



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 47 /2016

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A
LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE
LA SALUD Y A LA VIDA POR VIOLENCIA
OBSTÉTRICA, EN AGRAVIO DE V1 Y V2,
EN EL HOSPITAL RURAL 32 DEL IMSS
EN OCOSINGO, CHIAPAS.**

Ciudad de México, a 30 de Septiembre 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 los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 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 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2013/5242/Q, relacionado con el caso de V1 y V2.

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

utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

I. HECHOS.

3. El 10 de junio de 2013, aproximadamente a las 12:00 horas, V1 mujer de 32 años de edad con embarazo de 38 semanas de gestación acudió en compañía de Q a una cita médica en el Hospital Rural 32 (Hospital Rural) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Ocosingo, Chiapas. Posteriormente, Q se retiró del lugar y minutos más tarde recibió un mensaje de V1 en el que le solicitó que regresara, porque sería intervenida de urgencia por una complicación en su estado de salud.

4. Con motivo de lo anterior, Q regresó al Hospital Rural donde el personal médico le informó que estaban graves su esposa (V1) y el producto de su gestación (V2), y horas después fue informado que ambos habían fallecido.

5. Q presentó escrito de queja el 26 de junio de 2013 ante el entonces Consejo Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas (Consejo Estatal) quien, por razón de competencia, lo remitió a este Organismo Nacional el 2 de julio de 2013, radicándose el expediente CNDH/5/2013/5242/Q. Para documentar las violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, se obtuvieron los informes y expediente clínico del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

6. Escrito de queja presentado por Q el 26 de junio de 2013, ante el Consejo Estatal, a través del cual denunció negligencia de los médicos que atendieron a V1 y V2, al cual adjuntó copia del “Certificado de Muerte Fetal” en el que se estableció como fecha y hora del fallecimiento de V2, las 15:20 horas del 10 de junio de 2013.

7. Oficio 095217614621/0001790 del 28 de agosto de 2013 del IMSS al que adjuntó copia de la siguiente documentación:

7.1. Oficio 570308073200/AC.0581/2013 del 22 de agosto de 2013, por el que AR1 envió informes de los médicos que intervinieron en los hechos al IMSS en Tapachula, Chiapas.

7.2. “Informe Médico” de 20 de agosto de 2013, firmado por MR3, en el que reportó: *“Femenino 32 años de edad acude a su octava cita prenatal el día 10 de Junio de 2013 a las 12:50 hr, refiriendo cefalea de tres días de evolución e hipomotilidad fetal...(…)...Los signos vitales en ese momento...ilegible...TA 136/92 mm/Hg con una TAM de 105, FC 121 latidos por minuto FR 18 por minuto peso 64.500kg talla 1.45 cm IMC 30.3...(…)...Por lo que concluí que la paciente se encontraba cursando con los siguientes diagnósticos: 1. Embarazo intrauterino de 38 Semas de Gestación 2. Enfermedad Hipertensiva inducida por el Embarazo 3. Obesidad 4. Riesgo reproductivo alto...”*

7.3. “Informe Médico” de 20 de agosto de 2013, signado por AR2, en el que asentó: *“Paciente femenino de 32 años la cual es derivada de la consulta externa de medicina familiar a valoración, traída por Auxiliar de Enfermería en silla de Ruedas sin familiar acompañante por cifras tensionales altas a las 12:50 hrs del día 10 de junio de 2013. Al interrogatorio refiere dolor de cabeza de 3 días de evolución sin predominio de horario, dolor en epigastrio el cual remite con el reposo y edema de miembros inferiores este último de 1 mes de evolución. Niega dolor tipo obstétrico, niega pérdidas transvaginales. Niega sintomatología urinaria... (…)...Diagnóstico: Multigesta femenino de 32 años con Embarazo de 37.5 SDG por fecha de última regla sin trabajo de parto + Enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar + Factor riesgo obstétrico 17”.*

7.4. “Memorándum Interno” del 21 de agosto de 2013, signado por MR7, en el que indicó: *“Al ir pasando por el servicio de Urgencias a las 14:10 hrs*

aproximadamente me percató de la paciente de cubículo cuatro se encontraba con francos datos de compromiso respiratorio por lo que en ese momento solicité amablemente la asistencia del personal de enfermería que se encontraba disperso en su servicio apoyo así como también a su médico tratante (AR3 GO) la asistencia...(…)...Por lo que se decide ingreso a unidad de choque para asistencia y manejo médico, al momento de traslado la paciente presenta paro cardiorrespiratorio (cese de la respiración y del latido cardíaco en una persona), por lo que se decide iniciar maniobras de reanimación de acuerdo a los estándares establecidos de la AHA (American Heart Association). Revirtiendo trazo asistólico a los 10 min aproximadamente con uso de vasoactivos así como apoyo mecánico ventilatorio”.

7.5. “Resumen Clínico” sin fecha, elaborado por MR4, en el que detalló acciones y atención médica proporcionadas a V1 y V2: “AL ACUDIR A URGENCIAS ENCONTRAMOS PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA LA CUAL PRESENTA ABUNDANTES SECRECIONES EN OROFARINGE CON CIANOSIS PERIBUCAL POR LO QUE SE TRASLADA A UNIDAD DE CHOQUE...(…)...PRESENTA PARO CARDIORRESPIRATORIO. SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR...POSTERIORMENTE A MANIOBRAS CON TAQUICARDIA SINUSUAL...(…)...SE REALIZA CESÁREA KERR OBTENIENDO PRODUCTO ÓBITO MUJER A LAS 15:20 HRS PESO 3300 GRS CAPURRO 38 SDG...(…)...PACIENTE QUE DURANTE EVENTO QUIRÚRGICO PRESENTA NUEVAMENTE PARO CARDIORRESPIRATORIO SE ADMINISTRA 1 MG DE ATROPINA Y 2 MG DE ADRENALINA Y SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DURANTE 2 MINUTOS CON SALIDA A TAQUICARDIA SINUSUAL...(…)...A LAS 18:45 HRS CAE EN PARO CARDIORRESPIRATORIO POR TERCERA VEZ, SE INICIA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA DURANTE MEDIA HORA SIN RESPUESTA ALGUNA. SE CORROBORA TRAZO ISOELÉCTRICO Y SE DECLARA HORA DE DEFUNCIÓN A LAS 18:33 HRS”.

8. Oficio 095217614621/1857 del 4 de septiembre de 2013 del IMSS al que adjuntó copia del expediente clínico de V1, del que destacan las constancias siguientes:

8.1. “Nota de Atención Médica” del 21 de enero de 2013, suscrita por MR1 quien le indicó a V1 “CITA ABIERTA A URGENCIAS ANTE DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA” y “ORIENTACIÓN POR SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICOS”, entre otras.

8.2. “Nota de Medicina Familiar” del consultorio 3, sin hora, del 20 de febrero de 2013, elaborada y firmada por MR2, en la que hizo constar que V1 refirió disuria (dolor o molestia al orinar) desde hacía 15 días atrás, por lo que indicó su envío a consulta externa del servicio de Ginecoobstetricia. También “*SE EXPLICA [a V1] DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA Y CITA ABIERTA A URGENCIAS LAS 24 HRS*”. MR2 remitió a V1 a Medicina Preventiva, Trabajo Social y Nutrición.

8.3. “Nota Médica de Primera Vez” del Módulo de Embarazo de Alto Riesgo de las 08:30 horas del 6 de marzo de 2013, elaborada y firmada por AR2, en la que consta: “[V2] *Femenino de 32 años la cual es derivada de la consulta externa de medicina familiar con DX (diagnóstico) de Multigesta con EMB (embarazo) 23 sdg x FUR (fecha de la última regla) RO (riesgo obstétrico) alto 13 puntos*”.

8.4. “Notas Médicas y de Preescripción” de las 9:22 horas del 26 de marzo de 2013, elaborada y firmada por MR3, quien refirió que V1 presentaba acufenos (percibir un sonido que no existe en el entorno), edema (hinchazón) de pies y describió: “*RO [Riesgo Obstétrico]: 13 ALTO RIESGO... PERIODO INTERGENÉSICO CORTO (MESES???)*”, entre otras observaciones, le indicó a V1: “*ORIENTACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICA; SE REFIERE A GYO [Ginecología y Obstetricia], CITA ABIERTA A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA. (...). REFIERE A NUTRICIÓN*”.

8.5. “Nota Médica” de las 14:05 horas del 21 de abril de 2013, elaborada y firmada por MR3, en la que diagnosticó embarazo de alto riesgo (RO) y plan a seguir consistente en cita abierta a urgencias en caso de presentar datos de alarma.

8.6. “Nota Médica” de las 13:53 horas del 20 de mayo de 2013, elaborada y firmada por MR3, en la que señaló que V1 le refirió persistir con leucorrea (flujo blanquecino de las vías genitales femeninas) a pesar de seguir tratamiento indicado. MR3 indicó como plan de tratamiento, orientación en signos de alarma obstétrica, remite al Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS) y a Medicina Preventiva (MP) entre otros servicios médicos.

8.7. “Nota Médica” de las 12:03 horas del 3 de junio de 2013, elaborada y firmada por MR3, en la que asentó que V1 acudió a cita de control prenatal y diagnosticó 37 semanas de gestación, *“riesgo obstétrico 13”*¹ y candidiasis con plan de tratamiento similar a la nota médica antes descrita, así como remisión a SAIS y Medicina Preventiva.

8.8. “Nota Médica” de las 12:50 horas del 10 de junio de 2013, elaborada y firmada por MR3, en la que diagnosticó a V1 con embarazo de 38 semanas de gestación, *“alto riesgo obstétrico 17”*, sobrepeso y enfermedad hipertensiva, por lo que indicó su envío al Servicio de Urgencias.

8.9. “Nota Médica” del Servicio de Urgencias de las 13:00 horas del 10 de junio de 2013, elaborada y firmada por AR2, en la que se señaló que V1 presentó: *“...3 días de evolución con dolor de cabeza sin predominio de horario, dolor en epigastrio, niega pérdidas TV (transvaginales), esporádicamente ligero dolor tipo obstétrico... edema de miembros inferiores de un mes”*.

¹ De acuerdo a la “Escala de Coopland para Riesgo Obstétrico”, se considera embarazo de alto riesgo obstétrico a partir de los 11 puntos. Byron Emilio Velásquez Gómez, Tesis: “Evaluación de la utilización de la tabla de Coopland modificada como alternativa en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo obstétrico”. Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 1997. PP 8.

8.10. “Notas Médicas y Prescripción” de Urgencias de las 13:00 horas del 10 de junio de 2013, elaborada y firmada por AR2 en la que reportó *“Pronóstico reservado para Binomio”* (V1 y V2).

8.11. “Hoja de Vigilancia y Atención del Parto” de las 13:00 horas del 10 de junio de 2013, elaborada y firmada por AR2, en la que asentó como diagnóstico de V1: *“enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar (leve). Plan pasa urgencias obs.”*

8.12. “Notas Médicas y Prescripción” de Urgencias de las 13:20 horas del 10 de junio de 2013, en la que AR3 indicó tratamiento para V1: a) canalización, b) administración de medicamentos, y c) reporte de gravedad.

8.13. “Nota de Valoración Obstétrica” de las 13:20 horas del 10 de junio de 2013 elaborada y suscrita por AR3, en la que diagnosticó a V1 preeclampsia severa complicada con Pb tromboembolia pulmonar. Se inició manejo médico. La paciente cayó en paro cardiorrespiratorio por lo que se inició reanimación por médico internista. Señala: *“Se pasa a quirófano para interrupción del embarazo por vía abdominal. ES; muy grave. PX: malo para el binomio. Se informa a esposo sobre la gravedad de su familiar.”*

8.14. “Nota de Valoración de Medicina Interna” de las 14:15 horas del 10 de junio de 2013 realizada y signada por MR7, en la que comentó con respecto a V1, ser referida por CE (Consulta Externa): *“... Se encuentra en servicio de Urgencias en muy malas condiciones generales y respiratorias por lo que se realiza apoyo médico así como dar aviso a su médico tratante, solicitando material y carro rojo en el momento... presenta paro cardiorespiratorio. Por lo que se realiza IOT (Intubación Oro-Traqueal)... se inician maniobras de reanimación básico avanzadas de acuerdo a los estándares de la AHA, con administración de vasopresores... se realiza GASA (gasometría) en la que se encuentra en franca acidosis metabólica con PH6.8; se inicia manejo*

antihiperensivo. Se notifica a autoridades del caso de la paciente, se decide ingreso a Quirófano para manejo por gineco Obstetricia...”

8.15. “Nota preoperatoria” de las 15:00 horas del 10 de junio de 2013 elaborada y firmada por MR4, en la que se hizo constar que V1 fue enviada de consulta externa por enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y fue remitida a quirófano de forma urgente, se dio aviso a director médico y médico de guardia sobre necesidad de traslado a Unidad de Cuidados Intensivos; así mismo señalo diagnóstico preoperatorio: *“EMBARAZO DE 37 SDG (semanas de gestación) POR FUM (fecha de la última menstruación) + PREECLAMPSIA SEVERA (complicación médica del embarazo que se asocia a hipertensión arterial y elevados niveles de proteína en la orina) + EDEMA AGUDO PULMONAR (acumulación de líquido en el pulmón) + INSUFICIENCIA CARDIACA. OPERACIÓN PROYECTADA: CÉSAREA KERR. TIPO DE CIRUGÍA URGENTE...”*. En la misma nota se precisó que los riesgos eran: *“ANESTÉSICO, HEMORRAGIA, LESIÓN A ÓRGANOS VECINOS, ANTONÍA UTERINA, HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA, CHOQUE HEMORRÁGICO, SÉPTICO, MUERTE.”*

8.16. “Nota preanestésica” de las 15:00 horas del 10 de junio de 2013, en la que MR5 registró: *“VALORACIÓN POR ANESTESIOLOGÍA: ASA 5²... (...), RIESGO DE SANGRADO: ALTO”*.

8.17. “Hoja de valoración para el recién nacido” de V2 del 10 de junio de 2013, en la que PSS registró como “hora de nacimiento” las 15:20 horas y *“...se recibe paciente en paro cardiorrespiratorio. Se realizan maniobras de resucitación por 10 minutos sin resultado positivo...”*

² Sistema de clasificación ASA – American Society of Anesthesiologists, que se utiliza para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente. Dr. Arthur S. Keats, M.D: The ASA Clasification of physical status -a recapitulation. Anesthesiology; 49:233, 1978.

8.18. “Nota postoperatoria” de las 16:30 horas del 10 de junio de 2013 realizada y suscrita por MR4, en la que asentó que MR6 y MR7 fungieron como auxiliares durante la cesárea en la que fue intervenida V1 y en la que PSS atendió a V2, asentando: “...*PACIENTE QUE DURANTE EVENTO QUIRÚRGICO PRESENTA NUEVAMENTE PARO CARDIORESPIRATORIO*”. También comentó que la paciente contaba con antecedentes de preeclampsia en dos embarazos previos y cumplía con criterios clínicos para “...*SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO, SIN EMBARGO NO CONTAMOS CON LABORATORIOS QUE APOYEN DIAGNÓSTICO.*”

8.19. “Nota de gravedad” de las 17:40 horas del 10 de junio de 2013 elaborada y signada por MR4, en la que diagnosticó: “...*CURSANDO PUERPERIO INMEDIATO POST CESÁREA, HISTERECTOMÍA* (extirpación total o parcial del útero) *OBSTETRICIA COMPLICADO CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA* (separación prematura de una placenta normal) + *PREECLAMPSIA SEVERA + EDEMA AGUDO PULMONAR + INSUFICIENCIA CARDIACA + PROBABLE SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO...*”

8.20. “Certificado de Defunción” en el que se estableció como fecha y hora de fallecimiento de V1 las 18:33 horas del 10 de junio de 2013 y como causa de la muerte: “a) *Acidosis metabólica refractaria. 3 horas* b) *Choque cardiogénico. 4 hrs* c) *Edema agudo pulmonar. 5 hrs* [y] d) *Preeclampsia severa. 5 días*”.

8.21. “Nota de Defunción” de las 18:45 horas del 10 de junio de 2013 realizada y firmada por MR4, en la que registró que V1: “...*CAE EN PARO CARDIORESPIRATORIO POR TERCERA VEZ. SE INICIA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA DURANTE MEDIA HORA SIN RESPUESTA ALGUNA. SE CORROBORA TRAZO ISOELÉCTRICO Y SE*

DECLARA HORA DE DEFUNCIÓN A LAS 18:33 HORAS. SE INFORMA A FAMILIARES Y AUTORIDADES COMPETENTES.”

9. Oficio 095217614BB0/1485 del 26 de septiembre de 2014 del IMSS al que adjuntó copia del oficio 095217614BB0/1155 del 14 de julio de 2014 de la División de Atención a Quejas Médicas del IMSS a través del cual notificó a Q que la QM relativa a la atención médica dada a V1 y V2, fue resuelta como improcedente.

10. Dictamen Médico del 7 de noviembre de 2014, emitido por una médico legista de esta Comisión Nacional respecto a la atención brindada a V1 y V2 en el Hospital Rural en Ocosingo, Chiapas.

11. Oficio 095217614BB1/69 del 20 de enero de 2015 del IMSS, al que se adjuntó el diverso 57030873200/AC.011/2015 del 19 de enero de 2015, a través de cual informó el nombre completo, especialidad, puesto y/o cargo de AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3, MR4, MR5, MR6, MR7, EG1 y EG2, médicos y enfermeras que proporcionaron atención a V1 y V2 en el Hospital Rural.

12. Oficio 2349/16 DGPCDHQI del 23 de marzo de 2016, a través del cual la Procuraduría General de la República (PGR) remitió el similar SMPF/246/2016 de la misma fecha, de la Subdelegación en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, de cuyo contenido se desprende que en la PGR no se encontró registro de averiguación previa y/o carpeta de investigación relacionada con la atención médica que se dio a V1 y V2 en el Hospital Rural.

13. Acta Circunstanciada del 6 de abril de 2016, en la que consta que Q aportó a personal de este Organismo Nacional copia del acta de matrimonio 1124 del 27 de julio de 2012, como evidencia del vínculo conyugal que sostuvo con V1.

14. Oficio FEDHAVSC/0743/2016 del 21 de abril de 2016, a través del cual la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas (Procuraduría Estatal) informó que en la AP iniciada con motivo del fallecimiento de V1 y V2, destaca la

emisión de los dictámenes de necropsia de ambas víctimas y la recepción del expediente clínico de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

15. El 10 de junio de 2013, V1 mujer de 32 años de edad, que cursaba 38 semanas de embarazo de alto riesgo obstétrico, acudió al Hospital Rural en Ocosingo, Chiapas, porque presentaba dolor de cabeza y edema en miembros inferiores, por lo que el personal médico decidió interrumpir el embarazo vía abdominal y mediante cesárea extrajeron sin vida a V2.

16. Durante ese procedimiento V1 tuvo dos paros cardiorrespiratorios y un tercer evento de paro cardiopulmonar que ocasionó su deceso.

17. El 13 de junio de 2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS resolvió improcedente la QM relativa a la atención médica dada a V1 y V2.

18. El 21 de abril de 2016, la Procuraduría Estatal informó a este Organismo Nacional que con motivo del fallecimiento de V1 y V2, el 11 de junio de 2013, se inició la AP que se encuentra en integración y presenta entre otras actuaciones, la emisión de los dictámenes de necropsia de ambas víctimas y la recepción del expediente clínico de V1.

IV. OBSERVACIONES.

19. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2013/5242/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el caso cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1 y V2, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3, MR4,

MR5, MR6, MR7, EG1 y EG2, personal médico y de enfermería del Hospital Rural del IMSS en Ocosingo, Chiapas, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

Derecho a la protección de la salud.

20. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

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

22. En el artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

23. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se afirmó que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

24. En razonamientos los expuso la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección³, resolviendo que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente.”*

25. Del análisis de las constancias del expediente de queja, se advierte que el 21 de enero de 2013, V1 acudió al Hospital Rural para control prenatal⁴ de su séptimo embarazo de 18 semanas de gestación, ocasión en la que refirió a MR1 síntomas urinarios y leucorrea (flujo vaginal) blanquecina.

26. Durante la segunda consulta prenatal del 20 de febrero de 2013, ante la identificación de disuria (dolor o molestia al orinar) de 15 días de evolución y riesgo obstétrico alto en V1, MR2 indicó su envío a consulta externa del servicio de Ginecoobstetricia, sin que dicha valoración se realizara por médico de esa especialidad, sino que fue efectuada por AR2, médico general, quien el 6 de marzo de 2013, en el *“Modulo de Embarazo de Alto Riesgo”* diagnosticó a V1 como mujer de 32 años de edad, con embarazo de *“riesgo obstétrico 13”*; considerándose embarazo de alto riesgo obstétrico a partir de los 11 puntos, de acuerdo con la *“Escala de Coopland para Riesgo Obstétrico”*.

27. En la nota médica elaborada en la tercera consulta prenatal del 26 de marzo de 2013, MR3 estableció que V1 refirió presentar acufenos (percibir un sonido que no existe en el entorno) y edema (hinchazón) de miembros inferiores, además identificó en V1 alto riesgo obstétrico, obesidad y período intergenésico corto

³ Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, y registro 167530.

⁴ El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal conjuntamente con el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) en específico, tratándose de pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico.

(espacio de tiempo entre un embarazo y otro), por lo que la remitió al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Rural; sin embargo, dicha valoración por médico de esa especialidad nunca aconteció, ya que no existe hoja de referencia-contrarreferencia que establezca la atención brindada y la cual necesariamente debió ser elaborada e integrada al expediente clínico, de conformidad por lo dispuesto en el numeral 6.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”* en la cual se prevé que la nota de referencia/traslado, de requerirse, deberá ser elaborada por un médico del establecimiento.

28. En el dictamen emitido por el médico de esta Comisión Nacional, se estableció que fue inadecuada la atención que MR1, MR2 y MR3 dieron a V1 durante su control prenatal, pues omitieron referirla hacia un tercer nivel de atención por los antecedentes de dos embarazos previos con preeclampsia (complicación médica del embarazo que se asocia a hipertensión arterial y elevados niveles de proteína en la orina) y dos óbitos (muerte fetal intrauterina); aunado a que ambos signos durante la etapa del control prenatal, constituyen factores de riesgo obstétrico que deben ser prevenidos, detectados y controlados, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 5.1.7 y 5.2.2 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”*, aplicable durante el tiempo en que sucedieron los hechos y que se pasaron por alto.

29. De acuerdo con dicho dictamen médico este Organismo Nacional observó que MR1, MR2 y MR3 también incumplieron el numeral 5.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993, que se refieren a las actividades que debe observar el personal médico durante el control prenatal, entre ellas: *“...identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)...”*, y con el numeral 5.3.2.1 que puntualiza: *“Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna”*.

30. MR1, MR2 y MR3, además, transgredieron lo establecido en el artículo 61, fracción I de la Ley General de Salud que ordena: *“La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio...”*, pues al no referir a V1 a un tercer nivel de atención, repercutió en su derecho a recibir servicios adecuados de atención a su salud, que le hubiesen permitido tener un embarazo y parto sin riesgos, conforme a los puntos 4.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, que define la emergencia obstétrica: *“Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal”*, y en el 5.1.1 que decreta: *“La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda”*.

31. La última norma referida ha sido señalada en las Recomendaciones 37/2011, 6/2012, 1/2013, 6/2013, 46/2013, 5/2015, 10/2015, 19/2015, 24/2015, 25/2015, 39/2015, 52/2015 y 8/2016 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hizo hincapié de la importancia que tiene, precisamente, mantener una adecuada vigilancia obstétrica, observando además, que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de V1 y V2 no se realizaron, a pesar que MR1, MR2 y MR3 advirtieron antecedentes, signos y síntomas de alarma durante las consultas prenatales, no establecieron un plan de manejo y/o tratamiento acorde al riesgo obstétrico por el que cursaba V1.

32. En el texto introductorio de la NOM-007-SSA2-1993, y en el numeral 5.1.3 se reconoce que: *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas*

que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”, y “la atención debe ser impartida con calidad y calidez a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido”.

33. Con relación a la inadecuada atención médica proporcionada por MR1, MR2 y MR3 a V1 y V2, la médico legista de este Organismo Nacional determinó que, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, los médicos residentes llevan cursos de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y adiestrarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes, pero bajo la supervisión de los médicos al servicio.

34. Si bien V1 fue atendida por MR1, MR2 y MR3, lo cierto es que en el Hospital Rural, AR1 y AR4 tenían la obligación no sólo de supervisar la actuación de los médicos residentes, según se advierte de las notas médicas de control prenatal del 21 de enero, 20 de febrero, 26 de marzo y 21 de abril de 2013, donde aparecen los nombres AR1 y AR4 como médicos de base adscritos, sino también de atender directamente a V1 durante sus consultas prenatales, incumpliendo con su deber de *“coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes”*, en los términos del numeral 9.3.1 de la NOM-001-SSA3-2012.

35. El 10 de junio de 2013, aproximadamente a las 12:50 horas, V1 acudió a su octava consulta prenatal, ocasión en la que MR3, le diagnosticó embarazo de 38 semanas de gestación, de alto riesgo obstétrico, sobrepeso, y enfermedad hipertensiva derivada del embarazo (136/92 mmHg), y envió a V1 al Servicio de Urgencias del Hospital Rural.

36. Como se advierte de la nota de AR2, elaborada a las 13:00 horas del 10 de junio de 2013, V1 ingresó al Servicio de Urgencias con diagnóstico de multigesta

con embarazo de 37.5 semanas de gestación, sin trabajo de parto, enfermedad hipertensiva derivada del embarazo a clasificar “(leve)” y riesgo obstétrico alto.

37. AR2 indicó, como plan de manejo, cuidados generales de enfermería, signos vitales dos veces por turno, solución fisiológica, oxígeno, monitoreo continuo de frecuencia cardíaca fetal y registro cada 30 minutos, prueba sin estrés-PSS⁵ al momento, medición de uresis (emisión de orina) y tensión arterial cada 20 minutos, reportar “Labstix” (tira reactiva para determinar proteínas en orina), recabar expediente anterior y vigilar datos de actividad uterina.

38. La médico legista de este Organismo Nacional consideró que, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica, Atención Integral de la Preeclampsia (GPC-AIP) en el segundo y tercer niveles de atención, cuando una mujer embarazada presenta síndrome de preeclampsia leve, se considera como severa si además de la existencia de la hipertensión arterial se detecta uno o más de los siguientes criterios de severidad: “*proteinuria de 2 gr o más en orina de 24 horas, creatinina sérica mayor de 1.2 mg/dl, dolor epigástrico y hepatalgia, oliguria menor a 500 ml en 24 horas, disminución de la cuenta plaquetaria menor o igual a 100,000/mm³, elevación de enzimas hepáticas, trastornos visuales o cefalea*”, circunstancia que AR2 pasó por alto.

⁵ “Una prueba sin estrés (PSS) mide la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a los movimientos del feto. Durante el procedimiento la madre se recuesta y se le coloca un cinturón alrededor del abdomen con un transductor colocado sobre el latido fetal, llamado monitor externo de la frecuencia cardíaca fetal. El pulso fetal se graba en el monitor y se imprime en un papel. La madre pulsa un botón en el monitor cada vez que siente un movimiento fetal. La prueba dura entre 20 y 40 minutos. En ocasiones, la prueba se realiza durante un ciclo de sueño fetal, durante el cual existe muy poco movimiento fetal. A veces se utiliza un dispositivo acústico (de sonido) para despertar al feto. Se coloca contra el abdomen de la madre y produce un sonido como un zumbido. Esto no daña el feto pero puede ayudar a que un feto adormecido se vuelva más activo. El feto también puede despertarse si la madre come o toma algo. Los resultados pueden ser: Reactivo (normal) – la frecuencia cardíaca aumenta de dos o más pulsos durante el periodo del examen. No Reactivo – no existe cambio alguno en la frecuencia cardíaca cuando el feto se mueve. Esto puede indicar un problema que requiere de otros estudios.” Dictamen médico del 7 de noviembre de 2014, expediente CNDH/5/2013/5242/Q, página 14.

39. El 10 de junio de 2013, además de las cifras de presión arterial alta, V1 presentó dolor en epigastrio, cefalea, reflejos ligeramente aumentados y edema de miembros inferiores, tres de los criterios de severidad mencionados en la GPC-AIP, no obstante, AR2 omitió establecer el diagnóstico temprano de preeclampsia severa de V1, y prescindió de la interconsulta del servicio de Ginecología y Obstetricia lo que aumentó el riesgo y/o probabilidad de mortalidad de V1 y V2.

40. El plan de manejo que indicó AR2 incluía: *“medición de presión arterial y monitoreo continuo de frecuencia cardíaca fetal y registro cada treinta minutos”*, es de destacar que no cumplió con lo dispuesto en la GPC-AIP, en la que se determina que el tratamiento de la preeclampsia severa debe ser a través de un equipo multidisciplinario, considerando los siguientes puntos: *“manejos de líquidos intravenosos, control de la hipertensión arterial severa, prevención de la crisis convulsiva, interrupción oportuna del embarazo y solicitud de estudios de laboratorio, además de medidas generales como la medición de presión arterial materna y frecuencia cardíaca fetal cada 15 minutos”*, ya que en el expediente clínico de V1, no hay registro del reporte escrito por parte de EG1 y EG2, respecto a la toma de presión arterial cada 20 minutos como se indicó y tampoco hay registro del monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de V2 en el lapso indicado, ni de examen de orina con tira reactiva “Labstix”, ni de la prueba sin estrés-PSS; omisiones que constituyen incumplimiento del artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en el que se dispone que el personal de salud deberá *“dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes.”*

41. A las 13:20 horas del 10 de junio de 2013, V1 recibió valoración obstétrica por parte de AR3, de quien se desconoce su especialidad, quien diagnosticó preeclampsia severa complicada con probable tromboembolia pulmonar, por lo que inició el manejo de paciente a base de solución fisiológica con *“sulfato de magnesio, Hidralazina 5 mg IV, Metoclopramida 10 mg IV, Ranitidina 50 mg IV e Hidrocortisona 500 mg IV.”*

42. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se determinó que si bien AR3 indicó tratamiento para el control de la presión arterial severa y para la prevención de la crisis convulsiva, tal y como se establece en la literatura médica, omitió una vigilancia estrecha de V1 y V2 y su traslado a un hospital de tercer nivel de atención, incurriendo por lo tanto en negligencia médica.

43. La omisión de AR3 de vigilar estrechamente a V1 y V2, se evidenció con la falta de actuaciones médicas durante 55 minutos, ya que la valoración obstétrica se realizó a las 13:20 horas y hasta las 14:15 horas V1 fue revalorada por MR7.

44. Durante la intervención de MR7, V1 presentó un paro cardiorrespiratorio, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación y administración de vasopresores (medicamento que aumenta la presión arterial), logrando revertir el cuadro, pero, según el estudio de gasometría⁶ arterial realizado, presentó franca acidosis metabólica (acidez excesiva de la sangre caracterizada por una concentración anormalmente baja de bicarbonato en la sangre), iniciando manejo antihipertensivo. V1 fue reportada muy grave por MR7 y con pronóstico malo para el binomio materno-fetal (V1 y V2).

45. MR4 hizo constar en la nota médica elaborada a las 15:00 horas del 10 de junio de 2013, que encontró a V1 con dificultad respiratoria, abundantes secreciones en orofaringe (parte posterior de la garganta) y cianosis (coloración azul) peribucal, en virtud de lo cual solicitó su traslado a la Unidad de Choque, donde se le aspiraron secreciones de la boca y se intubó, presentando por segunda ocasión paro cardiorrespiratorio que fue revertido, por lo que de forma urgente se le envió al quirófano, y se comentó con AR1 y el médico de guardia (se desconoce el nombre de éste), la necesidad que V1 fuera trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rural.

⁶ “Lo que debe conocerse de la gasometría durante la guardia. Es la medición de los gases disueltos en la sangre, que se realiza mediante la cuantificación de pH, presión de dióxido de carbono (pCO_2), bicarbonato sérico (HCO_3^-), lactato y electrolitos séricos: sodio (Na), potasio (K) y cloro (Cl).” Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012; volumen 50, núm. 4, pág. 389-396.

46. En el dictamen médico de esta Comisión Nacional se advirtió que MR4 omitió considerar los factores de riesgo que encontró durante la valoración preoperatoria de las 15:00 horas, como lo eran: multiparidad (mujer que ha dado a luz más de una vez) y enfermedad hipertensiva derivada del embarazo, hipertonía uterina (estiramiento del útero) y el compromiso fetal sin trabajo de parto, hallazgos que permitían sospechar de la presencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (separación prematura de una placenta normal), la cual más tarde fue referida en su nota postoperatoria de las 16:30 horas, y cuyo proceso constituye un alto riesgo materno-fetal y de pronóstico fatal, sobre todo si el desprendimiento es extenso.

47. A las 15:00 horas del mismo 10 de junio, MR5 realizó valoración preanestésica a V1 y la encontró oro-intubada (intubación orofaríngea) con apoyo ventilatorio manual controlado con bolsa autoinflable y administración de oxígeno, con presencia de estertores bilaterales crepitantes, taquicardia sinusal, útero gestante con producto único con frecuencia cardíaca fetal de 71 por minuto, edema +++, pulsos disminuidos y llenado capilar mayor de 3 segundos. Ante tales hallazgos, V1 fue catalogada por MR5 con ASA 5, como enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se esperaba fuera mayor a 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico, y riesgo alto de sangrado.

48. De la nota postoperatoria de las 16:30 horas del 10 de junio de 2013, se advierte que la cirugía de urgencia a la que fue sometida V1, se practicó “cesárea *Kerr* (incisión transversal a nivel segmento inferior del útero) + *histerectomía obstétrica* (extracción total o parcial del útero)”, misma en la que intervinieron únicamente MR4, MR5 y MR6, así como PSS, quien fungió como pediatra, sin presencia de un médico de base que los supervisara.

49. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se determinó incumplió el numeral 11.4 de la precitada NOM-001-SSA3-2012, que previene que los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes que se les encomiende, siempre que estén sujetos a las indicaciones y asesoría de los

médicos de base; pero en el presente caso MR4, MR5, MR6 y PSS, sometieron a V1 a una intervención quirúrgica que es básicamente del dominio de especialistas en Ginecología y Obstetricia.

50. El diagnóstico postoperatorio de V1 fue puerperio inmediato, histerectomía obstétrica, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, preeclampsia severa (complicación médica del embarazo que se asocia a hipertensión arterial y elevados niveles de proteína en la orina), edema agudo de pulmón (acumulación de líquido en el pulmón), insuficiencia cardíaca (incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes adecuados para el metabolismo) y probable síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico,⁷ con hallazgos de “*producto óbito mujer*” (muerte intrauterina) a las 15:20 horas, con peso 3300 gramos, *test de Capurro* (criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato) de 38 semanas de gestación, desprendimiento de placenta del 50% y útero de *Couvellaire* con infiltrados en 60%, diagnóstico que fue realizado únicamente por los médicos que intervinieron en la cirugía, todos ellos estudiantes de residencia y servicio social, sin que conste que tal diagnóstico fuera corroborado por médico especialista de base.

51. El 10 de junio de 2013, a las 18:03 horas V1 presentó un tercer paro cardiorrespiratorio sin que respondiera a maniobras de reanimación, por lo que se declaró su deceso a las 18:33 horas de ese día; estableciéndose como causas de muerte en el certificado de defunción: “a) *Acidosis metabólica refractaria, 3 horas.* b) *Choque cardiogénico, 4 horas.* c) *Edema agudo pulmonar, 5 horas.* d) *Preeclampsia severa, 5 días*”.

52. En ese contexto de factores de riesgo obstétrico que evolucionaron a preeclampsia severa, que no fueron resueltos con la atención médica prestada, finalmente propiciaron la muerte a V1 y V2. En los artículo 7º fracciones I y II y 8º

⁷ “Enfermedad protrombótica, autoinmune y sistémica, que se caracteriza por la asociación de trombosis vascular venosa y/o arterial, pérdida fetal recurrente, a menudo acompañado de trombocitopenia leve a moderada y títulos elevados de anticuerpos antifosfolípido”. Guía de Práctica Clínica, Tratamiento de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípido Primario en el Adulto, México: Secretaría de Salud; 2010.

del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se entiende por servicio de atención médica, al *“conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos”*, y para lograrlo, las actividades de atención médica que debe realizar un médico son de tres tipos: preventivas, curativas y de rehabilitación.

53. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se reveló que, en el caso de V1, era necesario considerar actividades curativas, *“que tienen como objetivo efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para la resolución de los mismos”*, con el personal y el equipo médico que deben existir en el hospital correspondiente y donde los pacientes sean o deban ser referidos.

54. Para el padecimiento hipertensivo que presentó V1, en opinión de la médico legista de este Organismo Nacional, fueron dos los factores que impidieron garantizar dichas actividades curativas: la impericia y la negligencia de los médicos que tuvieron a su cargo el control prenatal de V1 y V2 el 10 de junio de 2013.

55. Respecto a lo anterior, quedó establecido que AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3 y MR4 incumplieron con su deber de garantizar con calidad y oportunidad la atención médica a V1, pues omitieron referirla a un tercer nivel de atención. De manera particular, AR2 omitió establecer un diagnóstico temprano de preeclampsia severa e implementar un plan de manejo para V1 acorde con la GPC-AIP; a su vez AR3 incurrió en negligencia médica, al no haber vigilado adecuadamente al binomio V1 y V2; AR4, en su carácter de médico de base, omitió supervisar los servicios de atención médica proporcionados a V1 y V2; y finalmente MR4 no consideró los factores que le permitieran sospechar la presencia del desprendimiento prematuro de placenta en V1.

56. En el dictamen médico de este Organismo Nacional, también se concluyó que durante el control prenatal y la atención médica del 10 de junio de 2013, el Hospital

Rural no contó con el equipo y personal médico que se requerían para la atención de V1 y V2 como médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, Anestesiología, Pediatría y Medicina Interna, así como tiras reactivas (*“Labstix”*).

57. Estas irregularidades se advirtieron durante el estudio que se realizó al expediente clínico de V1, pues de las notas médicas de la segunda y tercera consulta prenatal se desprende que MR2 y MR3 solicitaron que fuera valorada por médico gineco obstetra, no obstante, dicha solicitud de atención por galeno especialista, nunca ocurrió; posteriormente, el 10 de junio de 2013, AR2 solicitó un examen de orina con tira reactiva (*“Labstix”*) para V1, pero en su expediente clínico no hay reporte alguno que indique se le hubiere realizado; ese mismo día, V1 fue sometida a una cesárea en la que únicamente intervinieron galenos residentes y un pasante de servicio social, sin la supervisión de un médico en Ginecología y Obstetricia de base.

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

59. Se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3 y MR4, incumplieron con su deber de garantizar con calidad y oportunidad la atención médica en el Hospital Rural, lo que repercutió en el deterioro de la salud y fallecimiento de V1 y

V2, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, 61 fracción I, 77 bis 9, fracciones V y VIII de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, las normas oficiales mexicanas NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”*, NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas”* y NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 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”*), así como la Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

Derecho a la vida.

60. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 constitucionales, 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, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño, que dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

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

se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

62. En el caso “*Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Cridh) reconoció que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones.⁸

63. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la “*Declaración de Ginebra*” de 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” de 1949, y la “*Declaración de Lisboa*” de 1981, adoptados por la Asociación Médica Mundial, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

64. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 y V2 por AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3 y MR4, se tienen por reproducidas en este apartado del derecho a la vida para acreditar su violación por ellos mismos.

65. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se concluyó que un factor que contribuyó a la pérdida de la vida de V1 y V2, fue la falta de pericia de MR1, MR2 y MR3 que tuvieron a su cargo el control prenatal, pues omitieron referir a V1 a un hospital de tercer nivel de atención, a pesar del alto riesgo obstétrico que presentaba, mismo que evolucionó en una preeclampsia severa; padecimiento hipertensivo derivado del embarazo que fue determinante para el deceso de ambos.

⁸ Sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

66. El citado dictamen médico abunda que, pese a que no existían médicos especialistas en Ginecoobstetricia y Pediatría en el Hospital Rural, AR1 consintió en todo momento el manejo dado a V1 y V2 por MR4, MR5, MR6 y PSS, personal médico no especializado, omitiendo llevar a cabo los trámites correspondientes para que se realizara su traslado a una unidad médica de tercer nivel de atención, debido a que en ese hospital rural, se carecía de los recursos materiales y personal médico especializado necesarios para una adecuada y oportuna atención médica para atender las condiciones de salud de V1 y V2.

67. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se determinó que el 10 de junio de 2013, AR2 no estableció un diagnóstico temprano de preeclampsia severa de acuerdo con los criterios de severidad establecidos en la GPC-AIP y conforme a los síntomas que presentaba V1.

68. También se reveló que durante 55 minutos, AR3 omitió vigilar estrechamente a V1 y V2, no obstante el pronóstico “*malo*” que estableció para el binomio ante el diagnóstico de preeclampsia severa complicada con posible tromboembolia pulmonar.

69. El 20 de febrero de 2013, AR4 no estuvo presente durante el desarrollo de la segunda cita de control prenatal que estuvo a cargo de MR2, incumpliendo con su deber de supervisar las actividades de los médicos residentes en formación profesional, conforme al citado numeral 9.3.1 de la NOM-001-SSA3-2012.

70. De acuerdo con el análisis realizado al dictamen emitido por la médico legista de esta Comisión Nacional, se puntualizó que MR4 ignoró diversos factores de riesgo que para las 15:00 horas del 10 de junio de 2013, le permitieran sospechar la presencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

71. El dictamen médico de este Organismo Nacional, ilustró que, contrario a como lo indicó AR2 el 10 de junio de 2013 en el Área de Urgencias del Hospital Rural, EG1 y EG2 omitieron realizar un reporte por escrito de la toma de presión arterial

de V1 cada veinte minutos, monitorizar y registrar la frecuencia cardiaca de V2 cada 30 minutos.

72. En consecuencia, durante la estancia de V1 en el Hospital Rural, la intervención del personal médico comprometido fue inadecuada e inoportuna, puesto que no se le brindó a V1 y V2 la atención con la calidad y oportunidad que requerían, lo que repercutió en el deterioro de la salud y su fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

Derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica.

73. El artículo 5, fracción IV de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define la violencia contra las mujeres como: *“Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como público”*.

74. En la fracción V del citado precepto legal se dispone que las modalidades de violencia son: *“Las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres”*.

75. En el artículo 18 de la referida Ley, se prevé que una de las modalidades de la violencia contra las mujeres es la institucional, que consiste en: *“...los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.”*

76. En el caso de V1 se acredita la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia institucional y de género, que es una concepción jurídica reciente. En este

contexto, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6, fracción III, de la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango; 6, fracción VII, de la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas; 5, fracción VI, de la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Chihuahua; 5, fracción VIII, de la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Guanajuato; 5, fracción VII, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo; 3, inciso f), fracción IV, de la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del estado de Tamaulipas y 7, fracción VI, de la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Veracruz, se entiende por violencia obstétrica: *“Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas...”*, entre otras.

77. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud en la introducción de su Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”* de 2014 advirtió: *“...El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos”*.⁹

78. Como se apuntó en las Recomendaciones 19/2015, 20/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 50/2015, 52/2015 y 8/2016 emitidas por esta Comisión Nacional, entre otras más, la violencia obstétrica, al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, ha sido naturalizada e invisibilizada, por lo que muchas de las mujeres que la viven, creen que es normal o natural, ya que al desconocer sus derechos

⁹ Organización Mundial de la Salud, fecha de publicación: septiembre de 2014, número de referencia OMS: WHO/RHR/14.23.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

humanos, reproducen actitudes de sumisión, con frecuencia, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen en su rol, actitudes y prácticas, sin detenerse a reflexionar si éstas son adecuadas en el marco de la protección de los derechos humanos de las mujeres y de sus hijos que están por nacer.

79. Esta Comisión Nacional con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, en el Seminario Internacional “*Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna*”, realizado en septiembre de 2014, con el que se inició la “*Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica*” en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios “*con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad*” en el rubro de la salud.

80. Sobre el particular, los artículos 1.2 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (“*Pacto de San José*”); I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“*Protocolo de San Salvador*”); 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y 1, 3, 4, 7, inciso a) y 8, inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“*Convención de Belém Do Pará*”), refieren “*groso modo*” que las mujeres tienen derecho a gozar de los derechos humanos nacionales y supranacionales; a una vida libre de violencia en el ámbito público y privado; a que el Estado les proporcione servicios médicos apropiados para su embarazo, parto y postparto, y a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

81. En el presente caso, AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3, MR4, EG1 y EG2, servidores públicos que atendieron a V1 y V2, omitieron proporcionarles la atención médica con la calidad y la oportunidad que requerían, pues hubo dilación en la referencia a otro centro de salud, omitieron tratar la hipertensión derivada del embarazo que presentaba V1, no monitorearon oportunamente su presión arterial y la frecuencia cardíaca de V2, y una estrecha vigilancia del binomio materno-fetal.

82. El Hospital Rural, por su parte, incurrió en responsabilidad institucional por no contar con los insumos y personal médico especializado necesarios para la atención V1 y V2. El desabasto de tiras reactivas (*“Labstix”*) para medir las proteínas en orina de V1, fue un factor importante que no permitió detectar oportunamente el padecimiento y su gravedad, aunado a la falta de especialistas en los servicios de Medicina Interna, Familiar, Anestesiología y, principalmente, en Ginecología y Obstetricia, interviniendo por el contrario el personal médico disponible, en este caso, médicos residentes y de servicio social. Así, el Hospital Rural no estuvo en posibilidad de prestar la atención médica adecuada y oportuna para V1 y V2, lo que propició su fallecimiento y que configura la violencia institucional y de género que, a su vez, vulneró el derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica.

Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico.

83. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que en las notas médicas de la atención dada a V1 y V2, elaboradas por AR2, AR3, MR1, MR2, MR3, MR4, MR5, MR6 y MR7, omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango y matrícula del médico tratante, a lo que se suma ilegibilidad de la información y uso de abreviaturas, infringiendo con ello los numerales 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, que estatuyen: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.”*, y 5.11: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin*

abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.”

84. También se evidenció que EG1 y EG2, omitieron hacer constar en hoja especial la toma de presión arterial a V1, y registrar el monitoreo de la frecuencia cardiaca de V2, incumpliendo el numeral 9.1 de la citada NOM-004-SSA3-2012 que, con relación a las hojas de enfermería, ordena que: *“Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico...”*

85. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las irregularidades descritas en el párrafo anterior vulneran el derecho de las víctimas y sus familiares de conocer la verdad, respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, siendo esto un obstáculo para conocer el expediente clínico de forma detallada de los pacientes con el fin de deslindar las responsabilidades correspondientes.

86. También se ha enfatizado en la necesidad que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 1/2011, 14/2012, 13/2013, 20/2014, 39/2015, 8/2016 y 40/2016 en los siguientes términos:

“La apropiada integración del expediente clínico (...) [en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”], es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de

los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.”

87. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “...la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

Falta de personal médico especializado e insumos.

88. Esta Comisión Nacional de los Derechos estima conveniente reiterar que el control prenatal de V1 y la atención médico-quirúrgica que recibieron V1 y V2 el 10 de junio de 2013, no fue efectuada ni supervisada por médicos especialistas, por el contrario, los servicios médicos fueron brindados por galenos en formación, incluso por médico pasante del servicio social.

89. Concomitantemente, también se evidenció que en el Hospital Rural, no había tiras reactivas (“Labstix”) para medir las proteínas en la orina de V1, lo que hubiera permitido establecer de manera más pronta un diagnóstico de preeclampsia severa derivada del embarazo y, en su caso, implementar las medidas correctivas necesarias.

90. Este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, y las irregularidades señaladas en los dos párrafos precedentes, debido al incumplimiento por parte del IMSS de dotar al Hospital Rural de los insumos y personal médico profesional para el tratamiento de las enfermedades que afectan a los individuos y que, en este caso, provocó retraso en el diagnóstico y tratamiento oportunos para atender el padecimiento hipertensivo derivado del embarazo de V1 y sus efectos sobre V2, pues de haber contado con ellos como era su obligación, se hubiera evitado el fallecimiento de las víctimas.

91. La CrIDH decidió que: *“...los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida... (...) de las personas sometidas a tratamiento de salud”*.¹⁰

92. Entre los objetivos planteados en el “Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018” (PROSESA) de la Secretaría de Salud, en específico, el Objetivo 2 persigue la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal; a través de líneas de acción a las que deben apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud, de entre ellas destacan las siguientes:

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

2.3.1. Promover la adquisición de insumos y equipo estratégico para la atención materna y neonatal, priorizando localidades de alta marginación y concentración.”

¹⁰ “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”. Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 99.

93. Es fundamental recordar que el derecho a la salud no es sólo un objetivo en programas gubernamentales de largo plazo, ya que de este se derivan obligaciones para las Instituciones, las que deben hacer efectivo el derecho a la salud y adoptar medidas en este sentido y sin demora. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos apuntó que: *“Las dificultades económicas de un país no le eximen de la obligación para adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud”*.¹¹ Por tanto, resulta inexplicable la ausencia de medidas por parte de las autoridades del IMSS para dotar al Hospital Rural de los recursos materiales y humanos, necesarios e indispensables, para cumplir con la obligación de brindar servicios de salud adecuados.

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

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

Responsabilidad.

96. El hecho que AR1 haya tolerado el manejo quirúrgico dado a V1 y V2 por personal médico en proceso de formación, sin supervisión médica especializada, y omitir la referencia de V1 a un hospital de tercer nivel de atención médica,

¹¹ “El derecho a la salud”, folleto informativo N° 31, junio de 2008.

constituye una violación al derecho a la protección de la salud y a la vida de V1 y V2.

97. La responsabilidad de AR2 proviene de haber diagnosticado enfermedad hipertensiva derivada del embarazo “leve” en V1, pese a haber detectado que presentaba signos de severidad, conforme a la GPC-AIP, de prescindir de la interconsulta del servicio de Ginecología y Obstetricia para ingresar a V1 a resolución obstétrica vía cesárea lo antes posible, y establecer como plan de manejo, la medición de presión arterial materna y monitoreo de frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos, puesto que la GPC-AIP establece que debe realizarse cada 15 minutos, aunado a que en el expediente clínico de V1 no consta que EG1 y EG2 hayan elaborado el reporte de la realización de dichos procedimientos.

98. La falta de actuaciones médicas por parte de AR3 durante 55 minutos a partir de la valoración obstétrica que realizó a V1 el 10 de junio de 2013, puso de manifiesto la inadecuada vigilancia médica de V1 y V2, incurriendo por lo tanto en negligencia médica.

99. También quedó de manifiesto que durante la consulta prenatal del 20 de febrero de 2013, AR4 omitió supervisar la actuación de MR2, incumpliendo con lo establecido en el ya supracitado numeral 9.3.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*.

100. MR1, MR2 y MR3 incurrieron en responsabilidad por omitir llevar acabo el traslado de V1 a un hospital de tercer nivel de atención, no obstante que sabían que el Hospital Rural carecía de los recursos necesarios para brindarle una atención médica adecuada.

101. Las irregularidades advertidas en la integración del expediente clínico de V1, constituyen responsabilidad por parte de todo el demás personal médico comprometido: AR2, AR3, MR1, MR2, MR3, MR4, MR5, MR6, MR7, EG1 y EG2.

102. Finalmente, existe responsabilidad institucional por parte del IMSS, pues durante el control prenatal y la atención médico-quirúrgica de V1 y V2 del 10 de junio de 2013, el Hospital Rural no tenía personal médico especializado, ni tiras reactivas (*“Labstix”*) previstas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y en las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, vigentes en la época en que ocurrieron los hechos, en las que se prevé que la atención médica cuente *“con especialidades básicas (Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología), mismas que en el medio rural significan la única oportunidad de atención especializada en forma gratuita, siendo en algunos casos la diferencia entre la vida o la muerte”*.¹²

103. Este Organismo Constitucional Autónomo acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3, MR4, MR5, MR6, MR7, EG1 y EG2 incumplieron con sus obligaciones para actuar con eficacia y diligencia, omitiendo lo dispuesto en los artículos 8°, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y 303 y 303 A de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y estar sujetos a las responsabilidades civiles, penales y administrativas en que pudieran incurrir como encargados de un servicio público.

104. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en este caso con elementos de convicción 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 iniciar el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3, MR4, MR5,

¹² Programa IMSS. Oportunidades, capítulo VIII. 3.3. Atención Médica. pag. 17.

MR6, MR7, EG1 y EG2; además de formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra AR1, AR2, AR3 y AR4, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

Reparación Integral del daño y formas para dar cumplimiento.

105. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con los artículos 1º, párrafo tercero, 108 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, que prevén la posibilidad 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.

106. De conformidad con el artículo 1, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades, de todos los ámbitos de gobierno, a reparar a las víctimas de una forma integral y, de manera correlativa a esta obligación, las víctimas tienen el derecho a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a sus derechos humanos a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición.

107. Para tal efecto, en términos de los artículos 2, fracción I, 7, fracciones II y VII; 8, 26, 27, 64 fracciones I y II; 67, 68, 88, 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, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 y V2, puesto que la falta de atención médica por personal especializado derivó en el fallecimiento de ambos, se deberá inscribir a Q en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión

Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

108. Para reparar el daño que se establece en el punto primero recomendatorio, deberán considerarse los daños psicológicos sufridos por Q, por lo que resulta necesario localizarlo y escuchar sus necesidades particulares. La atención deberá ser proporcionada por un profesional especializado hasta su rehabilitación. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible para Q.

109. Por concepto de compensación se deberá pagar al quejoso una suma de dinero, cuyo monto podrá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y que deberá tomar en consideración los daños morales, provocados por las aflicciones y sufrimientos con motivo del fallecimiento de V1 y V2.

110. Respecto a la capacitación mencionada en el segundo punto recomendatorio, deberá darse un curso en materia de derechos humanos en el Hospital Rural 32 del IMSS en Ocosingo, Chiapas, relacionado con la aplicación de la normatividad y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud.

111. Relativo al punto tercero recomendatorio, deberán establecerse protocolos que garantice la supervisión permanente de los médicos residentes durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, así como del personal pasante en servicio social por parte de los médicos de base en el Hospital Rural. Para tener por cumplido este punto, se deberá enviar a esta Comisión Nacional la constancia con la que se acredite la instrumentación y desarrollo del mecanismo de supervisión señalado.

112. A efecto de calificar el punto cuarto recomendatorio, deberán tomarse las medidas necesarias para verificar si el Hospital Rural, cuenta con los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que

garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud con calidad; de no contar con ello, realizar las acciones pertinentes para su debido equipamiento.

113. Con respecto a los puntos quinto y sexto recomendatorios, relacionados con la colaboración en la denuncia que presentará esta Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República y la queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de esas instancias de forma oportuna y completa.

114. Finalmente, con respecto al punto séptimo recomendatorio, se deberá inscribir a Q en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de tener acceso a los beneficios señalados en la Ley General de Víctimas.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a Q en términos de la Ley General de Víctimas, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital Rural 32 del IMSS en Ocosingo, Chiapas, involucrado en los hechos que derivaron en la pérdida de la vida de V1 y V2; con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñe e imparta en el Hospital Rural, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos relacionado con la observancia de la aplicación de la normatividad y de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con el objetivo que el personal adscrito a ese nosocomio, cuente con los elementos técnicos, científicos y éticos que les permita

desempeñar sus funciones de manera correcta y eficaz, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya a quien corresponda para que se establezcan protocolos que garantice la supervisión por parte de médicos autorizados para ello, de las actividades del personal en proceso de formación, ya sean residentes o de servicio social, durante su capacitación clínica, quirúrgica o de campo en el Hospital Rural, hecho lo cual, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de establecer un programa para que se supervise, verifique y realice un informe sobre las condiciones en que se brinda la atención médica en el Hospital Rural 32, a efecto de comprobar que cuenta con el personal médico y los insumos necesarios para su operación; de no ser así, se tomen las medidas para dotarlo de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud a los usuarios, enviando a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República por ser AR1, AR2, AR3 y AR4, servidores públicos federales, y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

SEXTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra AR1, AR2, AR3, AR4, MR1, MR2, MR3, MR4, MR5, MR6, MR7, EG1 y EG2, relacionados con los hechos de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Inscribir a Q en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

116. 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.

117. 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.

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

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ