dos o tres minutos para tomar las medidas adecuadas (sic) y preventivas.”* Los mencionados peritos concluyeron que el estado de salud de V1 *“[...] posterior a la intervención quirúrgica a la que fue sometida (se) debe a una serie de irregularidades en el manejo que recibió [...] antes y durante el procedimiento quirúrgico, en el cual no existe un monitoreo de la T.A., se menciona pero no se documenta, lo que condiciona un manejo inadecuado durante la cirugía, los cuales fueron factores que llevaron a la paciente a un paro cardiorrespiratorio, con una serie de eventos metabólicos que se mencionan. [...] se presentaron en forma súbita dos paros cardiorrespiratorios (el cual consiste en el cese de las funciones vitales) debido a esto se presentó en forma consecutiva una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y el cerebro es un órgano diana (sic) de nuestro cuerpo el cual no puede vivir sin el aporte de oxígeno y de forma inmediata se presenta la muerte neuronal (mueren células*

cerebrales de forma irreversible) dejando como secuelas una decorticación (daño cerebral severo) y así mismo se presenta un daño generalizado irreversible del resto del cuerpo [...].”

146. Después de ocho años de iniciada la Averiguación Previa 1, el 2 de marzo de 2010, AR10 certificó cinco fotografías de V1.

147. Casi nueve años después, el 13 de mayo de 2010, mediante oficio C-120, AR10 solicitó al Titular de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS, los números de cédulas profesionales de AR1 y de otras personas que laboraban en el Hospital Rural de Solidaridad No. 34, petición que fue atendida mediante oficio 219001/410100/1.4/CIVIL-PENAL/904, del 31 de mayo de 2010, por el que se informó que no fue localizado el documento relativo al número de cédula profesional de AR1 en el expediente respectivo; y mediante oficio No. 407 del 18 de marzo de 2010, la Secretaría de Educación Pública (SEP) informó a la autoridad ministerial el número de cédula profesional de Médico Cirujano de AR1 y precisó que no encontró registro de especialidad alguna, con la aclaración de que la persona de la cual se solicitó información y no apareció registrada, podía tener título profesional o haber realizado estudios en el extranjero y no solicitar a la Dirección General de Profesiones de la SEP, el registro de título profesional y expedición de cédula profesional con efecto de patente, o bien, haberlo registrado en otra entidad federativa. Al respecto, no pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que el IMSS no tenía en sus archivos algún documento oficial que acreditara que AR1 era Médico Cirujano y que podía ejercer esa profesión, y menos aún, el documento oficial que acreditara que realizó y concluyó la especialidad en Anestesiología.

148. Diez años después de iniciada la Averiguación Previa 1, el 19 de septiembre de 2011, AR10 remitió la Averiguación Previa 2 a la Delegación Estatal Oaxaca

de la Procuraduría General de la República, por haber declarado la incompetencia de la “PGJ” para conocer de dicha indagatoria, en virtud de que AR1 era servidora pública federal.

149. El 10 de octubre de 2011, el Agente del Ministerio Público Federal inició la Averiguación Previa 3, procedió a integrarla y el 6 de julio de 2012 ejerció acción penal contra AR1 por los delitos de “Lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional, usurpación de profesión y ejercicio indebido del servicio público”.

150. Lo antes expuesto permite concluir que los representantes sociales del fuero común, a pesar de no ser competentes y actuar negligentemente, integraron la Averiguación Previa 2 durante más de diez años, después de lo cual AR10 declinó su competencia y turnó la Averiguación Previa 2 a la Procuraduría General de la República, lo que se llevó a cabo mediante oficio DEO/3217/2011 del 22 de septiembre de 2011.

151. En el presente caso, los Agentes del Ministerio Público AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR9, AR10 no acataron lo dispuesto en el artículo 65 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca, publicada en el Periódico Oficial el 31 de diciembre de 1983; y el mismo artículo de la Ley Orgánica de la mencionada Procuraduría, publicada en el Periódico Oficial el 1º de mayo de 2008, vigente a partir del día siguiente de su publicación hasta enero de 2012, que establecía *“Cuando no exista detenido, la averiguación previa deberá integrarse y consignarse en un plazo no mayor de noventa días hábiles”*

152. La dilación en el trámite de las investigaciones ministeriales y la falta de determinación oportuna afectó gravemente la seguridad jurídica, porque obstaculizó la procuración y, en su caso, la impartición de justicia, incluso, generó

incertidumbre sobre la aplicación de la ley. La mencionada dilación transgredió lo dispuesto por los artículos 21, párrafo octavo de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 2º y 105 fracción I de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, el 31 de diciembre de 1983, vigente durante el tiempo que los representantes sociales del fuero común llevaron a cabo diligencias en la Averiguación Previa 2; 56, fracciones I, VI y XXX de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Oaxaca, publicada en la Segunda Sección del Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, el 1º de junio de 1996, en relación con el 116, fracción III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; y los numerales 11 y 12 de las Directrices sobre la Función de los Fiscales adoptadas por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en la Habana, Cuba, del 27 de agosto al 7 de septiembre de 1990, que señalan que la actuación de las instituciones de seguridad pública se regirá por los principios de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez; que todo servidor público del Estado de Oaxaca, independientemente de las obligaciones específicas que corresponden al empleo, cargo o comisión, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño del servicio público, está obligado a cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión; observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con las que tenga relación con motivo de éste; abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público; y el deber de los fiscales de desempeñar un papel activo en el procedimiento penal y de cumplir sus funciones con imparcialidad, firmeza y prontitud.

153. En la Recomendación General 16 *“Sobre el plazo para resolver una averiguación previa”*, del 21 de mayo de 2009, esta Comisión Nacional hace mención con apoyo en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, de la necesidad de establecer límites claros a las facultades del agente del Ministerio Público respecto del trámite de la averiguación previa, por lo que se debe establecer un tiempo razonable para el cierre de una investigación, para lo cual se debe considerar: *“a) la complejidad del asunto; b) la actividad procedimental de los interesados; c) la conducta de las autoridades investigadoras, principalmente de la policía judicial, científica, investigadora o ministerial; y d) la afectación que genera el procedimiento en la situación jurídica del probable responsable, la víctima o el ofendido”*.

F. DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS.

154. Este Organismo Nacional considera que en el presente caso resulta aplicable lo dispuesto en la Ley General de Víctimas y en la Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca, vigentes al día en que se emite el presente pronunciamiento, pues estos ordenamientos prevén un conjunto de derechos específicos a favor de víctimas de delitos y de violaciones de derechos humanos, que resultan benéficos y aseguran una mayor protección a las víctimas. Lo anterior, en virtud de que los artículos 1º, párrafo segundo y 14, párrafo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señalan que *“Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.”*, y que es posible dar efecto retroactivo a las leyes si es en beneficio de las personas.

155. Para esta Comisión Nacional es evidente que V1 tiene la calidad de víctima directa, y V2, V3, V4, V5, V6 y V7 la de víctimas indirectas, de conformidad en lo

dispuesto por los artículos 4 de la Ley General de Víctimas; 4, incisos a) y b) de la Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca, publicada en el Periódico Oficial Extra el 28 de noviembre de 2013, y aplicable en el presente caso en virtud de que el daño causado a V1 con motivo de la inadecuada atención médica proporcionada por AR1 está plenamente acreditado para esta Comisión Nacional, además de que fueron causadas lesiones que ponen en peligro la vida de V1; y los numerales 1 y 2 del apartado A de la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, adoptada por la Asamblea General de la ONU el 29 de noviembre de 1985.

156. V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 padecieron victimización secundaria por la dilación en que incurrieron AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR9 y AR10 para remitir las Investigaciones Ministeriales 1 y 2 a la Procuraduría General de la República, quienes declinaron la competencia en favor de su homóloga federal diez años después de la denuncia de hechos correspondiente, y como consecuencia de la realización de diversas diligencias, a pesar de no resultar competentes para conocer de los hechos delictivos que fueron cometidos por AR1 en agravio de V1.

157. En la Recomendación General No. 14 *“Sobre los derechos de las víctimas de delitos”*, emitida el 27 de marzo de 2007, esta Comisión Nacional señaló que las autoridades gubernamentales deben abstenerse de conductas que anulen los derechos de las víctimas o propicien una nueva victimización, generando conciencia de que los problemas que ocasionan el delito y el abuso del poder no terminan con la afectación directa de éstas, sino que además se extiende a terceros.

158. En el presente caso, el deficiente desempeño de la función investigadora del delito cometido en agravio de V1 y de sus familiares, vulnera un conjunto de

derechos que les asisten en su calidad de víctimas de un ilícito penal, los cuales se indican a continuación:

a) ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

159. De las constancias que integran la Investigación Ministerial 1, no se advierte que los representantes sociales del fuero común hubieran realizado las acciones correspondientes para que los familiares de V1 recibieran atención psicológica, omisión que vulneró lo previsto por el artículo 20, apartado C, fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8, apartado C, fracción III, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; y el numeral 14 de la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder.

b) DERECHO A SER INFORMADO.

160. Del análisis practicado a las constancias que integran el expediente tramitado ante esta Comisión Nacional, la Averiguación Previa 1 y la Averiguación Previa 2, no se advierte que V7, en su calidad de denunciante, y demás familiares de V1, hubieran sido informados del desarrollo del procedimiento penal y de los derechos que les asisten en su calidad de víctimas, reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las leyes nacionales y los tratados internacionales aplicables en la materia; y no consta que los representantes sociales del fuero común hayan dejado constancia en las referidas indagatorias de que se les hubiera proporcionado toda la información necesaria para lograr el pleno ejercicio de cada uno de sus derechos.

161. Lo anterior vulneró lo indicado en los artículos 20, apartado C, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8, apartado C, fracción I,

de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 5 y 6, inciso a) de la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder.

c) ACCESO A LA JUSTICIA.

162. La dilación en que incurrieron los representantes sociales del fuero común para remitir la Investigación Ministerial 2 a la Procuraduría General de la República, y para realizar diversas diligencias que constan en dicha indagatoria, originó la prescripción del ejercicio de la acción penal por la probable responsabilidad de AR1, lo que vulnera el derecho de acceso a la justicia de V1 y de sus familiares, reconocido en los artículos 17, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 11 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, que señalan el derecho de las víctimas a que se les administre justicia por tribunales que la impartirán en los plazos y términos que establezcan las leyes.

163. En el ámbito internacional, este derecho fundamental se encuentra reconocido por los artículos 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 10 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes y del Hombre; 4 y 5 de la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder.

164. La imposibilidad para las víctimas de un delito de acceder a la justicia genera impunidad. Sobre este tema la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su sentencia de 26 de mayo de 2001 (*Reparaciones y Costas*), “Caso de los ‘Niños de la Calle’ (*Villagrán Morales y otros*) vs. Guatemala”, sostuvo que “[...] el Estado “tiene la obligación de combatir [la impunidad] por todos los medios legales

disponibles ya que [ésta] propicia la repetición crónica de las violaciones de derechos humanos y la total indefensión de las víctimas y de sus familiares”¹⁵

165. En la citada Recomendación General 14, que emitió esta Comisión Nacional “*Sobre los derechos de las víctimas de delitos*”, se señaló en los Antecedentes sobre dicho tema que el tratamiento deficiente e indigno que padecen las víctimas del delito es frecuente y deriva, entre otras, en irregularidades en el trámite de la indagatoria, falta de asesoría jurídica y apoyo médico y psicológico, omisiones de brindar auxilio oportuno y efectivo para garantizar su seguridad, falta de capacitación de los servidores públicos para atender a personas en crisis que minimizan el evento al cuestionar, descalificar e ignorar a las víctimas, bajo el argumento de excesivas cargas de trabajo, lo que propicia que las víctimas perciban el acceso a la justicia y a la reparación del daño fuera de su alcance.

V. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

166. No escapa a la atención de esta Comisión Nacional que V1 se encuentra en diversas condiciones de vulnerabilidad, inmersa en una situación generada por su condición de mujer, indígena, de pobreza, discapacidad permanente y por la victimización secundaria que padeció, razones por las cuales la reparación integral de los daños que le fueron ocasionados debe efectuarse de manera pronta y efectiva.

167. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero, además, otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1°, párrafo tercero,

¹⁵ Párrafo 100.

de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la *Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, y 1, 2 y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

168. En el presente caso, al acreditarse violaciones a los derechos humanos de protección de la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia que derivó en el daño al proyecto de vida de V1 y de V2, atribuibles a AR1, con fundamento en lo previsto por los artículos 96, 106, 110, fracción V, inciso c) de la Ley General de Víctimas, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional le remitirá copia de la presente Recomendación.

169. Del mismo modo, con fundamento en los artículos 95, 96, 97, fracción III, inciso c), 103, 105, 106, fracción II, Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca, publicada en el Periódico Oficial Extra el 28 de noviembre de 2013, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la debida procuración de justicia y de las víctimas de delito en agravio de V1 y sus familiares, cometidas por servidores públicos de la “PGJ”, se les deberá inscribir en el Registro Estatal de Víctimas del Estado de Oaxaca para que se proceda a la reparación del daño en los términos de la Ley citada.

170. Con fundamento en lo indicado por los artículos 1, cuarto párrafo de la Ley General de Víctimas; 6, fracción XVIII, 12, 14, fracción III y 30 de la Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca, las víctimas de delitos y de violaciones a derechos humanos tienen derecho a la reparación integral de los daños que se les ocasionaron, la cual comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido, o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante.

171. Los hechos y evidencias a que se refiere la presente Recomendación, así como el “Informe pericial antropológico con perspectiva de género” relativo al Toca Penal [1]”, suscrito por dos peritos de la Fundación FUNDAR Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, acreditan que a V1 se le causaron los siguientes daños:

- a) Encefalopatía anoxoischémica que generó su discapacidad física (inmovilidad motora total) y psicosocial permanente e irreversible como consecuencia de una deficiente atención de AR1, médica anestesióloga adscrita al IMSS.
- b) Lo anterior causó a V1 una dependencia completa de otras personas para la satisfacción básica de sus necesidades.
- c) Del mismo modo, provocó la anulación de su proyecto de vida.
- d) Las lesiones que se le causaron a V1 por mala praxis médica, se clasifican

como lesiones que ponen en peligro la vida, por lo que la integridad personal de V1 se encuentra en riesgo permanente.

- e) Le fue colocado en su cuerpo un dispositivo intrauterino, sin su consentimiento informado y no le ha sido retirado.
- f) Victimización secundaria por la indebida procuración de justicia atribuible a diversos Agentes del Ministerio Público de la “PGJ”, quienes tardaron más de diez años en declinar su competencia y remitir las Averiguaciones Previas 1 y 2 al Ministerio Público Federal, lo que generó la extinción del ejercicio de la acción penal en contra de AR1.

172. Para esta Comisión Nacional se acredita que a V2, se le causaron los siguientes daños:

- a) La situación de deterioro económico de la familia genera vulnerabilidad a V2 en caso de enfermedad o accidente.
- b) No se le practicó alguna valoración médica de los daños padecidos al momento de su nacimiento; y se le ha brindado insuficiente atención psicológica por la afectación emocional que pudiera padecer por el estado de salud de V1, el cual, por otra parte, afectó su proyecto de vida.
- c) La precariedad económica de su familia afecta la posibilidad de que continúe sus estudios.

173. Además, a los familiares de V1 (V3, V4, V5, V6, V7 y V8) les fueron causados los siguientes daños:

- a) Deterioro económico por la atención que han brindado a V1, que ha implicado contraer deudas, e incluso, V7 emigró algunos años a otro país para encontrar una fuente de ingresos.
- b) Restricciones en su tiempo, movilidad y para participar en otras actividades económicas, a causa de la atención cotidiana que deben brindar a V1.
- c) Restricciones para ser beneficiarios de programas gubernamentales como el IMSS “prospera” (antes “oportunidades”), al no poder acudir a las pláticas que se les requiere.
- d) Daño emocional como consecuencia del estado de salud de V1.
- e) Afectación a su proyecto de vida al modificar sus planes y decisiones en virtud de la atención que le han brindado a V1, tales como continuar sus estudios o formar su propia familia.

174. La Ley Reglamentaria del Artículo 4 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, en Materia de Justa Reparación del Daño en Derechos Humanos para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca, en su artículo 17 señala que *“El denominado proyecto de vida atiende 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.”*

175. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su sentencia de 27 de noviembre de 1998 (*Reparaciones y Costas*), Caso Loayza Tamayo contra Perú, 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.”¹⁶

176. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos antes mencionados causaron un daño al proyecto de vida de V1 y de sus familiares, puesto que la encefalopatía anoxoischémica que padece genera su discapacidad física (inmovilidad motora total) y psicosocial permanente e irreversible, y le causaron una dependencia completa de otras personas para la satisfacción básica de sus necesidades, todo lo cual anuló su desarrollo personal; aunado a lo anterior, la atención que sus familiares le han brindado de tiempo completo ocasionó la modificación de sus planes de desarrollo personal.

177. Este Organismo Nacional reconoce la disposición del IMSS para llevar a cabo las siguientes medidas de reparación:

a) “Atención médica vitalicia, quirúrgica, psicológica, farmacéutica y hospitalaria que requiera [V1] y sus familiares, a través de un seguro para la familia.”

b) “Indemnización del daño personal y moral causado a [V1]. Para ello, el monto correspondiente se calculará de conformidad con los parámetros

¹⁶ Párrafos 147, 148.

previstos en el artículo 14, fracción I y II, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.”

“En relación al pago de indemnización, deberá determinarse un esquema jurídico mediante el cual, el monto que reciba [V1] por concepto de indemnización compensatoria, se administre y destine eficazmente para su manutención.”

“Al respecto cabe destacar que el esquema jurídico correspondiente se pondrá a consideración de quien tenga derecho a decidir por [V1].”

“En ese sentido, conforme a lo previsto en el artículo 504 del Código Civil para el Estado de Oaxaca, el padre de [V1] o bien, la madre, son sus tutores legítimos, pues además de padecer de una incapacidad permanente total, su hijo, [V2], es menor de edad y no puede desempeñar la tutela de su madre.”

c) “Implementación de medidas preventivas y correctivas por parte de la Delegación del IMSS en Oaxaca, en donde se establezcan capacitaciones en sus unidades médicas sobre el seguimiento obligatorio de las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de Anestesiología y NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar.”

A lo anterior, el IMSS, mediante oficio 0952174000/0312 de 26 de agosto de 2015, hace referencia, además, al Acuerdo de 22 de enero de 2012 dictado por el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito, en los siguientes términos:

“Ahora bien, del análisis al acuerdo de referencia, se desprende que el IMSS-OPORTUNIDADES, podrá en su ámbito de competencia, brindar las medidas de reparación integral siguientes:

a) Medidas de rehabilitación: atención de salud vitalicia del IMSS a la paciente y a su menor hijo, que garantice el máximo nivel de salud posible.

b) Valoración médica y de rehabilitación. Valoración integral médica especializada que pueda determinar si la paciente goza del más alto nivel de salud posible bajo su condición física y neurológica actual.

c) Valoración ginecológica. Confirmación del dispositivo intrauterino posterior al parto y, si la permanencia de dicho dispositivo representa un riesgo para su salud.

d) Servicios de salud interculturales. Destinados a la atención de mujeres y la atención de emergencias gineco-obstétricas.

e) Campañas de información. Dirigidas a la población en general y en especial a las mujeres indígenas (para brindar información sobre los métodos de planificación familiar).”

f) Indemnización compensatoria. Pago por concepto de reparación del daño personal y moral tanto para la paciente como para sus familiares, al tener éstas el carácter de víctimas indirectas.”

i. Medidas de Rehabilitación.

178. Esta Comisión Nacional reconoce que del 9 de julio de 2014 al 12 de agosto de 2015, el IMSS realizó estudios clínicos a V1 y le proporcionó atención médica, odontológica, psicológica y de rehabilitación física; de igual forma brindó atención psicológica a V2, odontológica a V3 y V4, y atención médica en nutrición a V6; e hizo entrega de un botiquín médico y dos despensas a los familiares de V1. No obstante lo anterior, de las constancias remitidas a este Organismo Nacional, se advierte que el 25 de octubre de 2014 se le tomó un electroencefalograma a V1, cuyos resultados no han sido entregados a sus familiares.

179. De conformidad con lo dispuesto por los artículos 7, fracción XXIII, 26, 27, fracción II, 62, fracciones I y VI, 63 de la Ley General de Víctimas; y los estándares internacionales, considerando que la rehabilitación tiene el propósito de facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos, debe proporcionarse a V1, la atención médica especializada de tercer nivel, que incluya una nueva valoración neurológica y rehabilitación periódica, constante y permanente; y atención médica a V2 que permita determinar si existe alguna afectación a su salud con motivo de la atención médica que le fue proporcionada en la fecha de su nacimiento, y se le continúe brindando la atención médica correspondiente de manera vitalicia, de conformidad en las acciones de reparación del daño que el IMSS está en posibilidad de llevar a cabo y que comunicó a esta Comisión Nacional, mediante oficio 0952174000/0312, de 26 de agosto de 2015, suscrito por su Director Jurídico.

180. Deberá realizarse una valoración ginecológica a V1 para confirmar o descartar si le fue colocado un dispositivo intrauterino, y en caso de que así sea, valorar los riesgos para su salud.

181. Debe proporcionarse atención psicológica y tanatológica a V1, en la medida que lo permita su estado de salud, y a V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 por personal profesional especializado, de forma continua, hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, género y rasgos culturales.

182. La atención médica y psicológica antes precisada deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, para lo cual se les deberá otorgar información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser proporcionados por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos, transportación para su atención, gastos de alimentación y hospedaje, en caso de ser necesarios, y toda aquélla que sea indispensable para su completa rehabilitación a fin de contrarrestar los efectos de los actos perpetrados en su contra. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad victimológica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ii. Garantías de no repetición.

183. Las garantías de no repetición 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, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas.

184. La Ley Reglamentaria del Artículo 4 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, en Materia de Justa Reparación del Daño en Derechos Humanos para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca, en su artículo 18 señala que *“El deber de prevención 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.”

185. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de derechos Humanos, en su sentencia del 29 de julio de 1988, “*Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” (Fondo), 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.*”¹⁷

En el presente caso, los hechos descritos constituyen una infracción al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, V2 y de sus familiares.

186. Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1, tercer párrafo, 26, 27, fracción V, 74, fracción IX, 75, fracción IV de la Ley General de Víctimas; 52, 53, fracciones I, II, III, IV y V, 54 de la Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca, las autoridades involucradas en el presente caso deberán llevar a cabo las siguientes medidas de no repetición de los hechos victimizantes:

¹⁷ Párrafo 175.

a) Instituto Mexicano del Seguro Social:

187. Deberá diseñar y llevar a cabo un Programa integral de capacitación y formación, dirigido a todo el personal médico en el Estado de Oaxaca, en el que se incluyan temas relativos a los derechos humanos de los pacientes, indígenas, mujeres y personas con discapacidad, y las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, en particular las relativas a la práctica de la Anestesiología, expediente clínico y servicios de planificación familiar, con el objetivo de que cuenten con los conocimientos legales, técnicos y científicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta, oportuna y efectiva.

188. Emitir una Circular en la que se instruya al personal médico el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas relativas a la práctica de la Anestesiología, la integración del expediente clínico y planificación familiar; y emitir otra circular en la que se instruya al personal médico se abstenga de imponer el uso de algún método anticonceptivo, sin el consentimiento informado y completo de la interesada.

189. Supervisar y verificar si todos los hospitales y clínicas del IMSS del Estado de Oaxaca cuentan con el equipo médico y quirúrgico necesario para la atención de partos y realización de cesáreas, en particular el equipo que debe usar el personal con especialidad en Anestesiología. De no ser así, realizar las acciones correspondientes.

190. Conforme a las acciones de reparación del daño que el IMSS está en posibilidad de llevar a cabo y que comunicó a esta Comisión Nacional, este Instituto deberá brindar servicios de salud interculturales destinados a la atención de mujeres y de emergencias gineco-obstétricas; y campañas de información dirigidas a la población en general, en especial a las mujeres indígenas, a través

de las cuales se brinde información completa, clara y precisa sobre los métodos anticonceptivos y sus derechos sexuales y reproductivos.

b) Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca.

191. Deberá diseñar y llevar a cabo un Programa integral de capacitación y formación, dirigido a todo su personal, principalmente a Agentes del Ministerio Público, en los que se incluyan temas relativos a los derechos humanos de las víctimas de delitos, en particular, de mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad, y la adecuada procuración de justicia, con el objetivo de que los servidores públicos involucrados en la investigación de hechos delictivos cuenten con los elementos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta, oportuna y efectiva.

192. Para una correcta procuración de justicia, se considera indispensable que se emita una Circular dirigida a todo el personal de la “PGJ”, en la que se les instruya que en los casos en los cuales no sean competentes para conocer de los hechos, los remitan de inmediato a la autoridad investigadora competente, así como a respetar y garantizar los derechos humanos de las víctimas de delitos, en particular, cuando se trate de mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad, cuyos casos deberán atender e investigar con la debida diligencia y en un plazo razonable, y sean enviadas a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

iii. Compensación.

193. En su sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), “*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.”¹⁸

a) Instituto Mexicano del Seguro Social:

194. En términos de lo que establecen los artículos 1, párrafo cuarto, 6, fracción V, 26, 27, fracción III, 64, 67, 69 de la Ley General de Víctimas, en el presente caso se considera procedente el pago de una compensación a V1, V2 y sus familiares, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de los hechos cometidos y de las violaciones de derechos humanos sufridas, la cual deberá otorgarse por los daños material y moral causados que sean consecuencia del delito y de las violaciones de derechos humanos acreditadas ante este Organismo Nacional.

195. El pago por el daño material deberá considerar el daño emergente y el lucro cesante. El daño emergente comprende la afectación patrimonial derivada directamente de los hechos que transgredieron los derechos humanos de V1, V2 y sus familiares. El lucro cesante se refiere a la pérdida de ingresos económicos futuros que es posible cuantificar a partir de ciertos indicadores mensurables y objetivos, de conformidad con lo enunciado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”.

196. Además, las violaciones a derechos humanos antes precisadas causaron daño moral a V1, V2 y sus familiares. Lo anterior se acredita con las actas

¹⁸ Párrafos 300 y 301.

circunstanciadas en las que consta que el 9 de julio de 2014 y 13 de mayo de 2015, personal de esta Comisión Nacional brindó apoyo psicológico a V3 y V5, quienes presentaron *“afectividad levemente aplanada”*, lo cual es un signo que se relaciona con la depresión, derivada de ver frustrado el desarrollo de su proyecto de vida personal, lo que indica un deterioro significativo de su estado psicoemocional.

197. Por lo anterior, la compensación que se otorgue deberá incluir una indemnización por el daño moral causado a V1, V2 y sus familiares como consecuencia de las violaciones a sus derechos humanos a que se refiere la presente Recomendación, de conformidad en lo dispuesto por el artículo 64, fracción II de la Ley General de Víctimas que indica: *“[...] El daño moral comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas e indirectas, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y toda perturbación que no sea susceptible de medición pecuniaria;”*.

198. Debe tenerse presente que la Ley General de Víctimas, en su artículo 65, inciso c) establece que todas las víctimas de violaciones a los derechos humanos serán compensadas con motivo de la resolución que emita un organismo público de protección de los derechos humanos. Lo anterior, tomando en consideración el daño emergente y el lucro cesante que ha sido materia de pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

b) Gobierno del Estado de Oaxaca:

199. En términos de lo que establecen los artículos 32, 33, 36, inciso c) 37, 38, 41, 42, 44, 46 de la Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca; en el presente caso se considera procedente el pago de una compensación a V1, V2 y sus familiares, de forma apropiada y proporcional a la

gravedad de los hechos cometidos y de las violaciones de derechos humanos sufridas, la cual deberá otorgarse por los daños causados con motivo de las irregularidades cometidas por las autoridades ministeriales precisadas en la presente Recomendación, que derivaron en la prescripción del ejercicio de la acción penal en contra de AR1 y por tanto en impunidad.

c) Compensación a V2 para la realización de sus estudios.

200. En el “Informe pericial antropológico con perspectiva de género” relativo al Toca Penal [1]”, suscrito por dos peritos de la Fundación Fundar Centro de Análisis de Investigación, Asociación Civil, consta que V2 es el segundo lugar en la escuela por su desempeño escolar, *“[...] Le gusta leer, escribir cuentos que relata a su madre, trabajar en computadora y tiene aspiraciones de continuar estudiando [...] sabe quién es su madre, pues sus familiares siempre han reconocido el lugar que ocupa [V1] en la familia. Para él tanto como a sus familiares más cercanos, el “estado vegetal” de [V1] no niega el hecho de que ella está viva y es madre, hermana e hija en la familia”*¹⁹

201. En el presente caso, en virtud de las transgresiones a los derechos humanos a que se refiere la presente Recomendación y los daños ocasionados a V1 y sus familiares, lo cual pone en riesgo el proyecto de vida de V2, se considera procedente que el Gobierno del Estado de Oaxaca realice las acciones conducentes para la creación de un fideicomiso, con el propósito de que V2 cuente con recursos económicos suficientes para concluir sus estudios, que además le permitan cubrir sus gastos de alimentación, ropa, calzado, transportación, útiles, libros y cualquier material necesario para cursar sus estudios.

¹⁹ Pág. 16.

202. Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 13, fracción XI, 37, fracción II; 57, párrafos primero y tercero, fracciones I, II, V, VI, VII y XVI de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 2º, párrafos primero y tercero; 3º y 4º de la Ley General de Educación, que disponen que toda persona, en particular, niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación, que ésta sea de calidad y contribuya al conocimiento de sus propios derechos, basada en un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva; que todos los habitantes del país deben cursar la educación preescolar, primaria y secundaria; la obligación de las autoridades federales, entidades federativas y municipales de diseñar, implementar y evaluar programas y políticas públicas, a través de acciones afirmativas tendentes a eliminar los obstáculos que impiden la igualdad de acceso y de oportunidades a la educación; que los programas respectivos consideren la edad, madurez, circunstancias particulares y tradiciones culturales de niñas, niños y adolescentes; la obligación de adoptar medidas orientadas hacia el pleno ejercicio del derecho a la educación; destinar recursos humanos, materiales y presupuestarios adecuados y suficientes para garantizar la educación de calidad; adaptar el sistema educativo a las condiciones, intereses y contextos específicos de niñas, niños y adolescentes para garantizar su permanencia en el sistema educativo; establecer acciones afirmativas para garantizar el derecho a la educación de niñas, niños y adolescentes de grupos y regiones con mayor rezago educativo, dispersos o que enfrentan situaciones de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, físico, de identidad cultural, origen étnico o nacional, o relacionadas con aspectos de género o prácticas culturales, entre otros; y contribuir a garantizar la permanencia y conclusión de la educación obligatoria de niñas, niños y adolescentes.

203. De igual forma, el derecho a la educación de toda persona y de niñas, niños y adolescentes está previsto en los artículos 13 del Pacto Internacional de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales; 28 y 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 26 y 27 del Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo; 13 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XII de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 14.2 y 14.3 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; y el Principio 7 de la Declaración de los Derechos del Niño.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a ustedes, señores Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social:

PRIMERA. Realizar las acciones correspondientes para reparar los daños ocasionados a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital Rural Solidaridad No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tlaxiaco, Oaxaca, involucrado en los hechos, derivado de la violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1, que tuvo como consecuencia una afectación a su proyecto de vida y de sus familiares, que comprenda una indemnización o compensación; atención médica permanente especializada de tercer nivel, que incluya una nueva valoración neurológica y ginecológica, esta última, para que se descarte o confirme si el dispositivo intrauterino continúa en el cuerpo de V1 y si representa un riesgo para su salud,

se proporcione la información respectiva a sus familiares a fin de que con base en el interés superior de V1, decidan sobre la permanencia o retiro de éste; de igual manera, le proporcione rehabilitación periódica, constante y permanente, y de ser posible atención psicológica y tanatológica, previo consentimiento informado de sus familiares, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Instruir a quien corresponda, a efecto de que mantenga informados periódicamente a los familiares de V1 sobre su estado de salud y cuando éstos lo requieran.

TERCERA. Instruir a quien corresponda, a efecto de que se proporcione atención médica vitalicia a V2; además, previo consentimiento informado, se le brinde atención psicológica y tanatológica, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Instruir a quien corresponda a efecto de que se proporcione, previo consentimiento informado, atención psicológica y tanatológica a V3, V4, V5, V6, V7 y V8, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en las clínicas y hospitales del IMSS en el Estado de Oaxaca, un curso integral de capacitación y formación, dirigido a todo el personal médico, en el que se incluyan temas relativos a los derechos humanos con perspectiva de género y grupos en situación de vulnerabilidad, y las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, en particular las relativas a la práctica de la Anestesiología, expediente clínico y servicios de planificación familiar, con el objetivo de que cuenten con los conocimientos que les permitan desempeñar sus

funciones de manera correcta, oportuna y efectiva, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Emitir una Circular en la que se instruya al personal médico el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas relativas a la práctica de la Anestesiología, la integración del expediente clínico y planificación familiar, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Emitir una circular en la que se instruya al personal médico se abstenga de imponer el uso de algún método anticonceptivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Supervisar y verificar si todos los hospitales y clínicas del IMSS del Estado de Oaxaca cuentan con el equipo médico y quirúrgico necesario para la atención de partos y realización de cesáreas, en particular el equipo que debe usar el personal con especialidad en Anestesiología. De no ser así, realizar las acciones correspondientes para su equipamiento, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Emitir una circular dirigida a los médicos del Hospital Rural de Solidaridad No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tlaxiaco, Oaxaca, en la que se disponga entregar copia de la certificación o, en su caso, recertificación que se tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la experiencia, conocimientos y habilidades suficientes que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA. Inscribir a V1 y sus familiares en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

UNDÉCIMA. En virtud de que la responsabilidad administrativa y penal de AR1 ha prescrito, instruir a quien corresponda, a fin de que, conforme a los procedimientos internos, se determine dejar constancia de la presente Recomendación en su expediente administrativo, y se remita a este Organismo Nacional el documento que acredite su cumplimiento.

DUODÉCIMA. En atención al ofrecimiento de ese Instituto, brindar servicios interculturales destinados a la atención de mujeres y de emergencias obstétricas, y llevar a cabo campañas de información sobre planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos, dirigidas a la población en general y en especial a mujeres indígenas que radican en Santa Cruz Itundujia, Putla de Guerrero, Oaxaca.

A usted señor Gobernador del Estado Libre y Soberano de Oaxaca:

PRIMERA. Instruir a quien corresponda, para que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a V1 y sus familiares, que comprenda una indemnización o compensación; en los términos señalados en la Ley General de Víctimas, en la Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca y en la presente Recomendación, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Crear un Fideicomiso con la finalidad de que V2 cuente con los recursos necesarios y suficientes para realizar y concluir sus estudios, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar y llevar a cabo un curso integral de capacitación y formación, dirigido a todo el personal de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca, principalmente a los Agentes del Ministerio Público, en los que se incluyan temas relativos a los derechos humanos de las mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad, y la adecuada procuración de justicia, con el objetivo de que los servidores públicos involucrados en la investigación de hechos delictivos cuenten con los elementos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta, oportuna y efectiva, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Emitir una Circular dirigida a todo el personal de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca, en la que se les instruya a que en los casos en los cuales no sean competentes para conocer de los hechos, los remitan de inmediato a la autoridad investigadora competente; así como a respetar y garantizar los derechos humanos de las víctimas de delitos, en particular, cuando se trate de mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad, cuyos casos deberán atender e investigar con la debida diligencia y en un plazo razonable; y sean enviadas a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En caso de que la responsabilidad administrativa y penal de AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 haya prescrito, instruir a quien corresponda a fin de que, conforme a los procedimientos internos, se determine dejar constancia de la presente Recomendación, en cada expediente administrativo de los referidos servidores públicos, y se remita a este Organismo Nacional los documentos que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Inscribir a V1 y sus familiares en el Registro Estatal de Víctimas del Estado de Oaxaca, a fin de que tenga acceso al Fondo de Apoyo y Auxilio de las

Víctimas, en términos de lo dispuesto en la Ley de Atención, Asistencia y Protección a las Víctimas del Estado de Oaxaca, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

204. 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 hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

207. 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 el artículo 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, a las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia para que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ