



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 41 /2015

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INSTITUCIONAL, EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES No. 35 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SANTIAGO JAMILTEPEC, OAXACA.

México, D. F., a 23 de noviembre de 2015

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

Distinguido director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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/4/2013/8247/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto, en el que se describe el significado

de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 18 de octubre de 2013, aproximadamente a las 9:00 horas, V1, mujer indígena mazateca de 29 años de edad, originaria de San Andrés Huaxpaltepec, municipio de Santiago Jamiltepec, Oaxaca, acudió acompañada por V2 al Hospital Rural Oportunidades No. 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Santiago Jamiltepec, Oaxaca, (Hospital Rural) cursando un embarazo de 39.5 semanas de gestación, por presentar dolores propios de trabajo de parto, siendo ingresada al nosocomio por AR1 donde, según lo refirió V2, no se le proporcionó información sobre la evolución de su esposa, hasta las 16:30 horas de la misma fecha, cuando AR2 le hizo saber que V1 había dado a luz a una niña a las 13:00 horas (V3), y que el parto había transcurrido con normalidad.

4. V2 manifestó que después de entrevistarse con su esposa salió del nosocomio y volvió aproximadamente a las 17:00 horas, encontrando que V1 presentaba una hemorragia transvaginal y era levantada en una sábana por el personal del nosocomio para ser trasladada a la sala de expulsión; V2 permaneció en el nosocomio hasta las 19:00 horas, momento en el que AR3 le solicitó firmara una carta consentimiento bajo información en la que autorizaba se le extirpara la matriz a su esposa a fin de parar la hemorragia, ya que *“parte de la placenta había abrazado la matriz”*.

5. A las 23:00 horas AR3 informó a V2 que no fue posible controlar la hemorragia, por lo que era necesario que V1 fuera trasladada para su atención en Unidad de Terapia Intensiva, al Hospital General de San Pedro Pochutla, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca (Hospital General).

6. V2 expresó que V1 fue dada de alta del Hospital Rural Oportunidades No. 35, a las 3:00 horas de la madrugada del 19 de octubre de 2013, arribando al Hospital General de San Pedro Pochutla a las 6:00 horas del mismo día, donde SP1 informó a V2 que su esposa sería transportada vía aérea al Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca de la Secretaría de Salud (Hospital Regional) debido al estado de gravedad en que se encontraba, lo que hacía necesario que se le atendiera en una Unidad de Cuidados Intensivos.

7. Aproximadamente a las 13:00 horas V1 fue trasladada al Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca de la Secretaría de Salud, al cual arribó a las 16:00 horas; sin embargo, a las 21.00 horas, SP2 informó a V2 que V1 se encontraba en estado de gravedad y posteriormente, el 20 de octubre de 2013 a las 8:00 horas, SP3 le comunicó que había fallecido.

8. Con motivo de la queja, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/4/2013/8247/Q; solicitándose información y copia de los expedientes clínicos respectivos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y al Gobierno del Estado de Oaxaca, así como informes en colaboración a la Procuraduría General de la República (PGR) y a la Fiscalía General del Estado de Oaxaca. De las diligencias realizadas para el esclarecimiento de los hechos se tuvo conocimiento de que la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca radicó el expediente de queja 1, por lo que al tratarse de un asunto en el que se encuentran involucrados servidores públicos del ámbito federal, se remitió a este Organismo Nacional para su seguimiento conducente, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Queja presentada vía correo electrónico por Q1 ante este Organismo Nacional el 8 de noviembre de 2013, sobre la inadecuada atención médica otorgada a V1 en el Hospital Rural que derivó en la pérdida de la vida de la mencionada agraviada.

10. Oficio 013121 de 14 de noviembre de 2013, mediante el cual el Visitador General de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, remitió a este Organismo Nacional la queja presentada por comparecencia en la misma fecha ante ese Organismo Local por V2, sobre el caso de V1 que dio origen al expediente de queja 1, y al cual se adjuntan, entre otras, las siguientes constancias:

10.1 Acta de defunción de V1, de 21 de octubre de 2013, expedida por la Dirección del Registro Civil del Gobierno del Estado de Oaxaca, en la que se establece como causa de la muerte: *“Hemorragia interna masiva posterior a histerectomía total y ooforectomía bilateral, en persona con antecedente de hemorragia obstétrica y acretismo placentario”*.

10.2 Acta de comparecencia de 14 de noviembre de 2013, procedente de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, en la que se asentó la queja de V2, quien manifestó su inconformidad con el tratamiento médico de V1 en el Hospital Rural, así como en el Hospital General el 18 y 19 de octubre de 2013.

11. Oficio 013618 de 27 de noviembre de 2013 procedente de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, mediante el cual remitió la nota periodística publicada en la página de internet www.Página3.mx, titulada “*Muere mujer por parto en el IMSS Jamiltepec; ONGs exigen justicia*” en la que se expone el caso de V1.

12. Oficio 095217614621/2636 de 18 de diciembre de 2013, mediante el cual el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos adscrita a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS (Titular de la División de Atención a Quejas), rindió informe a esta Comisión Nacional, sobre el caso de V1 y al cual adjuntó, entre otras constancias:

12.1 Informe de 18 de octubre de 2013, suscrito por AR4, respecto a su participación en la atención médica de V1 el 18 de octubre de 2013, en el Hospital Rural.

12.2 Informe de 16 de diciembre de 2013, suscrito por AR2, sobre sobre su participación en la atención médica de V1 el 18 de octubre de 2013, en el Hospital Rural.

12.3 Informe de 17 de diciembre de 2013, suscrito por AR3, sobre sobre su participación en la atención médica de V1 el 18 de octubre de 2013, en el Hospital Rural.

12.4 Resumen clínico de 17 de diciembre de 2013, suscrito por AR5, sobre el seguimiento médico de V1, en el Hospital Rural.

13. Oficio 095217614621, de 6 de enero de 2014, por el cual el Titular de la División de Atención a Quejas remitió copia del expediente clínico de V1, integrado en el Hospital Rural, del que destacan:

13.1 Notas de tococirugía de 18 de octubre de 2013 a las 10:53 y 12:50 horas, suscritas por AR1 y AR2, en las que se asentaron los antecedentes de V1 y su diagnóstico de ingreso al Hospital Rural.

13.2 Notas médicas de atención de parto, de hospitalización, preoperatoria, evolución, revaloración, tococirugía en turno vespertino y de anestesiología, de 18 de octubre de 2013, elaboradas por AR2, AR3, AR4 y AR5.

13.3 Solicitud de exámenes de laboratorio de V1 de 18 de octubre de 2013 y resultados de los mismos.

13.4 Carta de consentimiento bajo información para atención obstétrica, de 18 de octubre de 2013 de V1, con el nombre y firma de V2.

13.5 Hoja de Referencia de 18 de octubre de 2013, por la que se documentó el traslado de V1 del Hospital Rural, al área de especialidad en Gineco-Obstetricia del Hospital General.

13.6 Hoja de evolución del parto de V1 de 18 de octubre de 2013, suscrita por AR2 y SP12, adscritos al Hospital Rural.

13.7 Hoja de vigilancia y atención del parto de V1 de 18 de octubre de 2013, suscrita por AR1.

13.8 Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de V1, 18 de octubre de 2013, suscrito por AR5.

13.9 Hojas de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería de V1, de 18 de octubre de 2013.

13.10 Hojas de evaluación y monitoreo de signos vitales en el puerperio de V1, de 18 de octubre de 2013.

13.11 Notas de anestesiología, post-quirúrgica, de evolución y agregadas, de 19 de octubre de 2013 elaboradas por AR1, AR2 y AR5.

13.12 Nota de traslado de V1, de 19 de octubre de 2013, a las 6:30 horas, suscrita por SP5, Residente de Tercer Año de Anestesiología Hospital Rural.

13.13 Formato para el registro de procedimientos transfusionales realizados en los servicios clínicos de V1.

14. Oficio 4C/4C.3/0619/2014 de 3 de marzo de 2014 procedente de los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca, mediante el cual rindió informe sobre la atención brindada a V1 en el Hospital General, al cual se adjuntaron, entre otras documentales, las siguientes:

14.1 Expediente clínico de V1, integrado en el Hospital General, del que destacan:

14.2 Resumen Clínico de V1, de 19 de octubre de 2013, suscrito por SP4.

14.3 Notas médicas de V1, de 19 de octubre de 2013 a las 7:15, 10:00, 11:45, 12:05, y 13:10 horas, suscritas por SP1 y SP4.

14.4 Resumen Clínico de V1, de 19 de octubre de 2013, elaborado en el Hospital General, suscrito por SP4.

15. Oficio DDH/S.A./V/2164/2014 de 5 de mayo de 2014, procedente de la Fiscalía General del Estado de Oaxaca, mediante el cual informó que respecto a la averiguación previa AP1, iniciada con motivo del caso de V1, en contra de quien resulte responsable, por el delito de homicidio, se originó el legajo de investigación L1 y se declinó la competencia en favor de la PGR.

16. Oficio HRAEO/DAJ/231/2014 de 12 de mayo de 2014 procedente del Departamento de Asuntos Jurídicos del Hospital Regional, mediante el cual rindió informe sobre la atención médica proporcionada a V1 y al cual adjunta entre otras, las siguientes constancias:

16.1 Expediente clínico de V1, integrado en el Hospital Regional, del cual resulta pertinente mencionar las siguientes documentales:

16.1.1 Notas médicas de V1, del 19 de octubre de 2013 a las 18:08, 19:11, 22:25, 22:45, 18:49 y 22.25 horas y del 20 de octubre de 2013 a las 9:21 horas, suscritas por SP7, SP8, SP9, SP10, SP2 y SP3.

17. Oficio número 003575/14 DGPCDHQI de 4 de junio de 2014 procedente de la PGR, remitiendo el similar 3064/2014 de 3 de junio de 2014 de cuyo contenido se desprende que con motivo de la remisión efectuada por la Fiscalía General del

Estado de Oaxaca del legajo de investigación L1 se inició la averiguación previa AP2, informando a su vez el seguimiento otorgado a la misma.

18. Acta circunstanciada de 8 de septiembre de 2014 en la que se hizo constar la diligencia realizada por 2 visitantes adjuntos de este Organismo Nacional, a fin de consultar las constancias que obran en la averiguación previa AP2.

19. Oficio 095217614BB0/01486 de 26 de septiembre de 2014 a través del cual el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS informó que una vez investigado el caso de V1, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del referido instituto, resolvió en sentido improcedente el expediente administrativo QM1.

20. Oficio 095217614BB1/01726 de 7 de octubre de 2014 por el cual el Titular de la División de Atención a Quejas remitió copia del reporte del estudio de patología del útero de V1, de cuyo diagnóstico se destacó el hallazgo de *“edema intramural y hemorragia leves consistentes con atonía uterina”*.

21. Oficio 095217614BB1/1792 de 16 de octubre de 2014 por el cual el Titular de la División de Atención a Quejas informó que el destino final que se dio a la placenta de V1 se realizó conforme a la Norma Oficial Mexicana 87-ECOL-SSA1-2002 Protección ambiental- Salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003.

22. Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 6 de enero de 2015, por un médico de esta Comisión Nacional.

23. Oficio 003395/15 DGPCDHQI de 28 de abril de 2015, mediante el cual la PGR adjuntó el informe relativo al seguimiento y diligencias realizadas en la AP2, destacando que la misma se encontraba en integración.

24. Oficio número 095217614BB1/1692 de 31 de agosto de 2015 procedente del IMSS, al cual adjuntó la opinión médica emitida en el expediente QM1, por la cual se determinó que la atención otorgada a V1 en el Hospital Rural *“fue oportuna y los servicios médicos se le otorgaron con calidad, oportunidad, seguridad y sentido humano”*.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

25. El 18 de octubre de 2013, a las 09:00 horas aproximadamente, V1, en compañía de V2, acudió al Hospital Rural, por presentar dolores de trabajo de parto donde, según lo refirió V2, AR2 le comunicó que V1 había dado a luz a una niña a las 13:00 horas.

26. A las 19:00 horas, AR3 le solicitó a V2 una carta firmada de consentimiento en la que autorizaba la extirpación de matriz a su esposa para detener una hemorragia transvaginal.

27. En el Hospital Regional, el 20 de octubre de 2013 a las 8:00 horas, SP3 le comunicó a V2 que su esposa había fallecido. El 8 de noviembre de 2013, Q1 presentó queja vía correo electrónico ante este Organismo Nacional, iniciándose el expediente CNDH/4/2013/8247/Q.

28. El 14 de noviembre de 2013, V2 presentó queja ante la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, la que radicó el expediente de queja 1, mismo que fue remitido a esta Comisión Nacional por razón de competencia en la misma fecha.

29. Finalmente, la Fiscalía General del Estado de Oaxaca, radicó la AP1, con motivo de los hechos denunciados por V1, en contra de quien resulte responsable, por el delito de homicidio y de ésta se originó el L1, declinándose la competencia de esa instancia en favor de la PGR, donde se radicó la AP2, actualmente en integración.

30. El IMSS inició el expediente de queja QM1 en el que, previo desahogo de la investigación de la atención médica otorgada a V1 en el Hospital Rural, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico emitió resolución en sentido improcedente, mediante acuerdo de 26 de mayo de 2014.

IV. OBSERVACIONES.

31. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias del expediente **CNDH/4/2013/8247/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional realiza el siguiente análisis: **1)** El derecho a la protección a la salud materna en relación a V1; **2)** El derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica y trato digno en relación a V1 y, **3)** El derecho a la vida de V1.

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

A) Hospital Rural Oportunidades No. 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Santiago Jamiltepec, Oaxaca.

32. El 18 de octubre de 2013, aproximadamente a las 9:00 horas, V1 ingresó al Hospital Rural, siendo atendida por AR1, quien al practicarle un tacto vaginal detectó que presentaba 100% de borramiento (acortamiento), 5 centímetros de dilatación y contenido hemático.

33. En la Nota de tococirugía elaborada en esa fecha a las 10:53 hrs se expresó *"Acude paciente de 29 años de edad en compañía del esposo....PA(padecimiento actual): lo inicio el día de ayer a las 20 horas con la presencia de dolor tipo obstétrico esporádico 1/10, percibe mov fetales, niega datos de vasoespasmo o algún otro dato de alarma obstétrica...abdomen globoso a expensas de útero gestante con FU (fondo uterino) de 39 cm, puví longitudinal cefálico, con dorso a la izquierda con FCF (frecuencia cardiaca fetal) 143x', tacto vaginal con cérvix posterior 100% borramiento, 5cm dilatación, guante testigo con presencia de manchado hemático, Dx (diagnóstico): multigesta embarazo de 39.5 SDG (semanas de gestación), por FUR (fecha de última regla)/ fase activa primer pdo TDP (trabajo de parto), Plan: labor..."*

34. AR1 indicó el ingreso hospitalario de V1 para vigilancia del trabajo de parto, y ordenó la aplicación de soluciones parenterales, reposo en decúbito lateral izquierdo y solicitud de exámenes de laboratorio consistentes en biometría hemática, grupo y Rh, química sanguínea, tiempo parcial de tromboplastina, tiempo de protrombina y examen general de orina; sin embargo, en las constancias del expediente clínico de V1, no se localizó el registro de los resultados de tales exámenes, lo que es un indicio de que estos no se practicaron y de que AR1, médico de primer contacto, no estuvo pendiente del seguimiento de sus indicaciones, considerando que esos resultados eran de utilidad para la detección de alguna complicación propia del embarazo.

35. De acuerdo a la opinión emitida por un perito médico adscrito a este Organismo Nacional, la detección de mancha hemática en el guante con el que AR1 realizó la exploración vaginal a V1, implica, de acuerdo a la bibliografía médica, una sospecha clínica de alguna complicación propia del tercer trimestre del embarazo, como puede ser placenta previa o desprendimiento de placenta, por

lo que se hace necesario iniciar un abordaje diagnóstico mediante una especuloscopia vaginal y posteriormente una ecografía transvaginal o, en su defecto, un ultrasonido obstétrico para poder localizar el foco del sangrado, mismos que no se llevaron a cabo, ello bajo la premisa de que todas las pacientes en estado de embarazo podrían presentar una hemorragia posparto.

36. AR1 elaboró el partograma para vigilar la evolución del trabajo de parto de V1 y a las 12:50 horas del 18 de octubre de 2013, AR2 reportó nuevamente, tal y como se asentó a las 10:53 horas, que la paciente presentaba dolor de tipo obstétrico que aumentaba en intensidad y realizó un tacto vaginal, donde también detectó la salida de moco con sangre.

37. Tal circunstancia se asentó en la nota de tococirugía elaborada en esa fecha y hora en los siguientes términos: *“al momento refiere dolor tipo obstétrico de moderada intensidad el cual ha ido aumentando en intensidad y frecuencia, refiere la salida de moco con sangre... presenta salida de moco con sangre a nivel vaginal... al tacto vaginal cérvix semi-posterior 80% de borramiento, 6cm de dilatación, membranas íntegras...IDX (impresión diagnóstica)”*.

38. De acuerdo con el análisis realizado en la opinión emitida por un médico de esta Comisión Nacional se puntualizó que practicar un tacto vaginal a V1 resultó inadecuado, ya que debe evitarse en las personas que presentan sangrado, debido a la alta posibilidad de que se presente un nuevo sangrado tras efectuar tal acción.

39. Además AR2 omitió practicar previamente un ultrasonido obstétrico para identificar la causa del sangrado, lo cual resultaba de utilidad debido a que, de acuerdo a la bibliografía médica, la hemorragia uterina que procede de un sitio superior al cuello uterino, es motivo de preocupación, ya que puede implicar la existencia de placenta previa o desprendimiento prematuro de la misma, o bien la presencia de vasos previos, complicaciones que de acuerdo a lo expresado por nuestro médico, no fueron tomadas en cuenta al momento de la valoración realizada a V1.

40. AR2 prescribió a V1 solución glucosada actual más 5 unidades de oxitocina, pasar 10 gotas por minuto, y según se infirió en la aludida opinión médica, ello se debió a que la citada sustancia constituye un profiláctico que debe usarse de forma rutinaria en el manejo del tercer periodo de parto en todas las mujeres,

debido a que reduce el riesgo de hemorragia posparto hasta en un 60% de los casos; sin embargo, en los registros de enfermería del expediente clínico de V1, no obra constancia de que se haya administrado el mencionado medicamento, situación que hace evidente una falta de manejo profiláctico de la paciente.

41. A las 13:30 horas, V1 fue ingresada a la sala de expulsión donde se suscitó el parto, siendo el caso que en la nota elaborada por AR2 se reportó que la cavidad uterina fue revisada en 2 ocasiones, dejándola virtualmente limpia y se prescribió solución glucosada más 20 unidades de oxitocina, posteriormente, solución glucosada al 5% 1000 más 20 unidades de oxitocina para 6 horas.

42. En la nota de atención al parto realizada al efecto se expuso lo descrito con anterioridad en los siguientes términos: *“... a los 5 minutos se obtiene alumbramiento de placenta completa de características normales...Se realiza revisión de cavidad uterina en 2 ocasiones se verifica que no haya desgarros...”*; a su vez, en la hoja de terminación del embarazo AR2 asentó: *“a los 5 minutos alumbramiento dirigido de placenta, la cual es de características normales, se realiza revisión de cavidad de forma profiláctica, hasta dejarlo virtualmente limpia sin presencia de desgarros... solución glucosada más 20 Unidades de Oxitocina pasar en carga, posterior solución glucosada al 5% 1000 más 20 Unidades de Oxitocina para 6 horas”*.

43. En el expediente clínico de V1, no se localiza la hoja de enfermería relativa a la administración de tal medicamento. Al respecto, en la aludida opinión médica se destacó que de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, los agentes uterotónicos deben ser administrados durante el alumbramiento en las mujeres que se encuentran en trabajo de parto para la prevención de hemorragia posparto, por lo que la oxitocina, además de aplicarse antes del nacimiento, debe prescribirse durante la expulsión de la placenta.¹

44. A las 15:20 horas del 18 de octubre de 2013, V1 fue valorada por AR2 y AR3, quienes ante el aviso del personal de enfermería respecto a la continuación del sangrado transvaginal de V1, le realizaron un tacto bimanual, en el cual detectaron la presencia de coágulos, por lo que V1 fue trasladada nuevamente a la sala de expulsión donde se le practicó una nueva revisión manual en la que se extrajeron restos placentarios.

¹ OMS 2012. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.

45. Tal circunstancia se desprende de la nota de revaloración de tococirugía de la fecha y hora citadas en la que se realizaron las siguientes anotaciones: *“se informa por parte de enfermería de sangrado transvaginal de moderada cantidad realizándose tacto bimanual encontrando abundantes coágulos en fondo de saco, por lo que al persistir sangrado se decide ingreso nuevamente a sala de expulsión para revisión manual de cavidad...se procede a revisión manual de cavidad obteniéndose escasos placentarios, con paciente poco cooperadora a la revisión”*.

46. Sobre ello, en la opinión médica se expresa que las revisiones uterinas suponen un riesgo de perforación del útero por la manipulación manual; además, al efectuarse el tacto en ocasiones reiteradas produce un grado de dolor a la paciente, explicándose con ello que V1 se haya mostrado poco cooperadora durante las revisiones que le fueron realizadas.

47. AR2 y AR3 prescribieron la aplicación de ergonovina dosis única intravenosa, medicamento indicado para la adecuada involución uterina; sin embargo, en la mencionada opinión médica se alude que este medicamento se aplicó a las 15:25 horas, es decir, aproximadamente 2 horas después de la resolución obstétrica, cuando lo indicado era administrar 20 unidades en infusión intravenosa, 20 unidades de oxitocina por litro de solución, después del alumbramiento, a un ritmo de 10ml/min durante algunos minutos hasta que el útero permanezca contraído con firmeza y se controle la hemorragia².

48. Tal procedimiento se omitió al ingresar a la paciente a la sala de expulsión, presentándose la hemorragia posparto y encontrándose los restos placentarios en la segunda revisión practicada a V1, por lo que AR2 y AR3 debieron sospechar el diagnóstico de atonía uterina, es decir, la falta de involución del útero.

49. A las 16:00 horas de la misma fecha, V1 fue valorada por AR3 y refirió dolor abdominal tipo cólico en el bajo vientre de leve intensidad; no obstante, el mencionado doctor omitió indicar la realización de ultrasonido para corroborar que la cavidad uterina se encontraba libre de restos placentarios, con mayor razón considerando que fue sometida a 3 revisiones de cavidad.

² Nota de revaloración de tococirugía 18-10-2013, 15:20 horas “se administran 1000 cc Hartman más 60 mg de ketorolaco IV y una ampula de ergonovina IV dosis única, se descartan desgarros y se verifica involución uterina. Continúa con 20 U de oxitocina en 1000 cc sol. Glucosada 5%, sangrado aprox. 200 cc...”

50. Lo anterior se observa de la nota de tococirugía elaborada el 18 de octubre de 2013 a las 16:00 horas en la que se precisó: *“La paciente refiere dolor abdominal tipo cólico en bajo vientre de leve intensidad... útero contraído, indurado por debajo de cicatriz umbilical... se pasa a piso para continuar la vigilancia estrecha del sangrado, se comenta la necesidad de valoración por gineco-obstetricia quien en este momento se encuentra en procedimiento quirúrgico...”*.

51. Según se desprende de la opinión médica ya descrita, a pesar de que AR3 indicó una valoración estrecha de V1, se omitió solicitar la toma de laboratorios como biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, fibrinógeno y exámen general de orina, para propiciar una adecuada vigilancia de la paciente, atendiendo al sangrado presentado previamente.

52. En la misma fecha, a las 17:30 horas, AR5, residente del cuarto año de Ginecología realizó evaluación a V1 y reportó que la paciente presentaba sangrado abundante de aproximadamente 800 ml con abundantes coágulos, por lo que solicitó pasar a revisión al área de Tococirugía, según se hizo constar en la nota elaborada al efecto: *“...primeras horas de puerperio fisiológico... que pasa a sala de recuperación presentando sangrado transvaginal... a las 17:00 horas presenta sangrado transvaginal abundante aproximadamente 800 ml, con abundantes coágulos...T/A (tensión arterial) 70/40 mmHg (milímetros de mercurio)... hielos locales en zona de útero, con buena respuesta, se realiza tacto la cual se toca probable desgarro 5 manecillas de reloj y sangrado abundante, se solicita pasar a revisión a Tococirugía...”*

53. La citada nota carece de nombre y firma del encargado del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital, omisión que permite aducir una inobservancia a lo previsto en el numeral 11.4 de la *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, que prevé la obligación de los médicos residentes de: *“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 residentes”*.

54. Además, V1 presentó sangrado de 100 ml en la sala de expulsión, 200 ml en la tercera revisión de cavidad y 800 ml a las 17:00 horas, resultando un total de 1100 ml en menos de 24 horas. Al respecto, en las precisadas recomendaciones

de la Organización Mundial de la Salud se define como hemorragia posparto primaria a cualquier pérdida hemática mayor a 500 ml en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento,³ ante lo cual, de acuerdo a la mencionada opinión emitida por nuestro perito médico, deben implementarse una serie de medidas básicas para facilitar la resucitación como son: monitorización, acceso intravenoso, biometría hemática, grupo sanguíneo y Rh (factor que determina si el tipo de sangre es positivo o negativo), electrolitos séricos y fibrinógeno, mismas que en el presente caso no se indicaron.

55. También se expresó que V1 presentó, además de la hemorragia, una tensión arterial de 70/40 mm/Hg, lo cual era indicativo de que cursaba un choque hipovolémico que no fue posible clasificar, ya que en el expediente clínico no se registraron los signos vitales de V1, como son frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura, parámetros que son de importancia para una adecuada vigilancia del estado hemodinámico de la paciente.

56. En consideración del médico de este Organismo Nacional, los datos asentados en las notas elaboradas por AR2 y AR3 a las 15:20 horas, así como por AR5, debieron considerarse para emitir un diagnóstico inicial de atonía uterina, a fin de detener la hemorragia posparto, ya que fue hasta las 17:25 horas cuando se prescribió una dosis única de carbetocina, que previene la atonía uterina destacándose que, como se ha mencionado, el medicamento de primera elección inmediatamente después del alumbramiento era la oxitocina.

57. V1 fue sometida a una cuarta revisión de cavidad a las 18:10 horas por AR5, quien nuevamente encontró restos placentarios, como se describe en la nota elaborada al respecto: *“... se observa sangrado proveniente de cavidad uterina se realiza revisión y limpieza de cavidad con pinza de Forrester y legra no. 4 encontrando escasos restos placentarios, se verifica cavidad virtualmente limpia, sin embargo no remite el sangrado, el cual se cuantifica en aproximadamente 1000cc a pesar de adecuado tono uterino(sic), se sospecha en pb acretismo (probable adherencia anormal) placentario por lo cual se decide pasar a quirófano por pb acretismo placentario para realizar histerectomía obstétrica urgente...”*

58. Lo expuesto era indicativo de falta de involución uterina, que ya se había detectado en las primeras revisiones de cavidad, sin que fuera tomado en cuenta,

³ OMS 2012. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.

ya que de acuerdo a la opinión médica mencionada, los restos de placenta retenida son causa frecuente de hemorragias en etapas tardías del puerperio y la atonía uterina es una de las causas más frecuentes de hemorragia.

59. Durante la cuarta revisión de cavidad, V1 presentó un sangrado de 1000 ml, es decir, tenía una hemorragia cuantificada hasta el momento de 2000 ml aproximadamente, cantidad que debió ser tomada en consideración para establecer las medidas necesarias a fin de contrarrestar el choque hipovolémico en desarrollo, siendo éstas la aplicación de oxitocina, acceso intravenoso central subclavicular, oxigenación por medio de mascarilla a 10 o 15 litros/minuto, exámenes de laboratorio (biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea, electrolitos séricos y concentración de fibrinógeno, así como traslado al siguiente nivel de atención), mismas que no se implementaron, como se observa del contenido de la nota elaborada al efecto.

60. Tales omisiones suponen un incumplimiento al numeral 5.1.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. criterios y procedimientos para la prestación del servicio”* que establece que: *“La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria...”*.

61. A las 18:15 horas, AR5 revisó a V1, quien continuaba presentando sangrado abundante, por lo que en la nota elaborada destacó la necesidad de realizarle una intervención quirúrgica, reportándola con signos vitales estables y la remite a quirófano. En la nota elaborada se asentó: *“presenta sangrado transvaginal abundante a pesar de administración de cabergolina, gluconato de calcio y aplicación de hielo local... continúa con hemorragia motivo por el que amerita realizar intervención quirúrgica urgente a: LAAC (sic) + HTA (hipertensión arterial sistémica) obstétrica, actualmente con signos vitales estables T/A(tensión arterial) 80/50, pasa a quirófano...”*

62. Sobre ello, el médico de esta Comisión Nacional subrayó que AR5 catalogó a V1 como estable; sin embargo, la cuantificación de la hemorragia y la tensión arterial que la paciente presentaba eran indicativos de un choque hipovolémico grado III-IV, que pudo ser controlado al implementar las medidas previamente referidas, a fin de evitar que el choque evolucionara a grado IV y las complicaciones que este implica, las cuales, generalmente son de carácter irreversible, tal como aconteció en el caso que nos ocupa.

63. A las 18:15 horas, V1 fue ingresada a quirófano a fin de que le fuera practicada una histerectomía total abdominal y en la nota realizada por AR5 no se advierte que se hayan observado las medidas necesarias para contrarrestar el shock hipovolémico de V1, tampoco se tomaron estudios de laboratorio para averiguar su estado hemodinámico y determinar si era adecuado su ingreso al quirófano o era necesario controlar previamente la situación hemodinámica.

64. Lo anterior se observó de la nota posoperatoria elaborada en la fecha y hora citadas: “...Cx.(cirugía) Realizada: Histerectomía obstétrica + ligadura bilateral de arterias hipogástricas + empaquetamiento.... Complicaciones: Choque hipovolémico grado IV +pb (probable) coagulopatía por consumo, sangrado: total aproximado de 4,300 cc... se transfundieron 6 paq (1800 ml), 2000 ml de almidón, cristaloides 6,500 ml...”.

65. Se destacó también, que se administraron 6 paquetes globulares a V1, siendo el caso que para una reanimación del shock hipovolémico y evitar una coagulopatía por hemorragia masiva, debe transfundirse sangre y plasma de manera óptima en relación 1:1 hasta cumplir las metas terapéuticas; además, en el estado de shock hipovolémico grado IV debe administrarse una unidad de plasma fresco congelado por cada 4 paquetes globulares; por cada 4 paquetes globulares se administrarán 5 unidades de plaquetas y 1 gramo de calcio por cada 5 unidades de sangre; además, se deben infundir soluciones cristaloides a 37°C de temperatura y evitar la hipotermia del paciente.

66. Al respecto en la referida opinión médica se estableció que el diagnóstico temprano de la coagulopatía, la prevención o corrección de la hipotermia y la acidosis (exceso de ácido) deben ser una prioridad durante la evaluación inicial y la resucitación del choque hemorrágico, ya que el uso de líquidos intravenosos durante la resucitación y la reposición temprana de factores de coagulación pueden prevenir la presencia de coagulopatía; sin embargo, estos aspectos no fueron considerados por el personal médico a cargo de la atención de V1, ya que se le transfundieron sólo paquetes globulares, favoreciendo con ello tal condición.

67. En el formato para el registro de procedimientos transfusionales realizados en los Servicios Clínicos se establecieron el día y la hora en que se transfundieron los paquetes globulares a V1, más no se estableció el tipo de hemoderivado que se le administró; además, en esa hoja de registro no se asentó la temperatura de la paciente desde el paquete 227 hasta el paquete 230, del 18 de octubre de 2013 y

a partir del paquete 221, V1 presentó una temperatura de 35°C, por lo que su estado se vio en deterioro constante al no ser reanimada de manera adecuada.

68. Por otra parte, AR5 en la nota del 19 de octubre de 2013 a las 1:00 horas reportó haber administrado únicamente paquetes globulares a V1: *“Actualmente la paciente estable, se envió a familiar para conseguir plasma fresco congelado a Pinotepa Nacional, ya que la paciente amerita urgentemente la administración de los mismos así como concentrados plaquetarios y crioprecipitados los cuales no se cuentan en esta unidad...”*.

69. Tal proceder aumentó el riesgo de coagulopatía en la paciente, sin que el personal médico verificara previo al acto quirúrgico si se contaba con los hemoderivados descritos en los párrafos que anteceden, mismos que resultaban de suma importancia para contrarrestar el shock hipovolémico, grado IV de V1 y evitar que la paciente siguiera presentando pérdidas hemáticas.

70. AR5 asentó en la nota del 19 de octubre de 2013 a las 2:00 horas, que a V1 le fueron administrados 4 paquetes de plasma fresco congelado: *“Aproximadamente a las 1:30 horas llega familiar con los PFC (plasma fresco congelado), los cuales se administran (4 en total) y otro PG, administración de cristaloides, sin embargo con pobre respuesta a la reposición de líquidos por lo cual se procede a colocación de catéter central subclavio derecho (músculo debajo de la clavícula), con administración de norepinefrina aprox a 0.5 mcgr por kg peso, con adecuada respuesta al manejo, además se administran 14 amps de bicarbonato por pb acidosis y medidas de protección cerebral...”*.

71. En ese sentido, en la opinión médica se destaca que los 4 paquetes fueron administrados a las 1:30 horas del 19 de octubre de 2013, es decir 7 horas después del inicio de la transfusión de los paquetes globulares a las 18:15 horas del 18 de octubre de 2013, según se aprecia del contenido de la nota elaborada *“...se transfundieron 6 paq (1800ml), 2000 ml almidón, cristaloides, 6500 ml”*; además se indicó la colocación de un catéter central subclavio, el cual debió aplicarse inicialmente cuando la paciente se encontraba en un shock hipovolémico estable, por lo que al agregarse a este cuadro una probable acidosis, junto con la hipotermia y la dilución del volumen sanguíneo de V1, se presenta el riesgo de empeorar la coagulopatía y perpetrar el sangrado.

72. Lo anterior fue indicativo de que AR4 y AR5 omitieron prescribir una adecuada reanimación de V1 y asegurar que se contaba en existencia con los hemoderivados (componentes sanguíneos) requeridos por la paciente, ya que de haberlo hecho así, se hubiese determinado el traslado de V1 al siguiente nivel de atención desde su ingreso al hospital para su adecuado manejo, realizándose de manera tardía a las 6:30 horas del 19 de octubre de 2013, al Hospital General.

B) Hospital General de San Pedro Pochutla, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca.

73. V1 fue trasladada al Hospital General a las 8:00 horas del 19 de octubre de 2013, ingresando por el Área de Urgencias, ya que el nosocomio no contaba con servicio de Terapia Intensiva, como se destaca en la nota elaborada por SP1: *“Femenino de 29 años de edad, referida a esta unidad grave Dx (diagnóstico). Ya comentados, con FC (frecuencia cardiaca) 152 lpm, FR (frecuencia respiratoria) 28 x, T (temperatura) 36.00, TA (tensión arterial) 120/100, EF (exploración física): paciente con apoyo ventilatorio asincrónico, luchando con tubo endotraqueal... abdomen globoso, paciente empaquetada, dolor intenso a la palpación... edema ++... TV, cérvix central abierto, sin sangrado transvaginal... no hay servicio de ginecología, solicitamos valoración por Cirugía Gral, MI (medicina interna) y servicio de anestesiología, se comenta con trabajo social envío a 3er nivel, paciente grave se informa a familiar...”*.

74. De la referida nota se observó que V1 ingresó con datos de shock hipovolémico; por tanto, se le indicó la administración de soluciones parenterales, benzodiacepina, norepinefrina, antibioticoterapia, ranitidina y ketorolaco; además se solicitó interconsulta por los servicios de Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología, ya que el hospital no cuenta con servicio de Ginecología y Obstetricia.

75. Al respecto, se destaca que al presentar datos de shock hipovolémico, no se encontraba indicado ingresar a V1 a un segundo acto quirúrgico, aunado a que presentaba síntomas de alcalosis metabólica (elevación del Ph en el plasma sanguíneo), por lo que la indicación adecuada era establecer el estado hemodinámico de la paciente, lo cual no fue atendido inicialmente en el Hospital Rural, por lo que el estado hipovolémico de V1 había evolucionado durante un tiempo prolongado.

76. De esta manera, en la evaluación realizada por SP6, V1 continuaba con datos de shock hipovolémico; en consecuencia, se le administraron 4 paquetes de plasma fresco congelado y 2 concentrados eritrocitarios, soluciones parenterales para remitir el estado de hipovolemia en que se encontraba, además, se solicitaron estudios de laboratorio, mismos que revelaron que presentaba alteraciones en la función hepática, como se asentó en la nota correspondiente: *“Actualmente con intubación orotraqueal conectada a ventilador... palidez importante de tegumentos y ligero tinte icterico quemosis, TA (tensión arterial) de 110-70 FC (frecuencia cardiaca) de 122x’, Te de 36.5... aún sin reporte de laboratorio ni Rx. Paciente muy grave que requiere unidad de cuidado intensivo, por el momento no requiere intervención quirúrgica. Pasada 48 hrs se recomienda retiro de compresas de hueso pélvico. Se continúa trámite para envío a 3er nivel ya que es paciente con riesgo de muerte materna...”*

77. Además, V1 se encontraba en un estado hemodinámico inestable, de larga evolución, por lo que al no contar con los servicios de Ginecología, Obstetricia y Terapia Intensiva en el mencionado nosocomio, desde su ingreso al mismo se gestionó su traslado al Hospital Regional, según se desprende de la nota elaborada al efecto: *“Se nos informa por parte de trabajo social traslado a 3er nivel. En estos momentos paciente consciente orientada, Glasgow de 15, pupilas isocóricas normoreflexicas...Se comenta traslado con paciente y esposo”.*

C) Hospital Regional de Alta Especialidad dependiente de la Secretaría de Salud Federal.

78. V1 fue trasladada a las 17:00 horas del 19 de octubre de 2013, vía aérea al Hospital Regional; a su ingreso, fue valorada por SP2, y de la nota elaborada por éste se constató que su estado hemodinámico era inestable, con datos de shock hipovolémico grado IV: *“Pulso: 123, T/A 80/45, Temperatura 37, respiración 25... paciente neurológicamente incoherente, con deterioro en el estado de conciencia, irritable, hemodinámicamente muy inestable...hasta el momento en franco estado de choque hipovolémico, mala reanimación hídrica, mala ventilación, desaturación del 88%, clínicamente con hipoventilación bilateral...se inicia manejo de Norepinefrina a dosis de 5 mcgrs x min... incontinencia, palidez de tegumentos, edema de partes blandas, sin evidencia de sangrado activo...”*

79. De acuerdo a la opinión de nuestro médico, tal nivel de choque tiene el carácter de irreversible una vez que se instala y evoluciona, ello aunado a que el

tiempo que había transcurrido fue un factor negativo que influyó en el deterioro de la citada paciente.

80. A las 22:45 de la misma fecha, V1 fue valorada por SP10, quien reportó nuevamente el estado de choque hipovolémico en que se encontraba, presentando una marcada alcalosis metabólica (aumento del Ph sanguíneo) que se sumó a un episodio de asistolia (ausencia del ritmo cardiaco) el cual hizo necesario que se le practicaran maniobras de reanimación cardio-pulmonar básicas y avanzadas, así como aplicación de desfibrilador, siendo todo ello indicativo de que la paciente presentaba un daño en diversos órganos que desembocó en una falla orgánica múltiple y generó el estado de choque irreversible, como se constató en la nota elaborada al respecto *“pulso: 133, T/A (tensión arterial) 116/85, Temperatura 36, Respiración 26... al inicio de turno 20:00 horas la encontré con datos francos de choque hipovolémico con gasometría de las 20:04 horas con acidosis metabólica severa y lactato de 8.8... aprox a las 21:00 horas..... me avisa enfermería que la paciente presenta de forma súbita asistolia, de manera inmediata se dan maniobras de RCP (reanimación cardiopulmonar) básicas y avanzadas, dándose RCP por aproximadamente 12 minutos, se requirieron 4 dosis de epinefrina, en el cuarto ciclo de RECP (reanimación cardiopulmonar) presentó TV (taquicardia ventricular) sin pulso, fue necesario desfibrilar con 200 J. ... se practicaron laboratorios reportando HB (hemoglobina):6.9, HTC (hematocrito): 19.6, plaquetas 56000, leucocitos :16100, TP (tiempo de protrombina): 18.6, TPT (tiempo de tromboplastina): 28.8, glucosa 130, urea 49, creatinina: 1.1, B.D (bilirrubina directa):1.0, BI (bilirrubina indirecta): 2.5, albumina: 2.0, fosfatasa alcalina : 51, AST (aspartato aminotransferasa): 135, ALT (alanina transaminasa): 40, DHL (deshidrogenasa láctica):2615, GGT(gamma glutamil transpeptidasa): 20, Na (sodio): 140, K (potasio):3.9, Cl (cloro):111, fósforo 6.7...”*,

81. Según se infiere de la opinión de un médico de esta Comisión Nacional el estado en el que se encontraba V1 implica un alto porcentaje de mortalidad, siendo el caso que aproximadamente a las 7:20 horas del 20 de octubre de 2013, V1 cayó en un paro cardiorespiratorio que no mostró respuesta a pesar de las maniobras realizadas, determinándose su fallecimiento a las 8:00 horas.

82. El útero de V1 se envió a estudio histopatológico, en el cual se determinó que éste presentaba edema intramural y hemorragia leve consistentes con atonía uterina, como se expuso en el resultado emitido al respecto: *“... Diagnóstico*

Histopatológico: Estudio histopatológico con edema intramural y hemorragia leve consistentes con Atonía Uterina, Estudio Histopatológico con Decidua Basal, Estudio Histopatológico con Cervicitis Crónica leve, Estudio Histopatológico de ovarios con cuerpos blancos y folículos quísticos, Estudio Histopatológico con salpinges sin alteraciones, Estudio Histopatológico negativo para entidad neoplásica, Estudio Histopatológico negativo a malignidad...”

83. Sin embargo, tal diagnóstico no fue debidamente sospechado y establecido desde un inicio, ya que el manejo otorgado por los médicos del Hospital Rural correspondió a acretismo placentario, por lo que es posible aducir que el tratamiento de la condición de V1 no fue acorde al padecimiento que presentaba, generando consecuencias que en el caso resultaron en la pérdida de la vida de V1.

84. De las consideraciones descritas se observa que desde su ingreso a los Hospitales General y Regional, el estado de salud de V1 se había deteriorado en un grado prácticamente irreversible, por lo que a pesar de las medidas implementadas en ambos nosocomios, las cuales fueron consideradas adecuadas, no fue posible detener el estado de choque de V1.

85. Esta Comisión Nacional considera que las irregularidades en que incurrió el personal médico del Hospital Rural, configuran una serie de actuaciones que conectadas entre sí impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección de la salud materna. Dichas conductas y omisiones descritas, contravienen lo dispuesto en los puntos 5.1.1, 5.1.2 y 5.1.6 de la referida Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, que prevén que la atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, así como el seguimiento médico adecuado en el embarazo y expone la necesidad de realizar una vigilancia estrecha en la prescripción y uso de medicamentos durante el embarazo, así como las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, además de brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.

86. La citada norma oficial ha sido referida en las recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015 y 20/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se resalta la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en la aludida norma,

mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

87. Este Organismo Nacional destaca que los artículos 51, párrafo primero y 61, fracción I de la Ley General de Salud señalan que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y con calidad idónea a fin de recibir atención profesional y éticamente responsable; además de que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio; en ese orden, el personal médico del Hospital Rural, no diagnosticó adecuadamente y en consecuencia no brindó el tratamiento oportuno a las complicaciones post-parto que presentó V1.

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

89. De las observaciones descritas con anterioridad, esta Comisión Nacional precisa que en relación con el derecho a la protección de la salud materna, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 afirmó 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”*.⁴ Asimismo, el Comité enfatizó que *“el artículo 12 de la Convención es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer”*.

90. De conformidad con el texto del artículo 12 de la aludida Convención, es deber de los Estados eliminar la discriminación *“en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular, en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”*.

⁴ Párrafo 1.

91. De igual manera, el referido Comité observó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*⁵.

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

93. Lo anterior se robustece en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35, párrafo primero, 46, fracciones I y II, la responsabilidad política del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; *“brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”*, y *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*. En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tutelado en el artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable.

94. De igual forma, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el*

⁵ Párrafo 27.

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”.⁶

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

96. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 son responsables por la violación al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, contenidos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V, 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61, fracción I y 61 Bis de la Ley General de Salud; 8º, fracciones I y II, 9º, 48 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 7, 8 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS; el contenido de la Norma Oficial Mexicana 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”, 11.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

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

⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, Párr. 84.

97. Este Organismo Nacional advirtió que en el presente caso se suscitaron diversos comportamientos y omisiones por parte del personal médico del Hospital Rural que configuraron violencia obstétrica, en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, de su Reglamento.⁷

98. Tales conductas configuran violaciones a derechos humanos en un doble aspecto, como lo es la inadecuada atención médica y por otra parte la violencia obstétrica e institucional. En principio, se destaca la realización de 4 revisiones manuales de cavidad a V1, mismas que de acuerdo a la opinión del perito médico de este Organismo Nacional resultaron excesivas por favorecer el riesgo de perforación del útero y aumento del sangrado, además de que causaron un grado de dolor innecesario a la paciente.

99. Como se observó de las diversas constancias del expediente clínico de V1, el personal encargado de la atención médica de la paciente no se percató en tiempo de que no contaba con los insumos requeridos (paquetes de plasma fresco congelado, concentrados plaquetarios y crioprecipitados) para el adecuado tratamiento del cuadro que presentaba V1 y en consecuencia no la remitió oportunamente al siguiente nivel de atención, ya que por el contrario, se requirió a V2 que adquiriera tales hemoderivados de manera particular, retardando con ello el seguimiento médico de la paciente.

100. Aunado a ello, se permitió que médicos residentes como AR1 y AR5, atendieran las complicaciones de V1 sin contar con la supervisión y asesoría de los médicos responsables del Hospital Rural, siendo el caso que por tratarse de médicos en formación, que presumiblemente no cuentan con los conocimientos y habilidades necesarias para la atención de casos de urgencia como lo fue el de V1, pueden incurrir en conductas constitutivas de violencia obstétrica.

101. Este Organismo Constitucional enfatiza, que las conductas anteriores son una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones que, producto de los arreglos

⁷ “Artículo 59.- La Secretaría de Salud, en su calidad de Integrante del Sistema, tendrá las siguientes atribuciones: I. Establecer la política de salud en materia de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres; II. Emitir normas, lineamientos e instrumentos de rectoría que garanticen la prestación de servicios de atención médica y psicológica para las mujeres víctimas de violencia; III. Diseñar el programa de capacitación y actualización del personal del sector salud que participe en la atención de las mujeres víctimas de violencia...”

estructurales del campo médico, propician que el personal adscrito a los nosocomios otorgue un trato inadecuado a las pacientes.

102. La violencia obstétrica es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

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

104. Por lo anterior, este Organismo Constitucional concluye, que V1 fue víctima de violencia obstétrica, lo cual en este caso trascendió y vulneró el derecho a la vida de V1, toda vez que con motivo del trato y el inadecuado seguimiento de su condición en el Hospital Rural, fue privada por agentes externos, del derecho inherente a cumplir el ciclo esencial de la existencia de todo ser humano, situación que lamentablemente se presenta con mayor frecuencia en la etapa previa o posterior al parto ya que como lo ha dicho el ginecólogo Luis Alberto Villanueva Egan: *“[D]urante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al*

*tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos”.*⁸

105. Es de destacar que tratándose de integrantes de los pueblos y comunidades indígenas, como lo es V1, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en sus artículos 2 y 26, asegura el derecho a la no discriminación y a la igualdad de protección. En su artículo 6 establece que todas las personas tienen derecho a la vida y que ese derecho debe ser protegido por la ley; y en el 7, precisa que nadie será sujeto a trato inhumano o degradante; derechos que junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos; instrumentos internacionales que disponen, en el caso, la protección contra la discriminación dirigida a los pueblos indígenas.

106. Asimismo, el artículo 3 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo,⁹ establece que los pueblos indígenas *“deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales sin obstáculos ni discriminación”*; precepto que debe ser atendido por aquéllos que prestan cualquier servicio público, como lo es el de la salud, de acuerdo a lo preceptuado por el numeral 2 del mismo instrumento, cuyo contenido responsabiliza a los gobiernos de asegurarse de que todos los pueblos indígenas tengan los mismos derechos y oportunidades que los pueblos no indígenas.

107. Tales principios encuentran sustento en lo previsto en el artículo 25 del aludido convenio que fija como obligaciones de los Estados Parte, en relación con el derecho a la salud y seguridad social, establecer los medios que permitan la disponibilidad de servicios de salud para los pueblos indígenas.

⁸ Villanueva Egan, Luis Alberto, *“El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”*, en la Revista CONAMED, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010. Página 148.

⁹ Adoptado el 27 de junio de 1989, vigente para México desde el 5 de septiembre de 1990.

108. En atención a ello, se aduce que el personal médico del Hospital Rural involucrado en los hechos no respetó el derecho al trato digno de V1, entendido este último como aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico.¹⁰

109. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional encuentra que el personal médico del Hospital Rural es responsable por la violación al derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica y trato digno en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”).¹¹

3. Derecho a la vida de V1.

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

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

112. En sus respectivas constituciones, España, Colombia, Ecuador, Venezuela y Sudáfrica, reconocen de manera expresa el derecho a la vida. En México, el artículo 29, párrafo segundo constitucional, dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida; sin embargo, no hay un reconocimiento expreso y unívoco en otras disposiciones sobre este derecho.

¹⁰ El derecho al trato digno, encuentran sustento en el artículo 1º, párrafo quinto, constitucional; 1º, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que disponen, sistemáticamente, que toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad y, el Estado está obligado no sólo a respetarlo, sino a establecer las condiciones para su pleno goce y ejercicio.

¹¹ Adoptada el 9 de junio de 1994, vigente para México desde el 19 de enero de 1999.

113. De tales disposiciones 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.

114. La Corte Interamericana ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido...”*.¹²

115. En ese sentido, en atención a las consideraciones expuestas en la presente Recomendación, para este Organismo Nacional existen elementos suficientes que permiten aducir que el tratamiento e inadecuada atención médica otorgada a V1 por parte del personal médico del Hospital Rural provocaron que las complicaciones posteriores al parto no pudieran ser contrarrestadas, permitiendo que éstas evolucionaran a un grado irreversible que derivó en la pérdida de la vida de V1.

4. Responsabilidad.

116. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, el 18 de octubre de 2013, AR1 omitió practicar un ultrasonido obstétrico a V1 para identificar el origen o localización de la hemorragia que presentaba; tampoco verificó que se realizaran los estudios de laboratorio que indicó a la paciente para detectar alguna complicación propia del embarazo.

117. En la misma fecha, AR2 tampoco indicó la práctica de un ultrasonido obstétrico para identificar el origen del sangrado y a pesar de que indicó la administración de Oxitocina para controlar la hemorragia postparto en V1, no existe evidencia de la aplicación de tal profiláctico.

118. Al ingresar a V1 para una tercera revisión, AR2 y AR3 no consideraron el diagnóstico de atonía uterina y éste último omitió indicar estudios de laboratorio y

¹² *Villagrán Morales y otros vs. Guatemala* (“Caso de los Niños de la calle”), sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

ultrasonido obstétrico para identificar alguna alteración en la cavidad uterina, ya que tales maniobras son necesarias para la adecuada vigilancia del paciente.

119. En la revisión efectuada a las 17:30 horas del 18 de octubre de 2014, AR5 no indicó las maniobras necesarias para contrarrestar el estado de hipovolemia que desarrollaba V1, a pesar de tener conocimiento de que ésta había sufrido pérdidas hemáticas por un total de 1100 ml.

120. AR2, AR3 y AR5 omitieron considerar el diagnóstico de atonía uterina desde el inicio del seguimiento médico de V1, dando a su padecimiento un manejo de probable acretismo placentario.

121. Al realizar una cuarta revisión a V1, AR5 encontró restos placentarios, indicativos de un diagnóstico de atonía uterina, el cual no fue considerado; además V1 había presentado un sangrado total de 2000 ml y AR5 no tomó las medidas inmediatas para remitir el estado de hipovolemia en desarrollo.

122. Después de practicar una histerectomía total abdominal a V1, esta evolucionó a un shock hipovolémico grado IV, ya que AR5 no realizó las acciones tendientes a contrarrestar su estado desde un inicio; además, únicamente le aplicaron paquetes globulares según se observó de los registros de procedimientos transfusionales, favoreciendo el desarrollo de coagulopatía por parte de V1. Tampoco obra constancia de que haya aplicado plasmas frescos congelados ni plaquetas y crioprecipitados, los cuales eran necesarios para un adecuado tratamiento del shock hipovolémico.

123. Durante el tratamiento del estado de V1, AR4 y AR5 omitieron verificar que no contaban con los hemoderivados necesarios para remitir el cuadro hemorrágico de la paciente e indicar su traslado al siguiente nivel de atención de manera inmediata, por lo que al verse favorecida la coagulopatía y la evolución del shock hipovolémico grado IV, se generó una falla orgánica múltiple, dando como resultado un choque irreversible.

124. En ese orden de ideas, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen elementos suficientes para concluir que AR2, AR3 y AR4 incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, incurriendo con ello en la inobservancia a las obligaciones contenidas en así como 8°, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, que

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

125. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que AR1 y AR5, por tratarse de médicos residentes, debieron ser supervisados para su correcto desempeño por AR2, AR3 y AR4, o bien por aquellos médicos que se hubieren designado al efecto, ya que al incurrir los primeros en conductas que han resultado en supuestos violatorios de derechos humanos, se aduce una contravención por parte de los médicos encargados de vigilar sus labores, a los numerales 9, 9.3.1, 9.3.2, 9.5, 10.3 y 10.5, de la referida Norma Oficial Mexicana *“Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, que en términos generales prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría 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 contar permanentemente con la asesoría, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

126. En suma, esta Comisión Nacional concluye con respecto a los hechos y medios de convicción que integran este procedimiento, que AR1, AR2, AR3, AR4, y AR5, personal médico del Hospital Rural, son responsables por la violación de los derechos de: **1.** La protección de la salud materna, **2.** El derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y al trato digno de V1, y **3.** Derecho a la vida de V1.

127. Ahora bien, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo, y 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 elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa correspondiente, así como la denuncia penal en contra de los médicos que intervinieron en los hechos que motivaron el presente pronunciamiento.

5. Reparación integral del daño.

128. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano, para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero además el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

129. De las constancias que integran el expediente se tiene acreditado que a V1 le sobreviven su esposo V2 y 3 hijos, quienes para este Organismo Nacional en términos del artículo 4º de la Ley General de Víctimas, adquieren la calidad de víctimas indirectas, por tener una relación inmediata con V1 ya que sufrieron una afectación con motivo de la pérdida de la vida de su esposa y madre, por lo que de conformidad con el artículo 7º, fracción II, en relación con el artículo 112 del mismo ordenamiento, todas las víctimas tienen derecho a la reparación integral del daño.

130. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 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 Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna, al trato digno y a la vida de V1, se deberá inscribir a V2 y a V3, V4 y V5 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

131. De igual forma 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”¹³, 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, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

132. Resulta aplicable en este contexto la sentencia del “Caso Espinoza González, vs. Perú”, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, quien ha reiterado que *“toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, y también estableció que “las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”¹⁴.

133. La Comisión Nacional advierte que los aludidos principios sobre reparación del daño se deben aplicar en casos de violaciones a derechos humanos, según el caso concreto, por lo que deberán servir como un referente internacional aplicable para que las autoridades responsables puedan determinar la reparación integral en los casos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles. En ese sentido, se deberán llevar a cabo acciones encaminadas a la reparación integral del daño ocasionado a V2 y a sus hijos V3, V4 y V5 a causa de la pérdida vida de V1 con motivo de la falta de atención de calidad y con calidez en el Hospital Rural.

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

V. RECOMENDACIONES:

¹³ Aprobado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 2005.

¹⁴ Párrafos 300 y 301.

PRIMERA. Se instruya, a quien corresponda, a fin de que a la brevedad se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a los familiares de V1, que incluyan atención psicológica necesaria en favor de V2, V3, V4 y V5, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrió personal médico del IMSS, con base en las consideraciones planteadas en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñen e impartan, en el Hospital Rural cursos y talleres integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, sobre el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con el objeto de evitar daños como los que dieron origen al presente pronunciamiento; se establezcan estrategias para que los referidos cursos y talleres se hagan extensivos a todas las Unidades Médico Familiares y Hospitales del IMSS. Dichos cursos y talleres deberán ser impartidos con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los médicos responsables del servicio, adscritos al Hospital Rural adopten las medidas necesarias para que en todo momento supervisen a los médicos residentes, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Rural, en la que se solicite entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y, se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS

respecto del personal involucrado en los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Inscribir a V2, V3, V4 y V5 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

134. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de actos violatorios cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

137. 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, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ