



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 50 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE Q1-V1, Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2, EN EL ENTONCES HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES¹ No. 8 DEL IMSS, EN BOCHIL, CHIAPAS.

Ciudad de México, a 28 de octubre de 2016

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en 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, primer párrafo, 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/1/2014/1479/Q, relacionado con el caso de V1 y V2.

¹ En el Acuerdo ACDO.IN2.HCT.270515/111.P.DA y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico del IMSS, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de junio de 2015, relativo al Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2014, se menciona que: "En 1990, el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a IMSS-Solidaridad (...) Mediante acuerdo 365/2002 de fecha 10 de julio de 2002 (...) se aprobó el cambio de denominación a Programa IMSS-Oportunidades (...) El 5 de septiembre de 2014, se publicó en el DOF el Decreto por el que se crea la 'Coordinación Nacional de PROSPERA Programa IMSS-PROSPERA, mediante acuerdo 240914/219 en sesión celebrada el 24 de septiembre del mismo año." Lo que significa que el programa de ejecución de hospitales rurales de oportunidades actualmente se denomina "Prospera".

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, en términos de lo establecido 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 la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas Instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán ser identificados como sigue: a) Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); b) Hospital Rural Oportunidades No. 8 del IMSS en Bochil, Chiapas, (HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas) u Hospital Rural Prospera No. 8 del IMSS en Bochil Chiapas (HRP-8);² c) Ley General de Educación (LGE); d) Ley General de Salud (LGS); e) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS-MPSAM); f) Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS (RPM-IMSS); g) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio* (NOM-007-SSA2-1993); h) Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas (NOM-001-SSA3-2012); i) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente Clínico* (NOM-004-SSA3-2012); j) Guía de Práctica Clínica: Vigilancia

² Actualmente, Hospital Rural Prospera, en Buenavista Tomatlán, Michoacán.

y Manejo del Parto o Guía de Práctica Clínica para la Vigilancia y Atención del Parto (GPV-MP); k) Lineamiento Técnico de Cesárea Segura (LTCS); l) Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud que requiere el Sistema Nacional de Salud (Acuerdo) y m) Bases para la Instrumentación del Servicio Social de Profesiones para la Salud (Bases).

I. HECHOS

4. El 26 de diciembre de 2013, aproximadamente a las 05:00 a.m., Q1-V1 (mujer de 21 años) quien cursaba con su primer embarazo, acudió al servicio de urgencias del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, por lo que fue atendida por AR1 quien la auscultó y la diagnóstico con *“embarazo de 40.2 semanas de gestación en pródromos de trabajo de parto”* más ruptura prematura de membranas de 3 horas de evolución y delicada; ese mismo día, Q1-V1 fue atendida por PMSS1 quien le realizó varios tactos y le colocó una pastilla de *“Zitotec”*³ para provocar el *“dolor de parto en la paciente y aligerar el nacimiento del producto [V2]”*.

5. Cada media hora, PMSS1 continuó auscultando a Q1-V1 para verificar su dilatación, acciones que realizó hasta las 22:00 horas del 26 de diciembre de 2013, momento en el que PMSS1 percibió que Q1-V1 contaba con *“diez dilataciones”*, por lo que fue trasladada a la sala de expulsión del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

³ Misoprostol, inductor del trabajo de parto.

6. En la sala de expulsión PMSS1 volvió a realizarle el *“tacto”* a Q1-V1 y le dijo que *“(…) aún falta para que pueda tener [a su] bebé”*, por lo que salió de la sala de expulsión y dejó sola a Q1-V1 aproximadamente *“una hora”*. Trascurrida dicha hora, PMSS1 regresó y realizó otro *“tacto”* a la paciente, a quien le indicó que aún faltaba para que naciera V2, sin embargo, Q1-V1 le dijo que tenía *“fuertes los dolores”*, que *“sentía que mi bebé ya iba a nacer”*, a lo que contestó PMSS1 que ella *“tuviera a [su] bebé sola”* mientras Q1-V1 le insistía que *“sentía que [su] bebé estaba teniendo sufrimiento fetal”*.

7. Q1-V1 pidió a PMSS1 que le realizara una cesárea pero PMSS1 continuó sin atender sus peticiones y volvió a salir de la sala de expulsión dejando nuevamente sola a la paciente y *“sin ninguna ayuda”*.

8. Aproximadamente media hora después, PMSS1 y MR4GO1 ingresaron a la sala de expulsión, PMSS1 notó que V2 tenía *“el ritmo cardíaco muy bajo”*, por ello, MR4GO1 pidió que pasaran a Q1-V1 a la sala de parto, en donde pidieron a Q1-V1 que pujara para que V2 pudiera nacer pero la paciente ya no tenía fuerzas y sintió que V2 se movía *“más lento”*.

9. Q1-V1 sintió como la cabeza de V2 salió debido a la presión que ejerció MR4GO1 sobre su estómago; V2 nació a las 01:00 horas del 27 de diciembre de 2013, pero Q1-V1 notó que V2 no lloraba, por lo que a partir de su nacimiento hasta aproximadamente media hora después, preguntó a los médicos lo que estaba ocurriendo pero nadie le contestó y MR4GO1 limpió a Q1-V1 para extraerle la placenta.

10. Posteriormente Q1-V1 fue trasladada a la sala de recuperación junto con V2 a quien intubaron y le dieron oxígeno; una médico informó a Q1-V1 que V2 se encontraba grave y que la pasarían al pediatra para estabilizarla, por lo *“mal que había nacido”*.

11. Encontrándose aún Q1-V1 en la sala de recuperación y somnolienta, sintió como una enfermera *“agarraba mi mano y me hacía poner mi huella en documentos de manera inconsciente, desconociendo qué tipo de papeles hizo que yo pusiera mis huellas (sic)”*.

12. V2 fue trasladada a pediatría mientras Q1-V1 fue hospitalizada; a las 13:00 horas del 27 de diciembre de 2013, Q1-V1 visitó a V2 en los cuneros y MR4PM1 le informó que V2 se encontraba muy mal *“porque al nacer sufrió un infarto y por lo tanto era necesario que la entubaran (sic) y la pusieron en oxígeno”*.

13. Ese mismo día, a las 17:00 horas, Q1-V1 fue dada de alta del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, y V2 permaneció hospitalizada; a las 21:30 horas de ese mismo día V3 llamó a Q1-V1 para informarle que V2 había fallecido por *“choque cardiogénico, insuficiencia renal e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido”*; una vez que les entregaron el cuerpo de V2 a Q1-V1 y V3, se percataron que la *“(…) boquita [de V2] estaba lastimada, le faltaba un pedazo de labio, creemos que al momento de entubarla (sic) la agarraron sin cuidado como cualquier objeto sin tomar las precauciones, sin tomar en cuenta que era un ser humano el que estaban atendiendo.”*

14. El 15 de enero de 2014, Q1-V1 presentó ante este Organismo Nacional, escrito de queja, y anexó un documento dirigido al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico en el Distrito Federal; la queja se radicó con el número de expediente CNDH/1/2014/1479/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se obtuvieron informes y expedientes clínicos de Q1-V1 y V2 que remitió el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

15. Queja presentada el 15 de enero de 2014 por Q1-V1 –vía correo electrónico– ante esta Comisión Nacional, a la que anexó los siguientes documentos:

15.1 Escrito de queja de 6 de enero de 2014, suscrito por Q1-V1 dirigido al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, a través del cual denunció a PMSS1, al HRO-8 en Bochil, Chiapas del IMSS, al personal médico de este hospital y a quien o quienes resulten responsables de la *“negligencia médica”* cometida en contra de Q1-V1 y V2, así como la pérdida de la vida de esta última; solicitó además que se castigue a los responsables y se le pague: *“una suma económica por concepto de indemnización y reparación de daños”*.

15.2 “Primer Testimonio” de 6 de enero de 2014, suscrito por T1 respecto a la atención médica brindada a Q1-V1 y V2 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

15.3. “Segundo Testimonio”, sin fecha, de V3 en relación con la atención médica otorgada a Q1-V1 y V2 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

15.4. “Tercer Testimonio”, de 6 de enero de 2014, suscrito por T2 respecto a la atención médica brindada a Q1-V1 y V2 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

15.5. “Nota de Evolución y Egreso del Servicio de Ginecología y Obstetricia”, sin hora, de 27 de diciembre de 2013, elaborada por AR5 (omitió anotar su nombre completo y matrícula), MR4GO1, PMSS1 y PMSS2.

15.6. Correo electrónico de las 14:24 horas de 15 de junio de 2014, suscrito por Q1-V1, dirigido a la CONAMED, mediante el cual hizo mención a 10 fotografías, las que indicó eran dos de Q1-V1; cinco de V2 y tres de PMSS1.

15.7. “Cartilla Nacional de Salud” del Gobierno Federal expedida a nombre de Q1-V1.

15.8. Certificado de nacimiento de V2, en el que se asentó como hora del mismo, la 01:00 de 27 de diciembre de 2013.

15.9. Certificado de defunción de V2, en el que se señaló las 20:32 horas del 27 de diciembre de 2013, como la hora y fecha de su defunción, y se precisó como causa de su muerte: *“choque cardiogénico (2 horas 30 minutos), insuficiencia renal (12 horas), hipertensión pulmonar (...) del recién nacido (19 horas), como otros estados patológicos significativos que contribuyeron a*

la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo y asfixia perinatal (20 horas)”.

16. Acta Circunstanciada de 28 de febrero de 2014, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que asentó que se tuvo comunicación telefónica con Q1-V1 ese mismo día, quien indicó que: “(...) la [CONAMED], sólo le entregaron (sic) un oficio en donde le señalaron que iban a seguir adelante con el caso, pero hasta el momento no se ha concluido (...) señaló que aún no han (sic) presentado denuncia (...)”, por lo que se le informó el contenido del artículo 32 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos⁴.

17. Oficio 09521761 4621/0616 recibido en este Organismo Nacional el 1º de abril de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó la documentación que se describe a continuación:

17.1. “Opinión Técnico Médica” de 20 de marzo de 2014, signado por el Director del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, en el que se describieron los antecedentes, diagnósticos, y tratamientos brindados a Q1-V1 y V2 en ese hospital.

⁴ “Artículos 32.- La formulación de quejas y denuncias, así como las resoluciones y Recomendaciones que emita la Comisión Nacional, no afectarán el ejercicio de otros derechos y medios de defensa que puedan corresponder a los afectados conforme a las leyes, no suspenderán ni interrumpirán sus plazos preclusivos, de prescripción o caducidad. Esta circunstancia deberá señalarse a los interesados en el acuerdo de admisión de la instancia.”

17.2. Copia del expediente clínico y notas médicas de Q1-V1 y V2 respecto a los servicios médicos proporcionados en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, entre las que destacan:

17.2.1. “Hoja Frontal” del Expediente Clínico del “Servicio de Ginecología y Obstetricia” de 26 de diciembre de 2013, en el que se señalan como médicos tratantes de Q1-V1 a AR5 y MR4GO1.

17.2.2. “Nota Médica de Urgencias” de las 06:17 horas del 26 de diciembre de 2013, elaborada por AR1.

17.2.3. “Vigilancia y Atención del Parto” [Partograma] de las 06:20 horas de 26 de diciembre de 2013, signado por AR1 (omitió anotar su nombre completo y especialidad).

17.2.4. “Consentimiento Informado” de Q1-V1, sin hora, de 26 de diciembre de 2013, elaborado por AR1.

17.2.5. “Consentimiento Informado” en el que obra la firma de V3, sin hora, de 26 de diciembre de 2013, signado por AR1.

17.2.6. “Nota de Ingreso a Ginecología y Obstetricia” de las 09:30 horas de 26 de diciembre de 2013, elaborada por MR4GO1, PMSS1 y PMSS2.

17.2.7. “Notas Médicas” (sic) de las 22:30 horas de 26 de diciembre de 2013, elaborada por AR4 (omitió anotar su nombre completo y matrícula) y PMSS3.

17.2.8. “Nota de evolución” de las 00:00 horas de 27 de diciembre de 2013, realizada por AR4 (nombre y matrícula o cédula ilegibles).

17.2.9. “Nota Postparto” de las 01:30 horas de 27 de diciembre de 2013, elaborada por AR4 (omitió anotar su nombre completo matrícula y firma), MR4GO1 y PMSS1.

17.2.10. “Nota de Evolución Matutina” de las 08:30 horas de 27 de diciembre de 2013, elaborada por MR4GO1, PMSS1 y PMSS2.

17.2.11. “Nota de Contrarreferencia del Servicio de Ginecología y Obstetricia”, hora y fecha ilegibles, elaborada por AR5 (omitió anotar su nombre completo y matrícula), MR4GO1, PMSS1 y PMSS2.

17.2.12. “Indicaciones Médicas” de las 08:00 horas de 27 de diciembre de 2013, elaborada por MR4GO1, PMSS1 y PMSS2, quienes dieron de alta a Q1-V1 del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

17.2.13. “Hoja de valoración para el recién nacido”, sin hora, de 27 de diciembre de 2013, elaborada por AR8 (omitió escribir su nombre, matrícula y especialidad).

17.2.14. Nota de Enfermería, sin hora, de 27 de diciembre de 2013, elaborada por personal de enfermería.

17.2.15. “Hoja Frontal [Pediatria]” de 27 de diciembre de 2013, realizada por los médicos tratantes de Q1-V1, AR6 (omitió anotar su nombre completo y matrícula) y MR4PED1.

17.2.16. “Nota de Ingreso”, fecha y hora ilegibles, elaborada por AR4 (omitió anotar su nombre completo y matrícula), PMSS1 y PMSS3.

17.2.17. “Registros Clínicos, Tratamiento y Observaciones de Enfermería”, de 27 de diciembre de 2013, elaborada por SP1, SP2 y SP3 (omitieron anotar sus nombres completos y matrícula).

17.2.18. “Indicaciones Médicas Postnacimiento” de las 04:00 horas de 27 de diciembre de 2013, realizada por AR4 (omitió anotar su nombre completo y matrícula), MR3A1, PMSS1 y PMSS3.

17.2.19. “Resultados” de Laboratorio de las 18:23 horas de 27 de diciembre de 2013, elaborado por AR9 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y especialidad).

17.2.20. “Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones” de las 21:00 horas de 27 de diciembre de 2013, elaborada por personal de enfermería que omitió escribir su nombre completo y matrícula, quien

señaló que a V2 le dieron: “(...) *cuidados post mortem* [y] *pasa a mortorio* [a las] 21 [horas] (...)”.

18. Oficio 09521761 4621/0697 recibido en este Organismo Nacional el 11 de abril de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó:

18.1. “Informe de Hechos” de 7 de abril de 2014, elaborado por PMSS1, en el que señaló las actividades que realizó como pasante en medicina los días 26 y 27 de diciembre de 2013 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

19. Acta Circunstanciada de 19 de junio de 2014, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se certificó la llamada telefónica sostenida con Q1-V1, quien indicó que: “(...) *la CONAMED le entregó un oficio del IMSS en el que le señalan que su queja se había resuelto como improcedente* (...)”.

20. Opinión médica de 4 de septiembre de 2014, emitida por médicos de esta Comisión Nacional sobre la atención que se proporcionó a Q1-V1 y V2 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

21. Oficio 09521761 4BB1/2619 de 11 de diciembre de 2015, recibido en este Organismo Nacional el 15 de diciembre del mismo año, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó la documentación que se describe a continuación:

21.1. Oficio 07900105 1100/Q.440 de 8 de mayo de 2014, suscrito por el Delegado Estatal del IMSS en Chiapas, mediante el cual informó a Q1-V1 que por Acuerdo de 22 de abril de ese mismo año, la Comisión Bipartita de Quejas del H. Consejo Consultivo del IMSS (Delegación Chiapas) determinó respecto a la solicitud de indemnización CONAMED 1 y Queja 1, que: “(...) *La queja es IMPROCEDENTE medicamente (...) no ha lugar a pago por concepto de indemnización al asegurado (...).*”.

21.2. Oficio sin número de 9 de diciembre de 2015, signado por el Jefe del Área de Investigación a Quejas Médicas del IMSS, mediante el cual señaló que la Queja 2 confirmó la improcedencia de la Queja 1 por los mismos motivos.

22. Oficio 09521761 4BB1/1116 de 25 de mayo de 2016, recibido en este Organismo Nacional el 30 de mayo del mismo año, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó la documentación que se describe a continuación:

22.1. “Transcripción de la Nota Médica Original: Nota de Evolución Pediatría Médica” de las 14:00 horas de 27 de diciembre de 2013, suscrita por MR4PM1.

22.2. “Transcripción de la Nota Médica Original: Nota de Guardia”, hora y fecha ilegibles, elaborada por MR4PM1.

22.3. “Transcripción de Nota Médica Original: Nota de Defunción” de las 22:00 de 27 de diciembre de 2013, elaborada por MR4PM1.

23. Oficio DGC/220/446/2016 de 25 de julio de 2016, recibido en este Organismo Nacional el 29 del mismo mes y año, suscrito por la Encargada del Despacho de la Dirección General de Conciliación de la CONAMED, por el que remitió documentación relacionada con el expediente de queja CONAMED 1, del que destacan:

23.1. “Acta de Recepción de Queja” del expediente CONAMED 1 de 19 de febrero de 2014, por el que Q1-V1 solicitó se tuvieran por reproducidos los *“(...) hechos médicos motivo de su inconformidad a fin de que se lleve a cabo el análisis respectivo (...)”*.

23.2. Estudios de “USG [Ultrasonograma] Obstétrico” de 18 de junio, 9 de julio, 5 de agosto, 11 de noviembre y 12 de diciembre, todos de 2013, elaborados por un médico particular.

23.3. Nota de Indicaciones Médicas de las 9:30 horas de 26 de diciembre de 2013, suscrita por MR4GO1 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y especialidad), por la que se señaló el suministro a Q1-V1 de *“misoprostol”*.

23.4. “Acta de Audiencia” relativa al expediente CONAMED 1, de las 13:50 minutos de 23 de julio de 2014, signada por 2 conciliadores de la CONAMED y un representante del IMSS, en la que se dictó un acuerdo,

que en su punto tercero señala: *“Téngase por concluido el presente expediente de queja, como no conciliado, dejando a salvo los derechos de la parte quejosa para que los haga valer ante las instancias legales que a su interés convenga, y en su oportunidad remítase el expediente al archivo.”*

24. Acta Circunstanciada de 18 de agosto de 2016, en la que consta la gestión telefónica realizada por personal de este Organismo Nacional con Q1-V1, quien indicó que: *“(...) no presentó denuncia penal, ni queja ante otra instancia, señalando que de parte del IMSS tampoco le llamaron, ni buscaron en su domicilio ya que no reconocieron el error”*.

25. Correos electrónicos de 23 de agosto de 2016 remitidos a este Organismo Nacional por el abogado que conoce el asunto de Q1-V1, por los que envió 14 fotografías.

26. “Opinión Técnica Forense” de 30 de agosto de 2016, emitida por personal de esta Comisión Nacional respecto a fotografías que remitió Q1-V1, a través de un abogado particular, el 23 de agosto de 2016.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

27. Q1-V1 presentó, vía correo electrónico, escrito de queja ante esta Comisión Nacional el 15 de enero de 2014 y anexó copia de la queja presentada ante la CONAMED de fecha 06 de enero de 2014.

28. El 28 de febrero de 2014, personal de esta Comisión Nacional, sostuvo comunicación telefónica con Q1-V1, quien indicó que: “(...) *aún no han (sic) presentado denuncia (...)*”.

29. El Delegado Estatal de IMSS en Chiapas informó a Q1-V1 por oficio No. 07900105 1100/Q.440 de 8 de mayo de 2014, que por Acuerdo de 22 de abril de ese mismo año, la Comisión Bipartita de Quejas del H. Consejo Consultivo del mismo Instituto (Delegación Chiapas) determinó respecto a su solicitud de indemnización CONAMED 1 y Queja 1, que: “(...) *La queja es IMPROCEDENTE medicamente (...) no ha lugar a pago por concepto de indemnización al asegurado (...)*”.

30. El 23 de julio de 2014 se celebró en la CONAMED la audiencia de conciliación entre Q1-V1 y un representante del IMSS, este último informó que la Queja 1 era improcedente médicamente. Por lo anterior, en la misma fecha se concluyó el expediente CONAMED 1 como “*no conciliado*”.

31. El 9 de diciembre de 2015, el Jefe del Área de Investigación a Quejas Médicas del IMSS indicó que la Queja 2 confirmó la improcedencia de la Queja 1 y destacó que: “*En el presente caso, cursó [V2] con embarazo a término, normoevolutivo con adecuado control prenatal, durante su ingreso del 26 de diciembre de 2013, presentó buena evolución del trabajo de parto, recibió atención adecuada y oportuna, durante el momento del parto presentó detención en el descenso que condicionó hipoxia perinatal, evolucionó tórpidamente, pese a recibir tratamiento, con hipertensión pulmonar persistente, choque cardiogénico y paro cardiorrespiratorio que fueron factores determinantes en el deceso [de V2].*”

32. El 18 de agosto de 2016, Q1-V1 confirmó a personal de este Organismo Nacional que a la fecha no ha presentado ni denuncia penal ni queja ante otra instancia y que del IMSS no la han llamado o buscado.

IV. OBSERVACIONES

33. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2014/1479/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 permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud (a la libertad, autonomía reproductiva e información), al derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) e integridad personal y al trato digno de Q1-V1, y el derecho a la vida de V2 atribuibles al personal médico adscrito al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, por hechos consistentes en inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

A.- INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN AGRAVIO DE Q1-V1.

34. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía*

de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.”⁵

35. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido el derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud.”⁶*

36. En cuanto al derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“(...) el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”.*⁷ También observó que: *“(...) muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que*

⁵ Época: Décima Época. Registro: 2004683. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3. Materia(s): Constitucional. Tesis: I.4o.A.86 A (10a.). Página: 1759. DERECHO A LA SALUD. FORMA DE CUMPLIR CON LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14 DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA GARANTIZAR SU DISFRUTE; y Época: Novena Época. Registro: 169316 Instancia: Primera Sala. Tipo de Tesis: Aislada (1ª LXV/2008). Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXVIII, julio de 2008, Materia(s): Constitucional, Administrativa. Tesis: 1a. LXV/2008. Página: 457. DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4º. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS.

⁶ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N° 24, párr. 1

resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”; y recalcó que: “(...) es obligación de los Estados garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.⁸

37. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*.⁹

38. Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”)¹⁰, reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

⁸ *Ibidem*, párr. 27.

⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

¹⁰ Adoptado por la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988, y vigente para México desde el 16 de noviembre de 1999.

39. Este Organismo Nacional se ha pronunciado sobre la protección al derecho a la salud en la Recomendación General 15, del 23 de abril de 2009, destacando que debe entenderse como el derecho a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad”*.¹¹

40. La violación al derecho a la protección a la salud, en el presente caso, se analizará de la siguiente forma:

A.1.) Atención médica brindada a Q1-V1 por AR1 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

A.2.) Responsabilidad Institucional y atención médica brindada por MR4GO1, PMSS1 y PMSS2.

A.3.) Atención médica brindada por AR2, AR3, AR4, AR5, MR4GO1, PMSS1, PMSS2 y PMSS3.

A.4.) Violación de los derechos humanos a la libertad y autonomía reproductiva de Q1-V1.

¹¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*.

A.5.) Derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica de Q1-V1 y V2.
Inadecuada integración del expediente clínico.

A.6.) Conclusión respecto al derecho a la protección a la salud de Q1-V1.

A.1) Atención médica brindada a Q1-V1 por AR1 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

41. El 26 de diciembre de 2013, Q1-V1 (mujer de 21 años) acudió al servicio de urgencias del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, aproximadamente a las 05:00 a.m., porque cursaba su primer embarazo, presentaba *“dolor tipo obstétrico”* y *“salida de líquido trasvaginal de 3 [horas de evolución]”*, por lo que fue atendida por AR1 a las 06:17 horas de ese mismo día, quien la reportó con los antecedentes gineco-obstétricos de: *“(…) menarca 11 ritmo menstrual 30x5 (...) 1 gesta (...) abortos 0 cesáreas 0 fecha de última regla 17/03/2013 fecha probable de parto 24/12/13”*, según se advierte de su “Nota Médica de Urgencias”.

42. A la exploración física AR1 encontró a Q1-V1 consciente, orientada en sus tres esferas, con abdomen globoso, útero gestante, fondo uterino de 30 centímetros y con producto único vivo que presentaba *“situación longitudinal [,] presentación cefálica [,] frecuencia cardíaca fetal de 154 por minuto normal intensidad (...)”*, al tacto vaginal reportó cérvix posterior con 2 cm de dilatación, borramiento del 50% valsalva¹², salida de líquido claro con grumos, motilidad fetal presente, actividad uterina de 4 contracciones en 10 minutos, y la diagnosticó como: *“multigesta con*

¹² Es una maniobra a través de la cual se pide a la paciente que “puje” para observar si hay salida o no de líquido amniótico con el fin de comprobar la rotura de bolsa.

embarazo de 40.2 semanas de gestación en pródromos¹³ de trabajo de parto más RPM [ruptura prematura de membranas] de 3 hrs [horas] de evolución estado de la paciente delicada [por la presencia de la ruptura de las membranas] pronóstico reservado a evolución (...)”, y como plan de manejo la ingresó a piso para la conducción del trabajo de parto.

43. Respecto a la atención médica brindada por AR1, los médicos de esta Comisión Nacional destacaron que debió elaborar la historia clínica completa de Q1-V1 con el fin de establecer los riesgos que podían presentar el binomio materno-fetal, además Q1-V1 era primigesta con embarazo a término¹⁴ en trabajo de parto e indebidamente AR1 la reportó como “*multigesta*” cuando era el primer embarazo de Q1-V1.

44. Por lo anterior, AR1 incumplió con lo previsto en el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993, que señala: “*A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica (...)*”, y con el punto 4.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que señala que debe anotarse en el mismo, el: “*(...) padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronósticos (...)*” acordes al estado que presentaba Q1-V1.

¹³ Manifestaciones clínicas que anuncian la proximidad del comienzo del parto.

¹⁴ Es decir, maduro de entre 37 a 41 semanas, de acuerdo con la NOM-007-SSA2-1993, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1995, vigente en la época de los hechos.

45. Asimismo, AR1 debió realizar a Q1-V1, un adecuado interrogatorio, valorar el peso y talla maternos y el riesgo obstétrico¹⁵ con el fin de establecer específicos factores y antecedentes de importancia de la paciente, así como el bienestar del producto de la gestación mediante la realización de ultrasonido obstétrico para cuantificar el líquido amniótico en la cavidad uterina, determinar el bienestar fetal y la edad gestacional de V2, estudio que constituye un elemento de apoyo diagnóstico y que de haberse realizado habría permitido a AR1 observar que V2 tenía el circular de cordón a cuello, por lo que AR1 habría podido decidir la interrupción del embarazo vía cesárea, o bien, establecer una vigilancia estrecha para conocer la evolución respecto al cordón a cuello, situaciones que omitió, y al no realizarlas de manera temprana y oportuna, favoreció las complicaciones perinatales que posteriormente presentaron tanto Q1-V1 como V2, por ello, AR1 inobservó el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993, los puntos 5.4.2 y 5.4.2.1 respecto a que: *“El control del trabajo de parto normal debe incluir: (...)”, “La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos (...)”*, así como el numeral 5.4.1.5 de la misma norma oficial, relativo al uso racional de tecnologías como el ultrasonido¹⁶ con el fin de otorgar una adecuada atención médica al binomio materno-fetal.

¹⁵ El factor de riesgo es la: *“(...) característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño. Por lo que el riesgo obstétrico alto es un aumento real o potencial en la probabilidad de sufrir daños a la salud de la madre o del producto.”* Manual de Atención. Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros. Recién Nacido Sano. Secretaría de Salud, 2001, p. 19

¹⁶ *“En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.”*

46. Asimismo, AR1 inobservó los puntos 6.1.1¹⁷, 7¹⁸, 7.1.4¹⁹ y 7.1.6²⁰ de la NOM-004-SSA3-2012, dado que AR1 asentó equivocadamente en su “Nota Médica de Urgencias” que Q1-V1 era una paciente “*multigesta*” cuando cursaba con su primer embarazo y en la NOM-004-SSA3-2012 se prevé que los médicos deben considerar: “(...) *los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios (...)*”, por lo que AR1 generó una imprecisión respecto al estado de la paciente y la atención que debía proporcionársele dado que la duración del trabajo de parto varía entre una paciente nulípara y una múltipara²¹.

47. Además, AR1 omitió realizar una evaluación cuidadosa respecto a la “*salida de líquido transvaginal de 3 horas de evolución*”, circunstancia que evidenciaba la ruptura prematura de membranas²², por ello, debía observar de manera directa la

¹⁷ “Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;”

¹⁸ “7. De las notas médicas en urgencias”.

¹⁹ “7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;”

²⁰ “7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos;”

²¹ Guía de Referencia Rápida de Vigilancia y Manejo del Parto (GRR-MMP). Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08, pp. 2, 8 y 9.

²² La que de acuerdo con el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura (LTCS)²² es: “(...) *la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20*

salida espontánea de líquido amniótico a través de una especuloscopia²³ para evaluar la presencia del referido líquido en el fondo del saco posterior, y documentar adecuadamente la ruptura de membranas con la prueba de helecho²⁴ y/o nitrazina²⁵, no obstante, ninguna de éstas fue realizada por AR1, además los cambios en la cantidad del líquido amniótico son factores indicativos de afectación del bienestar del producto como sufrimiento fetal²⁶, por lo que era necesaria la ponderación de medidas preventivas como la cesárea; por ello, AR1 incumplió con lo previsto en el LTCS al no realizar los procedimientos indicados para la vigilancia estrecha de la ruptura prematura de membranas que cursaba Q1-V1.

48. Asimismo, AR1 debió elaborar el partograma completo de Q1-V1 antes de pasar a la paciente a piso, ya que en éste debían reportarse los cambios de la misma como el borramiento, la dilatación, las contracturas uterinas y la frecuencia cardíaca fetal que, entre otros elementos, permiten reconocer la evolución del trabajo de parto y establecer las medidas preventivas a seguir, por lo que AR1

semanas y/o por lo menos 2 hrs [horas] antes del inicio del trabajo de parto (...), Secretaría de Salud, 2002, p. 26

²³ Se introduce un espéculo (aparato de plástico) en la vagina que permite abrir la misma para su observación.

²⁴ La secreción vaginal que se encuentra en el fondo de saco vaginal es recolectada con un aplicador de algodón estéril y extendida en una laminilla de vidrio; luego, por un tiempo suficiente (diez minutos o más), se deja secar al aire (no con calor) y se examina al microscopio para buscar la presencia de un patrón arborizado (helecho) el que sería positivo para ruptura de membranas.

²⁵ Es una prueba que se basa en el hecho de que el pH del líquido amniótico (pH 7.0 a 7,5) es significativamente más alcalino que la secreción vaginal normal (pH 4,5 a 5,5). La prueba se realiza tomando una muestra de secreción del fondo del saco vaginal que se extiende en papel de nitrazina. Un cambio a color azul verdoso (pH 6,5) o a azul (pH 7,0) con mucha probabilidad sugiere la presencia de líquido amniótico.

²⁶ Se define como: *“una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular normal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal”*. LTCS, p. 21

inobservó el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993 que dispone: *“A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará (...) el partograma”*.

49. A las 06:20 horas del 26 de diciembre de 2013, AR1 asentó en la “Hoja de Vigilancia y Atención del Parto” (partograma), que Q1-V1 cursaba con *“40.2 SDG [semanas de gestación]/rpm [rompimiento prematuro de placenta] 3 hrs [horas] de evolución”*, sin embargo, AR1 omitió requisitar nuevamente y de forma adecuada y completa el partograma –del que obra sólo la cara frontal-, y en opinión de los médicos de este Organismo Nacional tampoco valoró la altura de la presentación de V2, el tipo de pelvis de Q1-V1 para saber si era o no útil para el nacimiento por esta vía de V2; omitió realizar nuevamente la especuloscopia, documentar la ruptura de membranas, solicitar ultrasonido obstétrico para estimar la cantidad de líquido amniótico, valorar el bienestar fetal, la edad gestacional y el riesgo obstétrico, por lo que inobservó los puntos 5.1.5, 5.4.1.1 y 5.4.2.1 de la NOM-007-SSA2-1993, respecto a la valoración del riesgo obstétrico, la elaboración del partograma, la vigilancia del trabajo de parto y el bienestar fetal; el LTCS respecto a la ponderación de la realización de la cesárea, la especuloscopia y la valoración de la cantidad de líquido amniótico, así como el punto 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo al expediente clínico: *“(…) conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica (...) el cual, consta de documentos escritos (...) en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones (...) correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables,”* dado que AR1 no elaboró de manera completa el partograma. Asimismo, en opinión de los peritos médicos de este Organismo Nacional, debido a que AR1 era médico general, debió solicitar

valoración por el gineco-obstetricia, dado que es el especialista que conoce a fondo la fisiología obstétrica, por lo que infringió el punto 5.4.1.4²⁷ de la NOM-007-SSA2-1993.

A.2.) Responsabilidad Institucional y atención médica brindada por MR4GO1, PMSS1 y PMSS2.

50. A las 09:30 horas del 26 de diciembre de 2013, Q1-V1 ingresó al servicio de Ginecología y Obstetricia del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, lugar en el que fue atendida por MR4GO1, PMSS1 y PMSS2, quienes la encontraron con *“(...) salida de líquido transvaginal claro en moderada cantidad desde aproximadamente 04:00 horas [con] actividad uterina de forma esporádica [y], motilidad fetal presente (...)”*. A la exploración física la reportaron con abdomen globoso a útero gestante, fondo uterino de 30 centímetros, con actividad uterina de una contracción en 10 minutos de 30 segundos, palparon al producto único vivo V2, con frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto, con *“(...) situación longitudinal, presentación cefálica, dorso izquierdo (...) al tacto vaginal cérvix posterior reblandecido con 1 cm dilatación, 40% borramiento, membranas rotas, Tanier y valsalva positivos (...) producto plano I (...)”* y refirieron que Q1-V1 cursaba con ruptura de membranas de 6 horas de evolución, con Bishop de 4²⁸, le indicaron la *“inducción del trabajo de parto con misoprostol 25 mcg [microgramos] cada 6 horas para mejorar condiciones cervicales y desencadenar trabajo de*

²⁷ “No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo del parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto.”

²⁸ Índice cuyo objetivo es determinar de manera confiable, la posibilidad de inducción del trabajo de parto y los fármacos ideales para realizarla.

parto” y la diagnosticaron con embarazo 40.2 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas y pródromos de trabajo de parto.

51. Para los médicos de esta Comisión Nacional, MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 debieron valorar la altura de la presentación de V2 dado que ya habían transcurrido tres horas desde el ingreso de Q1-V1 al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, y V2 continuaba en el primer plano de *Hodge*, lo que significaba que no había descendido de forma adecuada.

52. No pasa desapercibido por esta Comisión Nacional que Q1-V1 fue atendida por un médico residente y dos pasantes en medicina circunstancia que ella misma refirió al señalar: *“Hubo muchas anomalías en el servicio que me proporcionaron en el [HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas] (...) el hospital permitió que ocurriera este tipo de negligencias pues en el preciso momento y solo en ese momento [al momento de expulsión] estuvo presente el ginecólogo y la anestesióloga (...).”*

53. Por Acuerdo del 22 de abril de 2014, la Comisión Bipartita de Quejas del H. Consejo Consultivo del IMSS con competencia territorial en la Delegación Estatal en Chiapas señaló en la resolución del expediente de Queja 1 que: *“(...) un médico pasante (sic) en servicio social [como PMSS1] tiene la experiencia de haber rotado un año antes, en el Internado de Pregrado, por los servicios de Ginecología y Obstetricia atendiendo partos o asistiendo al Médico Especialista en Cirugía ginecológica, además de la consulta externa de dicho servicio y rotación por el servicio de Pediatría en Neonatología, cirugía pediátrica y consulta externa de pediatría (...) lleva 5 meses en el servicio, además de que este médico no actúa solo, si no bajo las órdenes del Residente de Ginecología y Obstetricia R4*

[MR4GO1] y *Pediatría*, Médicos de base [AR2 y AR4] y personal de enfermería del Hospital así como bajo la supervisión del Director de la Unidad [AR3], lo cual se demuestra en el Expediente Clínico de la paciente, donde todo el personal antes referido intervino en la atención de la paciente y su Recién Nacida. Por lo anteriormente expuesto la atención médica del servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría fue congruente clínica, diagnóstica y terapéuticamente y apegada a las normas y procedimientos institucionales establecidos (...).

54. En el “Informe de Hechos” de PMSS1, refirió que fue supervisado únicamente por MR4GO1 al señalar que: “(...) A las 8:00 horas del día 26 de diciembre de 2014 (sic) se realiza el pase de visita junto con el [MR4GO1] y [PMSS2] (...)”. Asimismo PMSS1 agregó: “(...) realizo actividades que me competen como médico pasante (sic) (...) así como la vigilancia de otras pacientes en control obstétrico (...) A las 00:40 horas una vez que salgo de quirófano, acudo a valorar a la paciente (...) quien se encuentra en el área de labor con dilatación y borramiento completo (...) pasando a la paciente a la sala de expulsión (...) preparando a la paciente para la atención del parto (...) En el momento indicado le realizo episiotomía (...) presentando detención en la salida de la circunferencia cefálica, por lo que solicité que acudiera el médico residente para asistencia (...) acudiendo inmediatamente (...) quedando médico residente [MR4GO1], a cargo de la paciente (...)”, lo que confirma que PMSS1, PMSS2 y MR4GO1 actuaron sin la debida supervisión de AR2, AR3 y AR4.

55. Lo anterior porque a AR2, como médico de base del área de ginecología y obstetricia debió supervisar a MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 dado que, según se infiere de la “Opinión Técnica Médica” elaborada por AR3, AR2 debió cubrir el

turno de las 8:00 a.m. a las 15 horas del jueves 26 de diciembre de 2013, o el personal médico que le correspondiera la guardia; además la falta de atención a Q1-V1 por un especialista en gineco-obstetricia en este periodo de tiempo fue evidenciada por los médicos forenses de este Organismo Nacional, quienes indicaron que dieciséis horas después del ingreso de la paciente al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, fue atendida por AR4 y PMSS3, por lo que estos hechos deberán ser investigados por la autoridad competente.

56. Por lo que hace a AR3, el día de los hechos fungía como Director del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, y en el referido Acuerdo del 22 de abril de 2014, la Comisión Bipartita de Quejas del H. Consejo Consultivo del IMSS señaló que: “(...) *un médico pasante (sic) en servicio social [como PMSS1] (...) no actúa solo, si no bajo (...) la supervisión del Director de la Unidad [AR3], lo cual se demuestra en el Expediente Clínico de la paciente (...)*”, con lo que se acredita que también competía a AR3 supervisar al MR4GO1, PMSS1 y PMSS2.

57. De acuerdo con PMSS1, AR4: “(...) *era [el] médico general de base responsable de guardia (...)*”, que si bien valoró a la paciente a las 00:00 del 27 de diciembre de 2013, después no lo hizo de manera conjunta con MR4GO1, PMSS1 y PMSS2, por lo que AR4 también omitió la debida supervisión y vigilancia de los pasantes y residente.

58. Además, este Organismo Nacional advierte, que el contenido de la “Opinión Técnico Médica” elaborada por AR3 y la Nota de Postparto en la que obran los nombres de MR4GO4 y AR4 son contradictorias con el Informe de Hechos suscrito por PMSS1, ya que mientras en las dos primeras se afirma que AR4

atendió a Q1-V1 durante la expulsión de V2, en el Informe de Hechos de PMSS1, éste refiere que únicamente recibió asesoría en ese momento de MR4GO1 (quién además quedó a cargo de la paciente) sin que se desprenda del referido informe que AR4 hubiese atendido a Q1-V1 en ese momento, circunstancia que deberá ser investigada por la autoridad competente.

59. En la Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud emitida por este Organismo Nacional se señaló que uno de los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a que los médicos titulares, de base o adscritos delegan su responsabilidad en pasantes en medicina del servicio social o en médicos residentes, lo cual implica una desviación del servicio público en materia de salud.

60. En la citada Recomendación General se señaló que en las quejas recibidas por violación al derecho a la protección de la salud se observa la insuficiente supervisión de los médicos residentes y los pasantes en medicina del servicio social, si bien los primeros son profesionales en la medicina, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, asisten a los especialistas para auxiliarlos en la atención de los enfermos en calidad de alumnos dado que se encuentran en periodo de capacitación, y los segundos, deben *“(...) prestar su servicio social tal como lo señala la ley, prioritariamente en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, en áreas de menor desarrollo económico y social, y estarán autorizados por ley a prescribir, únicamente y con las limitaciones que la Secretaría de Salud determine, y no deberán brindar ningún otro tipo de tratamiento que no esté supervisado por los médicos titulares responsables de las unidades de servicio médico. Sin embargo, aun cuando el*

marco jurídico prescribe la necesaria supervisión de los médicos titulares, en muchas ocasiones ello se omite, lo que acarrea graves consecuencias a la salud de los pacientes” como aconteció en el caso de Q1- V1 y V2.

61. Este Organismo Nacional observa, que si un médico residente debe ser supervisado, con mayor razón deberá serlo un pasante en medicina, tampoco es adecuado que se delegue la prestación de la asesoría al personal de enfermería como fue referido por la Comisión Bipartita de Quejas del H. Consejo Consultivo del IMSS en su Acuerdo del 22 de abril de 2014; por ello, es preocupante que quienes deben ser supervisados como MR4GO1 (por médicos titulares o de base) recaiga en ellos, a su vez, la obligación de supervisar a PMSS1 y PMSS2 dado que los tres se encuentran en formación y deben recibir capacitación de acuerdo a su grado de estudios con el fin de evitar las complicaciones que posteriormente presentaron Q1- V1 y V2.

62. En consecuencia, AR2, AR3 y AR4 debían vigilar la actuación de PMSS1, PMSS2 y MR4GO1 el día 26 de diciembre de 2013 a las 9:30 horas de acuerdo con la “Nota de Ingreso a Ginecología y Obstetricia” suscrita únicamente por el médico residente y los pasantes en medicina; por ello, es aplicable el artículo 7 del RPM-IMSS que dispone: *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el*

personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes”.

63. Por lo anterior, AR2, AR3 y AR4 omitieron asesorar y supervisar a MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 para que estos últimos realizaran lo previsto en los puntos 5.4.2²⁹, 5.4.2.1³⁰, 5.4.2.2³¹, 5.4.2.3³² y 5.4.2.5³³ de la NOM-007-SSA2-1993 respecto al control del trabajo de parto, y en específico, a valorar y ponderar la altura de la presentación de V2, ya que el producto de la gestación aún no había descendido.

64. AR2, AR3 y AR4 vulneraron los artículos 24 de la LGE³⁴, 84³⁵ de la LGS, tercero, fracción XIII³⁶ del Acuerdo³⁷ y las Bases 20a. fracción III y 23a. fracción

²⁹ “5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:”

³⁰ “5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;”

³¹ “5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;”

³² “5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;”

³³ “5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;”

³⁴ “Los beneficiados directamente por los servicios educativos deberán prestar servicio social, en los casos y términos que señalen las disposiciones reglamentarias correspondientes (...)”.

³⁵ “Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta Ley.”

³⁶ “Artículo Tercero.- La Comisión será el órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública (...), así como de otras dependencias e instituciones del sector público para el desarrollo de las siguientes funciones: XIII. Propiciar que el servicio social sea una etapa académica de la formación profesional de las carreras de áreas de la salud y que sus acciones lleguen prioritariamente a los grupos humanos que carecen de atención, bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado que labore en las instituciones de salud;”

V³⁸ que señalan que los pasantes de las profesiones para la salud (PMSS1 y PMSS2) deberán prestar su servicio social tal y como señala la ley, y deberán ser supervisados por médicos de base (en el caso por AR2, AR3 y AR4), así como lo previsto en los numerales 9, 9.3.1³⁹, 9.5⁴⁰, 10⁴¹, 10.5⁴², 11⁴³ y 11.4⁴⁴ de la NOM-001-SSA3-2012,⁴⁵ que en términos generales prevén que los médicos residentes,⁴⁶ como MR4GO1, estarán sujetos a la dirección y supervisión de un profesor titular, quien debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo a la nomenclatura

³⁷ Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 19 de octubre de 1983.

³⁸ Publicadas en el Diario Oficial de la Federación, el 2 de marzo de 1982, base 20ª: *“El Programa Nacional del Servicio Social, comprende el conjunto de actividades por medio de las cuales habrá de lograrse la utilización de los recursos humanos y materiales en dicho servicio, tomando en consideración, los siguientes aspectos: (...) III.- La corresponsabilidad de las Instituciones de Servicio y de las de Educación Superior en la planeación, asesoría, supervisión, control y evaluación del servicio social; y (...)”* y base 23a.: *“De acuerdo con la Base anterior, cada Institución de Servicio y de Educación Superior elaborará su programa específico de servicio social, en el que precisará lo siguiente: (...) V.- Procedimientos de supervisión, asesoría y evaluación permanente del servicio social (...)”*.

³⁹ *“9. Disposiciones para los profesores titulares y adjunto. 9.3.1 Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente.”*

⁴⁰ *“Para el desarrollo óptimo de la residencia médica, el profesor titular debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes.”*

⁴¹ *“Derechos de los médicos residentes”.*

⁴² *“Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.”*

⁴³ *“Obligaciones de los médicos residentes”.*

⁴⁴ *“Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes (...) siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residencias (...)”.*

⁴⁵ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de enero de 2013.

⁴⁶ Es el: *“(...) profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo”*, punto 4.4 de la NOM-001-SSA3-2012.

existente en la unidad médica receptora de residentes, a fin de disponer permanentemente con la asesoría de médicos de base durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias, lo que en el presente caso no ocurrió, dado que en la referida “Nota de Ingreso a Ginecología y Obstetricia” no obra alguna otra firma distinta a la de MR4GO1 o PMSS1.

65. No pasa desapercibido por este Organismo Nacional, que AR4 es un médico general y que debió atender el parto de Q1-V1, al momento de la expulsión, un médico gineco-obstetra, por lo que el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, incurrió en responsabilidad institucional porque AR2, AR3 y AR4 debieron realizar la referida supervisión a MR4GO1, PMSS1 y PMSS2, y en consecuencia, brindar una atención médica adecuada y especializada a Q1-V1, quien cursaba con trabajo de parto, y al no hacerlo, se contravino con los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que teniendo en cuenta los elementos anteriormente plasmados, se considera que violaron el derecho a la protección de la salud de Q1-V1, quien presentaba la detención del trabajo de parto, asociado a riesgos para el binomio materno-fetal, de acuerdo a la opinión de los médicos de este Organismo Nacional y la NOM-007-SSA2-1993.

66. La Suprema Corte de Justicia de la Nación⁴⁷ ha sostenido que del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4º Constitucional, derivan una serie de estándares jurídicos⁴⁸, como lo es el derecho al disfrute del más alto nivel

⁴⁷ Registro No. 2 007 938. Tesis: 2ª. CVIII/2014 (10a.). SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.

⁴⁸ Tesis aislada XVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXIV, agosto 2011. Pág. 29

posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴⁹, derecho que para el Estado representa *“la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.”*

67. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que la obligación de realizar o de hacer, implica que el Estado debe garantizar que *“los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan capacitación adecuada”*⁵⁰. Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 sobre *“el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, enumera los elementos básicos del derecho a la salud, siendo estos: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad. En cuanto a la disponibilidad, el Comité indicó que en los *“establecimientos públicos de salud”*, no puede faltar *“personal médico y capacitado”*.

⁴⁹ Adoptado el 16 de diciembre de 1996, vigente para México desde el 23 de junio de 1981.

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39, sitio web: <http://www.ohchr.org/Documentos/Publications/Factsheet31sp.pdf> Visita realizada el 12 de febrero de 2016.

68. El artículo 70, fracción I, del RLGS-PSAM⁵¹, señala que los Hospitales Generales son establecimientos de segundo y tercer nivel y deben de contar con las especialidades básicas como cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y las especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, y si bien el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, no tenía una denominación de Hospital General si contaba con los servicios de urgencias y hospitalización en la especialidad de gineco-obstetricia, como lo dispone el segundo párrafo del numeral 77 bis 1⁵² de la LGS, por lo que se infiere que se trata de un hospital de segundo nivel, por ello también se infringieron los artículos 51⁵³, 61 párrafo primero⁵⁴ y 61 Bis⁵⁵ de la referida ley, y los diversos 21⁵⁶ y 26⁵⁷ del RLGS-MPSAM.

⁵¹ Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de mayo de 1986.

⁵² *“Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.”*

⁵³ *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...) de los profesionales, técnicos y auxiliares”.*

⁵⁴ *“La atención materno-infantil tiene carácter prioritario (...)”.*

⁵⁵ *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos”.*

⁵⁶ *“En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo con las normas oficiales mexicanas correspondientes, con personal suficiente e idóneo”.*

⁵⁷ *“Los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, contarán para ello con recursos físicos (...) y humanos que señale el Reglamento y las normas oficiales mexicanas (...)”.*

A.3.) Atención médica brindada por AR2, AR3, AR4, AR5, MR4GO1, PMSS1, PMSS2 y PMSS3.

69. En opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, Q1-V1, no obstante presentar ruptura prematura de membranas, continuó sin vigilancia y manejo por parte de MR4GO1, PMSS1 y PMSS2, y en consecuencia de especialistas en gineco-obstetricia como AR2 dado que aproximadamente dieciséis horas después de su ingreso al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, es decir, hasta las 22:30 horas, AR4 y PMSS3 dieron instrucciones para que Q1-V1 pasara a sala de labor para vigilancia, de acuerdo a su nota médica, por lo que AR4 incumplió con los puntos 5.4.1.4⁵⁸, 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.2, 5.4.2.3, 5.4.2.4⁵⁹ y 5.4.2.5 de la NOM-007-SSA2-1993, por lo que hace a la estrecha vigilancia que debía observar respecto al trabajo de parto de Q1-V1.

70. Además AR2, AR3 y AR4 vulneraron los artículos 24 de la LGE, 84 de la LGS, el tercero, fracción XIII del Acuerdo y las Bases 20a. fracción III, 23a. fracción V, así como lo previsto en los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la NOM-001-SSA3-2012, respecto a la no supervisión de PMSS1, PMSS2 y MR4GO1, para que estos observaran los puntos 5.4.1.1, 5.4.1.4, 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.2, 5.4.2.3, 5.4.2.4 y 5.4.2.5 de la NOM-007-SSA2-1993 y el punto 4.4 de la NOM-

⁵⁸ “No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;”

⁵⁹ “Mantener la hidratación adecuada de la paciente;”

004-SSA3-2012, respecto al adecuado llenado del partograma y la vigilancia estrecha del trabajo de parto y de los medicamentos suministrados a Q1-V1 como el misoprostol.

71. Asimismo, AR4 y PMSS3 debieron realizar a Q1-V1 una adecuada exploración física dado que no advirtieron que Q1-V1 cursaba con ruptura prematura de membranas, no evaluaron si Q1-V1 tenía la pelvis útil para que naciera por esta vía V2, tampoco solicitaron estudios de ultrasonido obstétrico con el fin de valorar la condición fetal de V2, la cantidad de líquido amniótico, no indicaron la vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo fetal continuo y tampoco valoraron el efecto del uso del misoprostol (inductor del trabajo de parto) en Q1-V1.

72. Por lo anterior y en opinión de los médicos forenses de este Organismo Nacional no tuvieron un “(...) *control estricto de las contracciones uterinas y de la salud materno fetal, acciones obligadas que debieron de haber realizado (...) a esta paciente embarazada en trabajo de parto con ruptura prematura de membranas (...)*”, por lo que AR4 incumplió con los puntos 5.4.1.4⁶⁰, 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.2, 5.4.2.3, 5.4.2.4⁶¹ y 5.4.2.5 de la NOM-007-SSA2-1993 e inobservó la GPV-MP al no hacer un adecuado uso del partograma para prever el modo de nacimiento de V2, disminuir con él complicaciones, evaluar el progreso del trabajo del parto, así como su duración y controlar la salud fetal con el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal.

⁶⁰ “No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;”

⁶¹ “Mantener la hidratación adecuada de la paciente;”

73. Además, MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 omitieron llenar adecuadamente el partograma ya que no anotaron en éste, si Q1-V1 cursaba con edemas, hemorragias, no establecieron las contracciones por minutos que presentaba la paciente, el tono uterino, la intensidad y ritmo de la frecuencia cardíaca, describir el cuello del útero, su longitud, la altura de la presentación de V2, por ello AR2, AR3 y AR4 vulneraron lo dispuesto en el punto 5.4.1.1 de la NOM-007-SSA2-1993 y el numeral 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo al expediente clínico al no requisitar de manera completa el partograma del que además, sólo obra en el expediente de queja –como se mencionó anteriormente-, la cara frontal del mismo.

74. AR4 y PMSS3 desestimaron que para las 22:30 horas del 26 de diciembre de 2013, Q1-V1 cursaba ya con un parto distócico (anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo), porque la fase activa del trabajo de parto se encontraba detenida debido a que Q1-V1 había ingresado al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, a las 06:17 horas y aproximadamente a las 09:30 horas de ese mismo día, MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 le suministraron misoprostol de acuerdo a la “Nota de Ingreso a Ginecología y Obstetricia”, por ello AR4 y PMSS3 debieron averiguar el motivo por el que Q1-V1 presentaba un parto distócico, debiendo realizar pruebas de bienestar fetal, ultrasonido obstétrico y protocolizar una cesárea urgente ante la evidencia de la distocia dado que ya había un riesgo de pérdida del bienestar fetal y detención del primer periodo de parto, por ello infringieron los puntos 5.4.1.1, 5.4.2, 5.4.2.1 y 5.4.1.5 de la NOM-007-SSA2-1993 y el LTCS, al omitir brindar una adecuada atención médica al binomio materno-fetal y realizar de forma urgente la cesárea (dentro de los primeros 30 minutos) con el propósito de ofrecer un pronóstico de vida a V2, de acuerdo a la opinión de los médicos de este Organismo Nacional.

75. A las 00:00 horas del 27 de diciembre de 2013, AR4 reportó en su “Nota de Evolución” que Q1-V1 cursaba con *“dolor obstétrico”* de mayor intensidad y frecuencia con *“(…) signos vitales estables (...) con producto único vivo cefálico (...) frecuencia cardíaca fetal de 155 por minuto y actividad uterina regular, al tacto vaginal cérvix central con 10 cm de dilatación y borramiento completo, y en 1º y 2º plano de Hodge (...)”*, por lo que le indicó que debía permanecer en camilla de labor bajo vigilancia *“a libre evolución (...) en caso de evolucionar a expulsivo se adecuará camilla para la atención del parto”*.

76. Los médicos de este Organismo Nacional señalaron que AR4 desestimó el historial médico de riesgo de la paciente desde su ingreso dado que era primigesta y presentaba ruptura prematura de membranas de más de 20 horas de evolución, omitió reportar adecuadamente el partograma, valorar al binomio materno-fetal, así como el trabajo de parto ya que los últimos médicos que atendieron a Q1-V1 (MR4GO1, PMSS1 y PMSS2) asentaron que V2 se encontraba en el primer plano de *Hodge*, como también lo refirió AR4 *“pero dieciocho horas después de la primera valoración”*, es decir, aproximadamente a las 06:17 am de ese mismo día, lo que significaba que el trabajo de parto se había estacionado a pesar de la administración del misoprostol (inductor del trabajo de parto) y de que la paciente continuaba con *“dolor obstétrico de mayor intensidad y frecuencia”*.

77. Por lo anterior, AR4 incumplió con los puntos 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.2, 5.4.2.3, 5.4.2.4 y 5.4.2.5 de la NOM-007-SSA2-1993, respecto a la estrecha vigilancia que debía observar respecto del trabajo de parto de Q1-V1 y el control y evolución de los medicamentos como el misoprostol suministrados a la paciente, así como, el

LTCS y la GPV-MP, por lo que hace al protocolo a seguir por la cesárea urgente que debía realizarse a la paciente.

78. Los médicos forenses de este Organismo Nacional señalaron que la falta de descenso de V2 a través de la pelvis se debió a que se encontraba estacionada *“(...) ya que para que pueda nacer un bebé es necesario que éste descienda hasta el cuarto plano de Hodge, y en el caso particular de la paciente [Q1-V1] no existió descenso alguno [de V2] (...)”*. Por ello, AR4 debió indicar y realizar la operación cesárea de manera urgente con el fin de evitar las complicaciones que presentó V2, así como su fallecimiento, por ello, AR4 incumplió con lo previsto en el artículo 27 fracción III de la LGS, ante la falta del manejo de urgencia, los puntos 5.4.1.5, 5.4.2, 5.4.1.6⁶², 5.4.2.1 y 5.4.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993, la LTCS y la GPV-MP, al omitir brindar una adecuada atención médica al binomio materno-fetal, realizar de forma urgente la cesárea y omitir la detección de factores de riesgo obstétrico con el fin de ofrecer un pronóstico de sobrevivencia de V2.

79. Posteriormente, Q1-V1 ingresó a la sala de expulsión, sin que en opinión de los médicos de este Organismo Nacional se pueda precisar la hora en que esto ocurrió dado que AR4, MR4GO1 y PMSS1 -médicos que la atendieron-, no lo señalaron en su “Nota Posparto” y tampoco obra en el expediente de queja, la hoja de enfermería.

⁶² *“Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de la cesárea (...)”*.

80. En la sala de expulsión, Q1-V1 presentó: “(...) 10 cm de dilatación, borramiento completo y [V2 se encontraba] en [el] tercer plano de Hodge”, por lo que AR4, MR4GO1 y PMSS1 la colocaron en posición de litotomía⁶³ y le realizaron asepsia y antisepsia en la región abdominogenital y “*episiotomía media-lateral*”. V2 presentó detención en la salida de la circunferencia cefálica por lo que quedó la mitad de la misma al “*interior del canal de parto por aproximadamente 5 minutos debido a la falta de colaboración de la paciente que no pujaba por fatiga materna*”, de acuerdo a la nota médica de AR4, MR4GO1 y PMSS1, razón por la cual AR4 decidió realizar la maniobra de Kristeller, es decir, “*compresión manual a nivel de fondo uterino*” para obtener al producto, lo que provocó el nacimiento del polo cefálico de V2, a quien además, le fue liberado el “*circular simple y apretado a cuello*” que presentaba.

81. Los médicos de esta Comisión Nacional indicaron que AR4, MR4GO1 y PMSS1 una vez que restituyeron la presentación de V2, procedieron a liberarla de los hombros por lo que V2 nació a la 01:00 hora del 27 de diciembre de 2013, con peso de 2,700 gramos, talla de 50 centímetros y fue entregada al personal de enfermería para que le realizará maniobras de reanimación ya que V2 nació flácida, sin llanto, sin respirar, y una vez estabilizada, ingresó al área de pediatría del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, intubada y reportada como grave mientras que a Q1-V1 le realizaban los médicos una episiorrafía⁶⁴.

⁶³ Es la posición que: “(...) *adopta el paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración. Es la posición más empleada para la exploración ginecológica y el parto, para las intervenciones en el ano y periné y para la cirugía transuretral.*” Clínica Universidad de Navarra, *Diccionario Médico*, sitio web: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/posicion-litotomia> visita realizada el 9 de septiembre de 2016.

⁶⁴ Reparación de la episiotomía.

82. Los referidos médicos forenses de este Organismo Nacional indican que lo anterior confirma el inadecuado manejo brindado a Q1-V1 por parte del personal médico tratante en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas [AR1, AR2, AR3, AR4, MR4GO1, PMSS1, PMSS2 y PMSS3], toda vez que en ninguna de las notas médicas previas a la expulsión de V2, se hizo el diagnóstico de que este último tuviera el *“cordón umbilical alrededor del cuello (...)”*, lo que en su opinión *“condicionó que el producto no descendiera y a pesar de que la paciente ya tenía dilatación completa desde las 00:00 horas del 27 de diciembre, no fue sino hasta una hora después, a las 01:00 horas que nació la recién nacida. Condición obvia que provocó ‘la fatiga materna’, observándose también que el Dr. [AR4], no contaba con la capacitación mínima necesaria para la atención de este tipo de pacientes, ya que durante cinco minutos la cabeza del producto de la concepción permaneció atrapada en el canal de parto, sin que emplearan las maniobras adecuadas para resolver el problema grave presente, como por ejemplo la extracción con fórceps, aplicando inadecuadamente la maniobra de Kristeller (...) contraindicada debido a las graves complicaciones que conlleva su uso, siendo las principales: hipoxia por compromiso de la circulación materno-fetal, como finalmente sucedió y que causó la muerte del producto de la gestación.”* Además, en opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, AR4 ante el estado que presentaba Q1-V1 debió solicitar la intervención del especialista en gineco-obstetricia por lo que incumplió con el punto 4.4⁶⁵ de la NOM-007-SSA2-1993 respecto al adecuado manejo de la emergencia obstétrica que presentaba la paciente, dado que la paciente cursaba con un parto distócico.

⁶⁵ “4.4. Complicación de la interurrencia de la gestación que implica riesgo de mortalidad o morbilidad materno-perinatal”.

83. Por lo anterior, AR4 infringió el punto 5.4.3 de la NOM-007-SSA2-1993 que señala: *“Para la atención del periodo expulsivo normal (...) no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión”* y la GPV-MP ya que no debió realizar, en el segundo período de trabajo de parto (expulsivo)⁶⁶ la maniobra de Kristeller pues ésta favoreció la hipoxia que comprometió la circulación materno-fetal y, que entre otras circunstancias, contribuyó a la muerte de V2. Asimismo no pasa desapercibido por esta Comisión Nacional que el parto de Q1-V1 fue atendido por AR4, médico general y no por un especialista en gineco-obstetricia, por lo que la autoridad deberá investigar los motivos por los cuales la paciente no recibió una adecuada atención médica por médico especialista lo que confirma la responsabilidad institucional del IMSS.

84. Las acciones y omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en la NOM-007-SSA2-1993 que establece con claridad que *“La atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria”*, también que *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos”*.

85. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y

⁶⁶ *“Se inicia desde que se completa la dilatación y concluye con la expulsión del producto y tiene una duración promedio de 33 minutos en pacientes primigestas y 8.5 minutos en pacientes multigestas”*, GPV-MP.

prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, para lo cual mandata a brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.

86. La citada Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 08/2016, 33/2016, 35/2016, 38/2016 y 40/2016 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de Q1-V1 y V2 no se realizaron. A pesar de las recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la citada Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

87. En consecuencia, el parto distócico que presentó Q1-V1 se debió a la “(...) *detención de la circunferencia cefálica al interior del canal del parto por aproximadamente 5 minutos secundaria a circular simple y apretado a cuello (...)*”, lo que originó complicaciones neurológicas graves para V2, las que no fueron advertidas o manejadas adecuadamente por AR1, AR2, AR3 y AR4, MR4GO1, PMSS1, PMSS2 y PMSS3, por lo que no ofrecieron una adecuada vigilancia, seguimiento y monitoreo estrecho del binomio materno fetal.

88. A las 08:30 horas del 27 de diciembre de 2013, Q1-V1 fue valorada por MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 y la diagnosticaron con *“puerperio inmediato posparto fisiológico y cansancio materno”* por lo que continuó con vigilancia, toma de analgésicos, antibioticoterapia, dieta y deambulación progresiva para su próximo egreso, de acuerdo a la “Nota de Evolución Matutina” y la “Hoja de Indicaciones Médicas” de los citados médicos.

89. En estas últimas notas médicas no se observa que el médico residente MR4GO1 y los pasantes en medicina PMSS1 y PMSS2 hubiesen sido supervisados por AR3 (como se mencionó en el Acuerdo de la Comisión Bipartita del IMSS), por lo que se actualiza el artículo 7 del RPM-IMSS, y se infringen los numerales 24 de la LGE, 84 de la LGS, el tercero, fracción XIII del Acuerdo y las Bases 20a. fracción III y 23a. fracción V que señalan que los pasantes de las profesiones para la salud (PMSS1 y PMSS2) deberán prestar su servicio social tal y como señala la ley, y deberán ser supervisados por médicos de base (en el caso por AR2 y AR3), así como lo previsto en los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la NOM-001-SSA3-2012,⁶⁷ que en términos generales prevén que los médicos residentes, como MR4GO1, estarán sujetos a la dirección y supervisión del profesor titular, quien debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes, a fin de disponer permanentemente con la asesoría de médicos de base durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias, lo que en el presente caso no ocurrió.

⁶⁷ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de enero de 2013.

90. Q1-V1 continuó con “*adecuada evolución*” y AR5, MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 ese mismo día la reportaron consciente, orientada sin datos patológicos a nivel cardiopulmonar, abdomen sin datos de irritación de úteros y con adecuada involución, por lo que la dieron de alta con indicaciones de dieta normal, cita abierta a urgencias ante la presencia de calentura, sangrado abundante, dolores abdominal o de cabeza y vómitos; Q1-V1 continuó con la administración de paracetamol, fumarato ferroso y ampicilina, y le indicaron fechas para revisión materno-infantil y aplicación de método de planificación familiar inyectable de acuerdo a la hoja de “Consentimiento Informado” de AR1.

A.4). Violación de los derechos humanos a la libertad y autonomía reproductiva de Q1-V1.

91. De acuerdo al principio de interdependencia, los derechos humanos se encuentran vinculados entre sí, razón por la cual la afectación de uno repercute en los otros, como en el presente caso, toda vez que en su queja Q1-V1 adujo la violación al derecho a la protección de la salud, lo que de manera transversal transgredió otros de sus derechos, aspectos que se desarrollan en el presente apartado.

92. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva de Q1-V1 se afectó, toda vez que el Estado no le garantizó una atención médica de calidad durante su primer embarazo. Este derecho se encuentra previsto en el artículo 4°, segundo párrafo de la Constitución al decir: “*Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos*”. El artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas

de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

93. En el *“Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos señaló que los derechos reproductivos *“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”*. Asimismo sostuvo que: *“[l]a falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”*.⁶⁸

94. En la 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.”*⁶⁹

⁶⁸ *“Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”*. Excepciones Preliminares. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012 Serie C No. 257. Párr. 147 y 148.

⁶⁹ Numeral 12 del apartado de notas.

95. Los procedimientos médicos como la falta de valoraciones del riesgo obstétrico y bienestar fetal, la realización de estudios como ultrasonidos obstétricos o el diagnóstico oportuno del circular simple a cuello que presentó V2, así como la falta de evaluación del parto distócico (fase activa del trabajo de parto detenida) por el que cursaba Q1-V1, la omisión en la vigilancia estrecha del trabajo de parto, el monitoreo fetal continuo, considerar la cesárea urgente y evitar la realización de la maniobra de Kristeller, provocaron la hipoxia uterina en V2, que derivó en la pérdida de su vida, hechos que constituyen una forma de violencia obstétrica que atentan contra los derechos humanos a la protección de la salud genésica; circunstancias que transgredieron el derecho a la libertad y autonomía reproductiva de Q1-V1 dado que AR1, AR2, AR3 y AR4 coartaron su prerrogativa de ser madre por primera ocasión.

96. Por ello, AR1, AR2, AR3 y AR4 transgredieron los artículos 51 y 67 de la LGS, que establecen el derecho de los usuarios de los servicios de salud a obtener prestaciones 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.

97. En otro orden de ideas, Q1-V1 refirió en su queja: *“Estando todavía en la sala de recuperación una enfermera que no logré reconocer porque tenía cubre boca y tenía tapada la cabeza me puso algo en el suero que yo tenía, creo que me puso algo para dormirme, pues inmediatamente me fui quedando dormida. Solamente sentí que alguien agarraba mi mano y me hacía poner mi huella en documentos de manera inconsciente, desconociendo que tipo de papeles hizo que yo pusiera mis*

huellas (sic)” y adjuntó a su escrito de queja 3 fotografías que los médicos forenses de este Organismo Nacional identificaron como las fotografías número 3, 4 y 5.

98. Estos médicos indicaron en su opinión técnica forense que en ellas se muestra a Q1-V1 con una *“(…) bata médica para paciente en color turquesa (...) apoyada sobre un respaldo, lo que hace presumir que se encuentra recostada sobre una cama. En el antebrazo derecho, a la altura de las muñecas, se observa lo que parecen ser dos brazaletes de identificación médica para paciente. En las tres fotografías muestra el dedo pulgar de la mano derecha, dedo en el que se alcanza a apreciar una mancha oscura en la zona del pulpejo⁷⁰, razón por la que se realiza acercamiento [fotográfico] sobre dicho dedo.”*

99. Refirieron además que: *“(…) Es común que en instituciones de Gobierno, incluyendo el de salud, se utilice tinta para cojín, en color azul marino o negra, y que deja una marca similar a la que se aprecia en la ampliación fotográfica del dedo pulgar de la mano derecha de la quejosa y agraviada. Sin embargo, esto no quiere decir que así sea en la presente investigación (...) en situaciones de parto, como es el caso que nos ocupa, en los hospitales el protocolo a seguir en el registro de recién nacidos es el llenado del certificado de nacimiento en base a lo que establece el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento⁷¹ (...) señala como requisito plasmar la huella plantar del recién nacido y la huella dactilar del dedo pulgar de la mano derecha de la madre, que generalmente se ubica en la*

⁷⁰ Parte carnosa, blanda y redondeada de cada dedo, abarca la cara anterior de la falange distal de los mismos.

⁷¹ Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México, 2010, p.35

parte baja del certificado de nacimiento. Ambas huellas generalmente están una contigua a la otra, como se muestra en el formato de nacimiento del presente expediente [foja 120] (...).

100. Este Organismo Nacional pudo advertir que en el “Certificado de Nacimiento” de la Secretaría de Salud se señalan las leyendas *“huella del pie derecho del recién nacido”* y *“huella del dedo pulgar derecho la madre”*; asimismo, en la Nota de Enfermería de 27 de diciembre de 2013 se puede leer: *“huella plantar izquierda del recién nacido”*, así como *“huella del pulgar derecho de la madre”*.

101. Asimismo, Q1-V1 anexó a su queja dos fotografías digitales identificadas por el médico y criminalista de esta Comisión Nacional como las número 1 y 2 respectivamente; en la queja Q1-V1 señaló: *“(...) médico pasante que atendió a la suscrita, siendo la persona que aparece en la imagen vistiendo bata blanca, pantalón blanco y zapatos blancos. Prueba que relaciono con todos los puntos de mi queja”*.

102. Al respecto, el médico y el criminalista señalaron que en la fotografía marcada con el número 1, se observó a dos personas del sexo masculino con batas de color blanco *“(...) El individuo que se localiza en la parte media de toma fotográfica con lentes, viste pantalón en color azul y calzado en color oscuro; el que se ubica hacia su derecha, viste pantalón en color blanco y calzado del mismo color (...)* [y en la fotografía marcada con el número 2] *se observan dos personas del sexo masculino, saliendo de una habitación. Ambos con batas en color blanco; el que se ubica por delante con pantalón en color azul, lentes, y lleva en su mano derecha un objeto en color blanco. Por detrás de él, la segunda persona que viste*

pantalón, calzado y bata en color blanco (...)”, sin embargo, precisaron que no se contó “(...) *con elementos para determinar si dichas personas descritas sean trabajadores de dicho nosocomio* [HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas], además agregaron: “(...) *y en caso de que sean trabajadores el IMSS, que hayan sido éstos quienes la atendieron durante su estancia hospitalaria los días 26 y 27 de diciembre de 2013*”, y si bien la quejosa “(...) *proporciona nombre* [del médico que la atendió] *en las fotografías no se establecen los nombres de ninguno de los personajes. Sin embargo en el punto “d” de su queja en el rubro de ofrecimiento de pruebas señala que el médico pasante (sic) que la atendió ‘(...) aparece en la imagen vistiendo bata blanca, pantalón blanco y zapatos blancos’. Y uno de los sujetos descritos viste bata, pantalón y calzado en color blanco’*”, por lo que será necesario que se investigue la identidad de dichas personas y su participación en los hechos motivo de la presente Recomendación.

A.5) DERECHO A CONOCER LA VERDAD RESPECTO A LA ATENCIÓN MÉDICA DE Q1-V1 Y V2. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

103. En su queja, Q1-V1 refirió que una vez que V2 nació, percibió que no lloraba, por lo que a partir de su nacimiento hasta aproximadamente media hora después, preguntó a los médicos lo que estaba ocurriendo pero nadie le contestó.

104. En los oficios por los que se desahogaron los requerimientos de información médica de este Organismo Nacional, respecto a la atención médica de Q1-V1 y V2 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, la autoridad al contestar adjuntó copia de los expedientes clínicos de Q1-V1 y V2, sin embargo, no realizó

pronunciamiento alguno respecto a la omisión de información sobre el estado de salud de V2 a Q1-V1, por lo que en términos del artículo 38⁷², segundo párrafo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tiene por cierto tal hecho dado que a los mencionados requerimientos fue anexada copia de la queja de la paciente.

105. En opinión de los médicos forenses de este Organismo Nacional, MR4GO1, PMSS1 y PMSS2 –médicos que atendieron a Q1-V1-, no asentaron la hora en que ingresó la paciente a la sala de expulsión y tampoco pudo precisarse esta información, ya que no obra en el expediente de queja la hoja que el personal de enfermería debió elaborar al respecto, por lo anterior, AR2, AR3 y AR4 al omitir supervisar al médico residente y a los pasantes en medicina para que ellos asentaran de manera completa y correcta dicha información violentaron el derecho a la verdad de Q1-V1 respecto al estado físico en que ésta ingresó, así como sus signos vitales.

106. AR1 incumplió con los puntos 4.4, 4.10, 5.4.1.1, 6.1.1, 7, 7.1.4 y 7.1.6 de la NOM-004-SSA3-2012 relativos a que a toda mujer que ingresa para atención obstétrica debe elaborársele el expediente clínico, historia clínica, padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronósticos, partograma de manera adecuada y completa (dado que sólo obra en el expediente de queja la cara frontal del mismo), todos acordes a su estado; de lo que destaca el asentamiento incorrecto de que Q1-V1 era una paciente “*multigesta*” cuando era su primer embarazo.

⁷² “Artículo 38.- (...) La falta de rendición del informe o de la documentación que lo apoye, así como el retraso injustificado en su presentación, además de la responsabilidad respectiva, tendrá el efecto de que en relación con el trámite de la queja se tengan por ciertos los hechos materia de la misma, salvo prueba en contrario.”

107. AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron también el punto 4.4 de la citada norma oficial al no supervisar a PMSS1, PMSS2 y MR4GO1 para que estos últimos requisitaran adecuadamente el partograma y vigilaran tanto el trabajo de parto como los medicamentos suministrados a Q1-V1 como el misoprostol.

108. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que en las notas médicas de la atención brindada a Q1-V1 y V2 en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, AR1, AR4, AR5, AR6, AR8 y AR9, omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula del médico tratante, y, en algunos casos, los datos asentados son ilegibles y presentan abreviaturas, por lo que también infringieron el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables”,* así como el diverso 5.11 de la citada norma que indica: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”.*

109. La sentencia del caso *“Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, hace referencia a la relevancia de un *“expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.⁷³

⁷³ *“Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador”*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171. Párrafo 68.

110. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 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, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 44/2015, 52/2015, 8/2016, 12/2016, 14/2016, 21/2016, 26/2016, 27/2016, 31/2016, 33/2016, 35/2016, 36/2016, 38/2016, 40/2016 y 41/2016 en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

111. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en la satisfacción del derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

A.6) CONCLUSIÓN RESPECTO AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD DE Q1-V1.

112. Una vez analizadas las evidencias del expediente de queja, es posible concluir que personal médico del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, vulneró el derecho a la protección de la salud de Q1-V1.

113. El personal médico del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, AR1, AR2, AR3 y AR4 debió valorar el riesgo obstétrico, el bienestar fetal, no desestimar los criterios de riesgo de la paciente por ser primigesta, su talla baja, la ruptura prematura de membranas, requisitar de manera adecuada y completa tanto las notas médicas como el partograma, realizar especuloscopia para confirmar la ruptura de membranas, vigilar estrechamente el trabajo de parto, monitorear frecuentemente al feto, valorar la edad gestacional, realizar ultrasonido obstétrico para estimar la cantidad de líquido amniótico, ya que con este estudio se habría evitado de forma temprana –en opinión de los médicos de este Organismo Nacional-, las complicaciones perinatales que presentó V2 y que derivaron directamente en su fallecimiento, así como evaluar oportunamente que V2 no había descendido de forma adecuada por lo que Q1-V1 presentaba un parto distócico y debía optarse por el uso de los fórceps, realizar la cesárea de manera urgente, solicitar la valoración de médico gineco-obstetra, acciones obligadas que de haberse realizado habrían prevenido las complicaciones que presentó el binomio materno-fetal.

114. Las irregularidades descritas repercutieron en el derecho a la protección de la salud, específicamente a la salud reproductiva, el cual implica que el Estado

garantice *“el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”*⁷⁴.

B). DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA (OBSTÉTRICA) EN AGRAVIO DE Q1-V1 Y DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL.

115. Como ya se señaló, de las evidencias descritas se advierte que la inadecuada atención a Q1-V1 consistió en la omisión de valorar el estado integral de la paciente, realizar adecuados interrogatorios, calificar el riesgo obstétrico, elaborar notas médicas y partograma de manera completa, además se subestimaron los antecedentes de la paciente, no se realizó el ultrasonido que habría permitido observar que V2 presentaba circular simple a cuello y tampoco se valoró de manera íntegra y general el bienestar fetal de V2; el uso de los fórceps, ni se realizó una cesárea urgente, y al practicarse la maniobra de Kristeller, se favoreció la hipoxia que presentó V2 y, en consecuencia, la pérdida de su vida, lo que se traduce en violencia institucional y obstétrica por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4 médicos adscritos al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, tienen la obligación de evitar *“ (...) dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como (...) prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*, entre ellas, la obstétrica y debieron

⁷⁴ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Capítulo VII, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Naciones Unidas. Nueva York, 1994, párrafo 7.2

aplicar *“las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres”*.

116. En el presente caso se actualizan tanto la violencia obstétrica en su modalidad física como psíquica: *“Violencia obstétrica física. Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...).”* y la *“Violencia obstétrica psíquica. (...) Comprende también la omisión de información sobre la evaluación de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales”*⁷⁵; ya que no se le proporcionó información que solicitaba respecto a V2.

117. La Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”*.⁷⁶

⁷⁵ Medina, Graciela, “Violencia Obstétrica”, en Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009.

⁷⁶ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, p. 47.

118. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional en el documento *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*⁷⁷, publicado en 2014, declaró - respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud- que: *“El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.”*

119. 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, la violencia obstétrica es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Por lo que

⁷⁷ Declaración de la OMS: “Prevención y erradicación de la falta y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, (2014), sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1, visita realizada el 19 de mayo de 2016.

atendiendo los diversos conceptos que existen en las referidas Leyes para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres o de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Baja California, Chiapas, Chihuahua, Coahuila de Zaragoza, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz, en el Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero⁷⁸, se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que les genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

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

⁷⁸ Número 499, artículo 203, fracción III.

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.

121. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.

122. 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 Nacional, 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 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 habrá mejores políticas públicas y servicios con “*calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad*” en el rubro de la salud.

123. 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 tiene el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud materna. Lo anterior se robustece con la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; *“brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

124. En los numerales 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), se establece el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

125. De lo expuesto se advierte que el personal médico del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, cometió violencia obstétrica en su dimensión física y psíquica, por lo que, en su conjunto, las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3 y AR4 personal adscrito al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de Q1-V1.

C). VIOLACIÓN AL TRATO DIGNO DE Q1-V1.

126. El derecho al trato digno *“es la 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”*.⁷⁹ En el presente caso, se advierte que éste se vulneró en agravio de Q1-V1, quien a pesar de que presentó factores de riesgo y antecedentes de importancia para presentar un parto distócico no se implementaron las acciones conocidas y obligadas que habrían prevenido la espera por más de 30 minutos del nacimiento de V2, la realización de la maniobra de Kristeller, así como la pérdida de la vida de V2, lo que contribuye a afirmar que se incumplió con el ordinal 48 del RLGS-MPSAM que puntualiza: *“Los usuarios tendrán derecho 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 (...)”*, relacionado con el diverso 43 del RPM-IMSS que precisa: *“El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente (...)”*.

127. En consecuencia, AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron el derecho al trato digno en agravio de Q1-V1, ya que eran garantes de la atención que debía proporcionarse a la víctima implementando medidas tanto preventivas como curativas en los términos del artículo 33, fracciones I y II, de la LGS que, en líneas generales, establece que: *“Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”; y “II.*

⁷⁹ Soberanes Fernández, José Luis (Coord.), 2008, *Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, México, Editorial Porrúa/CNDH, pág. 273.

Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”; mientras que el artículo 61 Bis dispone que “*Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos*”, dado que los médicos que atendieron a Q1-V1, algunos en formación, como MR4GO1, PMSS1, PMSS2 y PMSS3 sin la supervisión de médicos adscritos o de base, no diagnosticaron oportunamente que V2 tenía circular simple a cuello lo que provocó el parto distócico, por lo que debía indicarse de manera oportuna la cesárea ante la urgencia obstétrica que presentaba el trabajo de parto y evitar con ello la realización de la maniobra de Kristeller, la que favoreció las complicaciones que derivaron en la pérdida de la vida de V2.

D) DERECHO A LA VIDA DE V2.

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

129. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el

derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

130. En este apartado se analizará la vulneración al derecho a la vida de V2, derivada de la atención médica brindada en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

D.1) ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V2 EN EL HRO-8 DEL IMSS EN BOCHIL, CHIAPAS.

131. A las 01:00 horas del 27 de diciembre de 2013 nació V2, “(...) *producto del primer embarazo [de Q1-V1] de 38 semanas de gestación, (sic) terminación del embarazo mediante manipulación sin instrumentos, con trabajo de parto inducido [misopostrol] sin analgesia ni anestesia (...) ruptura de membranas de 18 horas, cordón umbilical circular apretado, placenta normal, apnea [quien requirió] reanimación mediante presión manual de oxígeno e intubación, [con] Apgar 3-3, Silverman 0/2, peso 2700, talla 48, perímetro cefálico 33, perímetro torácico 24, perímetro abdominal 28, con cianosis e hipoxia (...)*”, lo anterior de acuerdo con la “Nota de Posparto” y la “Hoja de Valoración para el recién nacido”.

132. De acuerdo a la opinión de los médicos forenses de este Organismo Nacional, la cianosis⁸⁰ y la hipoxia que presentó V2, derivó de la “(...) *asfixia fetal*

⁸⁰ Coloración azulada secundaria a la disminución de oxígeno en los tejidos.

intraparto (daño producido al feto o al recién nacido por la falta de oxígeno y/o la falta de una perfusión tisular⁸¹ adecuada durante el parto (...)).

133. En la “Nota de Enfermería” se indicó que V2 nació flácida, con frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 56 y temperatura de 36° C, por lo que el personal de enfermería le realizó aspiración de secreciones, reanimación y describió la equimosis en tórax que sufrió V2 debido a las acciones realizadas para lograr su reanimación, posteriormente V2 pasó al área de neonatos del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas.

134. No pasa desapercibido por este Organismo Nacional que Q1-V1 en su queja señaló: *“Hubo muchas anomalías en el servicio que me proporcionaron en el [HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas] (...) no estaba la pediatra y fue hasta el siguiente día que se presentó para atender a mi hija (...))”*; al respecto la GPV-MP señala que en la atención del parto (segundo período de trabajo ‘labor’), después del pinzamiento del cordón umbilical debe entregarse el recién nacido al médico pediatra, hecho que no ocurrió dado que éste fue recibido por personal de enfermería de acuerdo a la “Nota Postparto” elaborada por AR4, MR4GO1 y PMSS1, por ello, AR4 y AR7 (médico de base de pediatra que debió recibir a V2) incumplieron con lo previsto en la citada Guía.

135. Por otra parte, AR4, PMSS1 y PMSS3 reportaron a V2 en su “Nota de Ingreso” con los antecedentes perinatales de nacimiento por vía vaginal, con anestesia local, con líquido amniótico claro con grumos, con circular a cuello simple, no lloró, no respiró al nacer, se colocó en cuna radiante, se aspiró boca y

⁸¹ Lo que significaba que la sangre no llegaba de forma adecuada a los tejidos.

nariz, con frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto por lo que fue intubada, se le realizaron compresiones torácicas por tres ciclos para reanimarla y se le administraron dosis de adrenalina y atropina.

136. AR4, PMSS1 y PMSS3 auscultaron a V2 y la encontraron bajo los efectos de sedación y relajación, con ventilador, “(...) cianosis, fontanela anterior normotensa, pupilas isocóricas, cánula orotraqueal (...) pulmonar con rudeza respiratoria en ambos hemitórax (...)”, la diagnosticaron como: “(...) recién nacido de término con peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, riesgo de alteraciones metabólicas (...)”, la reportaron con “estado de salud grave y alto riesgo de morbilidad” y AR4, PMSS1, PMSS3 y MR3A1 le indicaron soluciones intravenosas, manejo de ventilador, aviso en caso de eventualidades y tratamiento farmacológico de acuerdo a la hoja de “Indicaciones Médicas Postnacimiento”.

137. A los 30 minutos de vida, V2 presentó “paro cardíaco”, por lo que AR4, PMSS1 y PMSS3 le proporcionaron reanimación cardiopulmonar por dos ciclos, con administración de dos dosis de “atropina”, se le ingresó al servicio de cuidados especiales neonatales con el fin de colocarle ventilación mecánica asistida y cuidados postreanimación.

138. V2 ingresó al servicio de neonatos, grave e intubada y a las 13 horas de vida extrauterina continuó con “insuficiencia respiratoria del recién nacido” de acuerdo a la “Hoja Frontal” del Servicio de Pediatría; MR4PM1, la encontró con ayuno médico, administración de vitamina k (procoagulante) debido a que presentó retardo en el tiempo de sangrado, le colocó catéter umbilical venoso y la reportó

“(...) muy grave [con] riesgo de choque cardiogénico, enfermedad renal, falla orgánica múltiple y muerte”.

139. A las 19 horas de vida de V2, la recién nacida presentó un segundo paro cardíaco que requirió de 3 ciclos de masaje cardíaco con administración de dos dosis de *“adrenalina y atropina”*, con lo que se logró que recuperara la frecuencia cardíaca, no obstante, MR4PM1 continuó reportándola *“grave y con riesgo alto de mortalidad”*, además en los estudios de laboratorio se observó que el sodio, potasio, cloro y calcio en V2 estaban fuera de los rangos normales, lo que significaba que tenía un desequilibrio hidroelectrolítico (alteraciones metabólicas).

140. Ese mismo día, V2 continuó con *“evolución tórpida”* pese a los tratamientos adecuados que recibió en opinión de los médicos forenses de este Organismo Nacional, no obstante, V2 presentó por tercera ocasión *“paro cardíaco”* por el que MR4PM1 le aplicó maniobras de reanimación que no tuvieron éxito por lo que se dio por fallecida a las 20:32 horas del 27 de diciembre de 2013, de acuerdo al certificado de defunción, en el que además se precisó que la causa de la muerte fue: *“choque cardiogénico (2 horas 30 minutos), insuficiencia renal (12 horas), hipertensión pulmonar (...) del recién nacido (19 horas), como otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo y asfixia perinatal (20 horas)”*.

141. En opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, la atención médica brindada a V2: *“(...) durante sus 19 horas aproximadamente de vida extrauterina el día 27 de diciembre de 2013, (...) fue adecuada y oportuna reportándose con los diagnósticos de: recién nacida de término, con peso adecuado para la edad*

gestacional, asfixia perinatal severa, estado postparo, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, insuficiencia renal y choque cardiogénico, corrigiéndole hasta donde fue posible todas y cada una de las complicaciones que presentó mediante: intubación y reanimación cardiopulmonar avanzada durante los tres paros cardíacos que presentó [con indicación entre otros medicamentos de] levosimendan (para mejorar la contractilidad cardíaca) (...) dopamina, atropina y adrenalina (...)."

142. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que en su queja, Q1-V1 indicó que: *"(...) al llegar a nuestro domicilio y al destapar el cuerpecito de mi bebé fallecida nos dimos cuenta que su boquita estaba lastimada le faltaba un pedazo de labio, creemos que al momento de entubarla la agarraron sin cuidado como cualquier objeto sin tomar las precauciones, sin tomar en cuenta que era un ser humano el que estaban atendiendo".*

143. Sobre este particular, los médicos forenses de esta Comisión Nacional compararon lo dicho por Q1-V1 con las 8 fotografías anexadas a su queja, las que identificaron con los números 8, 9, 10, 11, 12 y 13 e indicaron en su "Opinión Técnica Forense" que: *"La región oral, a la vista se observan cianóticos los labios, razón por la que realizamos un acercamiento a dicha zona para su descripción, tomando como referencia la fotografía número 8 (...) toda vez que ésta es la que representa mayor acercamiento al objetivo de lo solicitado (...) al acercamiento (...) se observa un área en color rojiza hacia la mejilla derecha, a la altura de la base del surco naso labial. Manchas blanquecinas que se distribuyen en la zona cutánea, derecha e izquierda del labio superior, y lo que parece ser una excoriación hacia el lado derecho de la línea media del labio superior".*

144. Respecto a las fotografías señaladas con los números 6 y 7, advirtieron que V2 se encontraba: *“(...) tendida sobre lo que parece ser una cuna para cuidados intensivos de recién nacidos, (...) Recién nacida que presenta una cánula, sonda o catéter transparente colocado a través de su boca y fijado con cinta de color blanco que abarca hasta la porción medial de la mejilla izquierda; así como dos electrodos, uno en región clavicular izquierda y otro a nivel de región tóraco abdominal, los cuales se ven conectados a un aparato color rosa colocado hacia los pies de la recién nacida.”*

145. Por lo anterior indicaron que: *“(...) el área rojiza localizada en la mejilla derecha, a la altura de la base del surco naso labial, las manchas blanquecinas que se distribuyen a la derecha e izquierda del labio superior (fotografías 8, 9, 10, 11, 12 y 13, así como sus acercamientos tomando como base la fotografía 8), y la excoriación hacia el lado derecho de la línea media del labio superior (...) desde el punto de vista médico forense son similares a las producidas por la fricción o roce con un objeto romo, duro de bordes no cortantes, siendo coincidente su mecánica de producción con lo observado en las fotografías 6 y 7 (...) donde se aprecia que a la menor se le colocó una cánula, sonda o catéter transparente en la cavidad oral fijada con cinta adhesiva de color blanco, procedimiento indicado para la administración de oxígeno suplementario, medicamentos o alimentos. Además, dicha lesión resalta y es más visible debido a la deshidratación postmortem [de V2], por tales características se descarta que ésta haya sido producida por algún tipo de amputación, mutilación, herida o corte traumático de esa región anatómica (labio superior)”* y concluyeron: *“(...) la excoriación que se observa en el labio superior de [V2], desde el punto de vista médico forense corresponde a una lesión similar a las producidas por fricción o roce con un objeto romo, duro de bordes no*

cortantes, siendo coincidente su mecánica de producción con lo observado en las fotografías 6 y 7 (...) donde se aprecia que a la menor se le colocó una cánula, sonda o catéter transparente en la cavidad oral fijada con cinta adhesiva de color blanco, procedimiento indicado para la administración de oxígeno suplementario, medicamentos o alimentos; sin embargo, debido a que esta lesión (excoriación) fue examinada en una fotografía digital no se tienen elementos técnico médicos para establecer su temporalidad, lo que sí se puede determinar es que dicha excoriación no tiene relación con la causa de muerte de la recién nacida.”

146. Respecto a la supuesta falta de un pedazo de labio de V2 señalada por Q1-V1, los médicos de este Organismo Nacional concluyeron que: *“(…) desde el punto de vista médico forense se establece que dicha lesión se trataba de una excoriación y no de la pérdida de tejido del labio.”*

D.2.) Conclusión respecto del derecho a la vida de V2.

147. Los médicos de este Organismo Nacional indicaron que la asfixia perinatal severa que presentó V2, es decir, *“(…) la falta de oxígeno y la falta de perfusión en todos sus órganos, se debió a la detención de la fase activa del trabajo de parto que no fue diagnosticada ni tratada de forma oportuna (...) [V2] presentó como causa de defunción: choque cardiogénico, insuficiencia renal e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, complicaciones graves derivadas de manera directa de una inadecuada atención médica, parto distócico y prolongado, que no fue detectado ni manejado adecuada y oportunamente por [AR1, AR2, AR3 y AR4] médicos tratantes que valoraron a [Q1-V1] los días 26 y 27 de diciembre de 2013 (...) de haber extraído el producto de la concepción por*

cesárea en el momento en que se confirmó el trabajo de parto prolongado, se le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia al cual tenía derecho [V2].”

148. Para esta Comisión Nacional no pasa desapercibido que la recién nacida fue recibida por el personal de enfermería y no por un médico pediatra de base AR7, por lo que es aplicable el artículo 7 del RPM-IMSS⁸² dado que el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, debía contar con personal suficiente y capacitado para atender a V2.

149. El HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, incurrió en responsabilidad institucional ya que debía contar con la colaboración de médicos de base en pediatría, a fin de proporcionar una atención médica adecuada y profesional a V2, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias de dicho nosocomio.

150. Además de los instrumentos jurídicos señalados en el párrafo 128, aplican los artículos 15 y 28 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes⁸³ vigente al momento de los hechos; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principio 4 de la Declaración de los Derechos del Niño; los artículos 1º, fracciones I y II, 6, fracciones II y VI, 13, fracción I, 14, todos de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes⁸⁴ que reconocen el deber del Estado de proteger el

⁸² “(...) El Instituto [Instituto Mexicano del Seguro Social] será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes”.

⁸³ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, 29 de mayo de 2000 y abrogada el 4 de diciembre de 2014.

⁸⁴ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de diciembre de 2014.

derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo de las niñas, niños y adolescentes, y si bien, esta legislación fue publicada con fecha posterior al momento en que ocurrieron los hechos de la presente Recomendación, este Organismo Nacional tiene presente el contenido de los mismos con la finalidad de otorgar una protección más amplia a V2 en consideración al principio del interés superior del niño.

D.3) INTERCONEXIÓN ENTRE LOS DERECHOS DE Q1-V1 Y V2.

151. Como ya se señaló, los médicos forenses de este Organismo Nacional señalaron que V2 fue diagnosticada con *“hipoxia uterina”* que le causó la muerte derivada de la inadecuada atención de Q1-V1. Al existir esta interrelación del binomio materno-fetal, el personal médico debió observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentaron los riesgos, por lo que debió brindarse una atención oportuna, con calidad y con calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

152. Este Organismo Nacional considera que existe una interconexión entre los derechos de Q1-V1 y V2, reconocidos en el artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño al precisar una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección

de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

153. En este sentido, en el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General No. 15 se señala que: *“(...) durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño (...)*⁸⁵

154. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se señala que: *“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la (...) mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...)*”.

155. De las evidencias reseñadas y analizadas, se acreditó que la pérdida de la vida de V2 derivó en la afectación materno fetal por la inadecuada atención que recibió Q1-V1 por parte del personal médico del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, lo que influyó también en la salud de esta última, que impidieron garantizar con efectividad el derecho a la vida de V2.

156. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser*

⁸⁵ “Sobre el Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 24), párrafo 51.

*respetado, todos los derechos carecen de sentido (...).*⁸⁶ También reconoce que los “derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directamente vinculados con la atención de la salud (...).”

E).- RESPONSABILIDAD.

157. Este Organismo Nacional acreditó, que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, violaron los derechos de Q1-V1 a la protección a la salud.

158. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 adscritos al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, incurrieron en inadecuada atención médica que derivó en la violación a los derechos humanos violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud (a la libertad, autonomía reproductiva e información), al derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) e integridad personal y al trato digno de Q1-V1; AR1 y AR4 al derecho a la vida de V2 citados en los párrafos 44, 45, 46, 47, 48, 49, 63, 64, 65, 69, 70, 72, 73, 74, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 96, 105, 106, 107, 108, 115, 123, 124, 126, 127, 128, 134, 148, 149 y 150.

159. En términos de lo expuesto, se acreditó por este Organismo Nacional que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 transgredieron las obligaciones contenidas en los artículos 8º, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del

⁸⁶ “Caso de los Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”, sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

160. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Mexicana; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus funciones presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente y se formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrado

161. No pasa desapercibido por esta Comisión Nacional que Q1- V1 y V2 fueron atendidos por pasantes en medicina y médicos residentes en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, médicos en periodo de capacitación de acuerdo a las normas y leyes señaladas en la presente Recomendación, sin supervisión de médicos adscritos, lo que se traduce en responsabilidad institucional.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

162. Es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional

competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1°, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevén la posibilidad de que, al evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

163. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 6, fracción VI, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción II, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; 10, inciso b) y 38 a 41 (compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas⁸⁷, por las violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud (a la libertad, autonomía reproductiva e información), al derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) e integridad personal y al trato digno de Q1-V1, y al derecho a la vida de V2, se deberá inscribir a Q1-V1, V2 y V3 en el Registro Nacional de

⁸⁷ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

164. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*,⁸⁸ y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

165. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las*

⁸⁸ Adoptados por la ONU el 16 de diciembre de 2005.

*violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.*⁸⁹

I. Daño al proyecto de vida

166. En el presente caso, los actos y omisiones de los servidores públicos mencionados, causaron un daño al proyecto de vida de Q1-V1 y V3 dado que pese a advertir que Q1-V1 cursaba con un parto distócico no optaron por el uso de fórceps o practicar la cesárea urgente sino que realizaron la maniobra de Kristeller, lo que provocó la pérdida de la vida de V2; asimismo, se originaron menoscabos en el desarrollo personal y familiar de Q1-V1 y V3 puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accederían a las mismas como madre (Q1-V1) y padre (V3). Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “*el proyecto de vida*” como “*(...) la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y*

⁸⁹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

*llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial.*⁹⁰

II. Rehabilitación

167. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a Q1-V1 y V3 la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género a fin de contrarrestar el sufrimiento derivado de la muerte de V2, así como a la violación a sus derechos humanos señalados en la presente Recomendación. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa, clara y suficiente. Los tratamientos deben proporcionarse por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal atinente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

III. Satisfacción

168. En el presente caso, la satisfacción consiste en las investigaciones que deberán iniciar las autoridades recomendadas con motivo de las violaciones a los

⁹⁰ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrafos 147 y 148.

derechos humanos cometidas en agravio de Q1-V1 y V2, que derivaron en la pérdida de la vida de V2, en los términos de la presente Recomendación.

IV. Garantías de no repetición

169. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

170. Es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos por personal especializado con perspectiva de género transversal y derechos reproductivos a todo el personal del referido HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas⁹¹, en los términos de los puntos recomendatorios, asimismo, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en la presente Recomendación, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de las mujeres embarazadas.

171. De igual forma, el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad por el personal del citado nosocomio.

⁹¹ Hoy Prospera.

172. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, en la que se les requiera entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la LGS, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de la referida Ley.

173. Además en los servicios de urgencias, de gineco-obstetricia y de pediatría del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, deberán adoptarse las medidas necesarias para que se brinde atención oportuna y de calidad y además se cuente con médicos en ginecología y obstetricia y pediatras de base en los diversos turnos y se cumpla con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes. En el caso que en el momento de los hechos materia de la presente Recomendación no se hubiese contado con el referido personal de base, esto reiterará la responsabilidad institucional en la que incurrió el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, al no haber gestionado de manera adecuada sus recursos humanos en dicho nosocomio.

V. Compensación.

174. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación a Q1-V1 y V3 que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a la salud de Q1-V1, al daño al proyecto de vida de Q1-V1 y V3, a la pérdida de la vida de V2 y al derecho a la verdad de Q1-V1, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, en los términos descritos en esta Recomendación.

175. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente y formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrado

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a Q1-V1 y V3 conforme a la Ley General de Víctimas con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos, que incluyan una compensación, atención médica, psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA.- Diseñar e impartir un curso integral de capacitación y formación a todos los servidores públicos adscritos al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal y de no discriminación a la mujer embarazada que deberán impartir especialistas con suficiente experiencia en estas materias, así como sobre el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas actualizadas y guías señaladas en la presente recomendación. De igual forma, los contenidos de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya que los servidores públicos del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, para que adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas

oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones a quien corresponda y se emita una circular dirigida al personal médico del HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, en la que se les requiera entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control del IMSS, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 relacionados con los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore debidamente en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República en contra de AR1 y AR4, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de Q1-V1 y V2, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. Se inscriba a Q1-V1 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, se brinde atención oportuna y de calidad, y además, se adopten las medidas necesarias para que se cuente con médicos ginecólogos, obstetras y pediatras de base en los diversos turnos y se cumpla con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que el personal médico adscrito al HRO-8 del IMSS en Bochil, Chiapas, supervise la atención que los médicos residentes y pasantes en medicina que se encuentran en adiestramiento y capacitación, proporcionan a los pacientes, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional en la materia, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

176. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el

carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

177. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

179. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado

de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas, que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ