



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 3/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, ASÍ COMO A LA VIDA Y AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA CON MEDICINA FAMILIAR 26 DEL IMSS EN CABO SAN LUCAS, BAJA CALIFORNIA SUR.

Ciudad de México, a 14 de febrero de 2019.

**LIC. GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2015/1007/Q**, sobre la queja 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, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Servidor Público

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 26 del IMSS en Cabo, San Lucas, Baja California Sur.	Hospital General de Subzona 26

Institución	Acrónimo
Órgano Interno de Control en las Delegaciones del IMSS en Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora	OIC en el IMSS.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <i>“Del Expediente Clínico”</i>	NOM-004-SSA3-2012, <i>“Del expediente clínico”</i>
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, <i>“Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”</i>	NOM-007-SSA2-1993, <i>“Atención de la mujer durante el embarazo y del recién nacido”</i>
Procuraduría General de la República	PGR
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

I. HECHOS

4. A las 7:00 horas del 25 de diciembre de 2013, V1 de 33 años de edad, presentó dolores de *“parto”* por lo que acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Subzona 26 de Cabo San Lucas, Baja California Sur, donde personal médico - de quien se desconocen datos-, le indicó que tenía un centímetro de dilatación, solicitándole que se retirara a su domicilio y acudiera cuando *“sintiera más dolor”*.

5. A las 15:00 horas de esa misma fecha, V1 regresó al servicio de urgencias, donde AR4 la diagnosticó con: *“embarazo de 39.5 semanas de gestación con*

*trabajo de parto en fase activa*¹ y *cesárea previa*”, remitiéndola al servicio de tococirugía.

6. A las 17:15 horas, AR1 le realizó una prueba sin estrés “PSS”², la cual resultó no reactiva, esto es, el producto de la gestación cursaba con alteraciones, por lo que ordenó la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, de la actividad uterina y monitorización continua.

7. El mismo 25 de diciembre de 2013, AR2 reportó que la nueva prueba sin estrés “PSS” de V1 resultó reactiva, variabilidad tipo II, esto es, con desaceleraciones tardías, indicativo de que el “feto” tenía bajas reservas de oxígeno, por lo que ordenó se continuara con la vigilancia del trabajo de parto.

8. El 26 de diciembre de 2013 -sin que se pueda establecer la hora debido a que la nota médica es ilegible-, AR2 indicó que V1 cursaba con datos de sufrimiento fetal agudo, por lo que la ingresó a quirófano para la realización de una cesárea.

9. V2 nació a las 00:42 horas del 26 de diciembre de 2013, del sexo femenino, “viva” y debido a que presentó calificación de Apgar al nacimiento de “0” y al minuto “0”, AR3 le realizó maniobras avanzadas de reanimación hasta que presentó calificación de “7”.

¹ La Guía de Práctica Clínica de “*Vigilancia y manejo del parto*”, la define como aquella en la que se presentan contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de 4 centímetros.

² En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, la prueba sin estrés o de bienestar fetal es un método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal, en condiciones basales, sin estrés materno ni fetal.

10. AR3 diagnosticó a V2 con hipoxia neonatal severa (falta de oxígeno general o en diversos órganos) y probable “SAM” (problemas respiratorios cuando no existen otras causas y la persona recién nacida tiene meconio en las deposiciones, esto es, heces hacia el líquido amniótico durante el trabajo de parto o nacimiento, incluso cuando inhala el líquido hacia los pulmones) y ante su evidente gravedad, solicitó interconsulta de urgencia al servicio de neonatología del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 del IMSS en La Paz, Baja California Sur, para tratamiento especializado.

11. Posteriormente V2 presentó sangrado activo por narina (fosas nasales) y boca, bradicardia (descenso de la frecuencia cardíaca) y cianosis distal (reducción saturación de oxígeno por insuficiencia respiratoria), lo que ameritó que AR3 le realizara aspirado de boca y nariz, intubación endotraqueal con compresiones torácicas sin que respondiera a dichas maniobras, por lo que declaró su fallecimiento a las narración hechos horas del 26 de diciembre de 2013.

12. El 27 de diciembre de 2013, V1 egresó a su domicilio con diagnóstico de “puerperio quirúrgico” o “puerperio inmediato”.³

13. El 12 de diciembre de 2014, V1 presentó queja ante este Organismo Nacional, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2015/1007/Q.

³ La actual norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016, en el punto 3.41, lo define como el período que comprende las primeras 24 horas después del parto.

14. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico del IMSS, así como informes de la Averiguación Previa y de la Causa Penal, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

15. Escrito de queja de V1 recibido en la oficina foránea de La Paz, Baja California Sur, el 12 de diciembre de 2014, a través del cual comunicó las irregularidades en su atención médica y de su parentesco V2, en el Hospital General de Subzona 26, a la cual adjuntó el registro de nacimiento, registro de defunción y el acta certificada de defunción de V2.

16. Actas Circunstanciadas de 15 de diciembre de 2014, en las que esta Comisión Nacional hizo constar lo siguiente:

16.1. El IMSS informó vía telefónica, que el 19 de marzo de 2014 el Expediente de Queja se resolvió procedente, por lo que dio vista al OIC en el IMSS.

16.2. El OIC en el IMSS, informó que el Expediente Administrativo de Investigación se turnaría al Área de Responsabilidades para que se determinaran las sanciones del personal involucrado.

16.3. Vía telefónica el abogado particular de V1 informó que la denuncia presentada en la entonces PGR se encontraba en integración.

17. Acta Circunstanciada de 6 de enero de 2015, en la que este Organismo Nacional hizo constar que el abogado particular de V1 presentó las siguientes copias simples:

17.1. Escrito de denuncia y/o querella de V1, de 28 de noviembre de 2014, presentado ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en los Cabos, Baja California Sur.

17.2. Escrito de “*queja*” de V1, de 8 de diciembre de 2014, presentado en el OIC en el IMSS.

17.3. Demanda y/o Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado, presentado por V1 y V3, el 24 de diciembre de 2014, ante la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos de la Delegación Regional de Baja California Sur.

18. Oficio 095217614BB1/0464 de 20 de marzo de 2015, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, la siguiente documentación:

18.1. Oficio folio 13 de 6 de febrero de 2014, a través del cual el director del Hospital General de Subzona 26, remitió el dictamen técnico-médico relacionado con la atención brindada a V1.

18.2. Informes de 12 de febrero de 2014, a través de los cuales AR1, AR2, AR3 y AR4 indicaron su intervención en la atención médica de V1.

18.3. “Memorando” 1030109612700/147/2015 de 12 de marzo de 2015, a través de cual el Hospital General de Subzona 26 rindió un informe respecto a la atención médica otorgada a V1.

18.4. Expediente clínico de V1, del cual se destacó lo siguiente:

18.4.1. Nota médica de las “03:00 PM” del 25 de diciembre de 2013, en la que AR4 del servicio de urgencias del Hospital General de Subzona 26, diagnosticó a V1 con “*embarazo de 39.5 semanas, más trabajo de parto en fase activa*”. Omitió nombre completo, cargo, especialidad y cédula profesional.

18.4.2. Nota de “toco” de las 19:15 horas –se advirtió sobre el “9” un número “7” remarcado- del 25 de diciembre de 2013, en la cual AR1 diagnosticó a V1 con embarazo de 39.5 semanas, trabajo de parto fase latente⁴ e indicó que la prueba sin estrés “PSS” resultó no reactiva, esto es, que el producto de la gestación cursaba con alteraciones. Matrícula ilegible, omitió nombre completo, cargo y especialidad.

18.4.3. Nota de las 20:50 horas del 25 de diciembre de 2013, en la que AR2 indicó el plan terapéutico para V1. Omitió su especialidad, aunado a que la hoja se encontró sin membrete.

⁴ La Guía de Práctica Clínica de “*Vigilancia y manejo del parto*”, la define como “(...) el período de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm. y que en promedio dura 6 a 7 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas de 4 a 5 horas”.

18.4.4. Formato de vigilancia y atención del parto de 25 de diciembre de 2013, de cuyo partograma se advirtió que a V2 se le tomó la frecuencia cardíaca fetal desde las 21:30 horas de ese día hasta las 00:20 horas del 26 del mismo mes y año.

18.4.5. Nota de evolución de 25 de diciembre de 2013, en la que AR2 reportó que la nueva prueba sin estrés de V1 resultó reactiva, variabilidad tipo II (indicativo de que el “feto” tenía bajas reservas de oxígeno), por lo que ordenó que se continuara con la vigilancia de trabajo de parto. Ilegible.

18.4.6. Nota de evolución y prequirúrgica de 26 de diciembre de 2013, en la que AR2 ordenó el ingreso de V1 a quirófano debido a que V1 cursaba con datos de sufrimiento fetal agudo. Ilegible.

18.4.7. Carta de consentimiento bajo información de obstetricia de 25 de diciembre de 2013, firmada por V1 y AR2.

18.4.8. Carta de consentimiento bajo información de cirugía de 25 de diciembre de 2013, firmada por V1 y AR2.

18.4.9. Carta de consentimiento bajo información de anestesiología de 25 de diciembre de 2013, firmada por V1, AR2 y el anestesiólogo.

18.4.10. Nota pre-anestésica de 26 de diciembre de 2013, en la que se indicó el tipo de anestesia que se suministraría a V1.

18.4.11. Nota de técnica quirúrgica de 26 de diciembre de 2013, en la que AR2 informó que a V1 se le realizó una cesárea tipo Kerr (incisión transversal semilunar a nivel del segmento inferior del útero) y que a las 00:42 horas nació V2, quien requirió maniobras de reanimación avanzada. Ilegible.

18.4.12. Nota postquirúrgica de 26 de diciembre de 2013, en la que AR2 indicó que a V1 se le colocó un dispositivo intrauterino y la diagnosticó con *“puerperio quirúrgico inmediato”*. Ilegible.

18.4.15. Nota de recién nacido de las 01:45 horas del 26 de diciembre de 2013, a través de la cual AR3 diagnosticó a V2 como *“recién nacida, femenina, eutrófica, postmaduro, hipoxia neonatal severa y probable ‘SAM’”*, reportándola grave. Omitió nombre completo y cargo, matrícula ilegible.

18.4.13. Nota de ingreso a piso de las 02:00 horas del 26 de diciembre de 2013, en la que se indicó que V1 se le mantendría en vigilancia postquirúrgica con pronóstico reservado a evolución.

18.4.14. Nota de evolución del turno vespertino del 26 de diciembre de 2013, en la que AR1 reportó a V1 sin complicaciones quirúrgicas inmediatas, con tolerancia a la deambulaci3n y a la vía oral.

18.4.16. Solicitud de interconsulta de urgencia al servicio de neonatología del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 del IMSS en La

Paz, Baja California Sur, de 26 de diciembre de 2013 –sin que se advierta la hora-, en la que AR3 requirió el traslado de V2 para tratamiento especializado.

18.4.17. Nota “agregada” de las 05:00 horas del 26 de diciembre de 2013, en la que AR3 reportó que V2 falleció a las narración hechos horas de esa misma fecha. Omitió nombre completo y cargo, matrícula ilegible.

18.4.18. Certificado de defunción de V2, en cuyo rubro de edad cumplida asentó “3 horas” y como causas de su fallecimiento: “*síndrome de aspiración meconial y sufrimiento fetal agudo*”.

18.4.19. Nota de egreso y hoja de alta hospitalaria de 27 de diciembre de 2013, en las que se indicó que V1 egresó a su domicilio por mejoría clínica.

19. Acta Circunstanciada de 29 de abril de 2015, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que vía telefónica el abogado de V1 informó que la denuncia presentada en la agencia del Ministerio Público de la Federación, se radicó como Averiguación Previa.

20. Oficio 00641/30.102/117/2015 de 28 de abril de 2015, mediante el cual el OIC en el IMSS informó a este Organismo Nacional, las acciones realizadas en el Expediente Administrativo de Investigación.

21. Oficio 006097/15 DGPCDHQI de 15 de julio de 2015, a través del cual la entonces PGR adjuntó el diverso AMPF/LC/1620/2015 de 8 de ese mismo mes y año, mediante el cual informó las acciones realizadas en la Averiguación Previa, de entre las que se destaca lo siguiente:

21.1. El 28 de noviembre de 2014, se inició la Averiguación Previa con el escrito de denuncia de V1.

21.2. El 5 de diciembre de 2014, con motivo del deceso de V2, se tomó la comparecencia de V3 y su progenitora.

21.3. El 19 de diciembre de 2014, el IMSS remitió copias certificadas del expediente clínico de V1, así como de los nombramientos de SP, AR1, AR2, AR3 y AR4.

21.4. El 22 de diciembre de 2014, se solicitó a Servicios Periciales de la Institución, determinara si en la atención de V1 durante el trabajo de parto y en el cual perdió la vida V2 existía o no responsabilidad profesional por negligencia médica.

21.5. El 27 de enero de 2015, la perito médica designada requirió las notas de atención prenatal de V1 y las declaraciones ministeriales de SP, AR1, AR2, AR3 y AR4 para el dictamen médico.

21.6. El 10 de marzo de 2015, SP, AR1, AR2 y AR3, se reservaron su derecho a declarar y solicitaron se recibiera su respectiva declaración por escrito.

21.7. El 14 de abril de 2015, AR4 se reservó su derecho a declarar y solicitó se recibiera su declaración por escrito.

21.8. El 15 de mayo de 2015, el director del Hospital General de Subzona 26 remitió copias certificadas de las notas de la atención prenatal de V1.

21.9. El 22 de junio de 2015, se recibió el folio 745 de 19 de ese mismo mes y año, al cual la perita médica oficial anexó el dictamen y su opinión médica.

21.10. El 29 de junio de 2015, se solicitó a la CONAMED un dictamen y/u opinión técnica.

22. Acta Circunstanciada de 4 de agosto de 2015, mediante la cual este Organismo Nacional hizo constar que entabló comunicación telefónica con el abogado particular de V1, quien informó que la perita médica de la entonces PGR concluyó que no hubo responsabilidad médica en la atención de V1.

23. Acta Circunstanciada de 13 de agosto de 2015, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que se constituyó en la Delegación Estatal de la entonces PGR, donde tuvo a la vista las declaraciones de SP, AR1, AR2 y AR3, así como el

dictamen de la perito médico oficial, quien concluyó que la atención médica proporcionada a V1 y a V2 fue adecuada.

24. Oficio 00641/30.102/356/2015 de 13 de noviembre de 2015, mediante el cual el OIC en el IMSS informó a este Organismo Nacional, que el acuerdo de conclusión del Expediente Administrativo de Investigación se encontraba en el Área de Responsabilidades del OIC para que se determinara el inicio del procedimiento administrativo de responsabilidad.

25. Oficio 095217614BB1/0695 de 6 de abril de 2016, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, el resumen médico de la atención prenatal de V1 con su expediente clínico.

26. Oficio 0095217614BB1/1490 de 6 de junio de 2017, a través del cual el IMSS informó a este Organismo Nacional, las medidas preventivas y correctivas que se implementaron en el Hospital General de Subzona 26 para evitar casos como el presente.

27. Acta Circunstanciada de 20 de junio de 2017, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que el abogado particular de V1 proporcionó la siguiente documentación:

27.1. Acuerdo 003/2014 de 19 de marzo de 2013 (sic, debería ser 2014), mediante el cual la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, resolvió la procedencia de la queja de V1.

- 27.2.** “*Memorando*” 1030109612700/43/2014 de 11 de febrero de 2014, a través del cual personal de la Coordinación Auxiliar de Gestión del IMSS informó a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de dicho Instituto, las irregularidades que advirtió en la atención médica de V1.
- 27.3.** Dictamen de 23 de febrero de 2014, mediante el cual el IMSS determinó que en el Expediente de Queja se detectó irregularidad por deficiente atención médica en la atención del binomio madre-hijo.
- 27.4.** “*Memorándum*” 039001400100/738/2014-VI de 6 de marzo de 2014, mediante el cual la Jefatura de Servicios Jurídicos del IMSS remitió a la Subcomisión Mixta Disciplinaria, copia de la investigación laboral derivada del Expediente de Queja respecto a las “*supuestas*” irregularidades atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y SP.
- 27.5.** Acuerdo de 21 de enero de 2015, por el que el IMSS en Baja California Sur, acordó la admisión del escrito de responsabilidad patrimonial de 24 de diciembre de 2014, promovido por V1 y V3, el cual se radicó como Expediente de Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
- 27.6.** Acuerdo de 3 de diciembre de 2015, mediante el cual se estableció el término para formulación de alegatos en el Expediente de Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
- 28.** Acta Circunstanciada de 30 de agosto de 2017, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que el abogado particular de V1, vía correo electrónico

remitió el acuerdo de suspensión del procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado de 15 de ese mismo mes y año.

29. Oficio 00641/30.102/047/2018 de 6 de marzo de 2018, mediante el cual el IMSS informó a este Organismo Nacional las diligencias realizadas en el Expediente Administrativo de Investigación, entre las que se destacan las siguientes:

29.1. Oficio CTAQIP/183/20143 (sic) de 22 de abril de 2014, a través del cual el IMSS remitió copia certificada del Expediente de Queja, en el que se advirtió lo siguiente:

29.1.1. Oficio CTAQIP/050/2014 de 5 de febrero de 2014, a través del cual la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS remitió a la Coordinación Técnica de Orientación e Información de dicho Instituto, el escrito de queja de V1.

29.1.2. Oficio 039001400100/854/2014/VI de 14 de marzo de 2014, a través del cual el IMSS informó que el Expediente Laboral se remitió a la Subcomisión Mixta Disciplinaria.

29.1.3. Oficio No. CTAQIP/160/2014 de 27 de marzo de 2014, mediante el cual la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS notificó a V1, la procedencia del Expediente de Queja.

29.2. Acuerdo de inicio del Expediente Administrativo de Investigación de 8 de mayo de 2014 ante el OIC en el IMSS.

29.3. Oficio 039001700100/670/2014 de 7 de julio de 2014, mediante el cual la Jefatura de Desarrollo de Personal de la Delegación del IMSS en Baja California Sur, remitió copia certificada de los expedientes laborales de AR1, AR2, AR3 y AR4, entre los que destaca la sanción que les impuso la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS por las irregularidades en la atención médica de V1 y V2.

29.4. *“Acuerdo de Turno a Responsabilidades”* de 15 de junio de 2016, por el cual el Expediente Administrativo de Investigación se turnó al Área de Responsabilidades para que se iniciara el procedimiento administrativo correspondiente.

30. Acta Circunstanciada de 14 de junio de 2018, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que el abogado particular de V1 informó que no presentaron demanda civil ni en el Tribunal Federal de Justicia Administrativa en contra del IMSS porque interpuso un amparo para que la Delegación del IMSS en Baja California Sur, resolviera la demanda de reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado.

31. Opinión médica de 26 de junio de 2018, de esta Comisión Nacional, en la que estableció consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 y V2.

32. Acta Circunstanciada de 12 de julio de 2018, en la que este Organismo Autónomo hizo constar la comunicación telefónica con personal del IMSS, quien informó que el “*presente asunto*” estaba en la Coordinación de Asuntos Contenciosos debido a que V1 presentó solicitud de responsabilidad patrimonial y que el 11 de mayo de ese mismo año, se comentó que existía posibilidad de celebrar algún convenio.

33. Oficio 005718/18 DGPCDHQI de 16 de agosto de 2018, a través del cual la entonces PGR adjuntó el diverso SCRPPA/DGAMC/02476/2018 de 15 de ese mismo mes y año, en el cual informó las diligencias realizadas en la Averiguación Previa, entre las que se destacó lo siguiente:

33.1. El 29 de septiembre de 2017, se consignó la Averiguación Previa sin detenido en contra de AR1, AR2 y AR3, por su probable responsabilidad en la comisión del delito de homicidio culposo con la agravante de responsabilidad profesional.

33.2. El 5 de octubre de 2017, un Juzgado de Distrito en el Estado de Baja California Sur, radicó dicha consignación como Causa Penal.

33.3. El 10 de octubre de 2017, se negó la orden de aprehensión solicitada.

33.4. El 18 de octubre de 2017, el agente del Ministerio Público de la Federación interpuso el recurso de apelación.

33.5. El 7 de noviembre de 2017, un Tribunal Unitario de Circuito radicó el recurso de apelación interpuesto por el agente del Ministerio Público de la Federación y, el 13 de agosto de 2018, revocó la resolución impugnada, por lo que ordenó se librara orden de aprehensión en contra de AR1, AR2 y AR3 por el delito de homicidio culposo con agravante de responsabilidad profesional (Toca Penal 1).

34. Oficio 000641/30.102/325/2018 de 23 de agosto de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, un informe del Expediente Administrativo de Responsabilidades en el cual se indicó que a AR1, AR2 y AR4, se les impuso la sanción administrativa de suspensión de sus empleos, cargos o comisiones por el período de quince días (sic, debería ser tres días).

35. Escrito de 15 de octubre de 2018, mediante el cual V1 y V3 indicaron que en la Causa Penal se reconoció a V2 su carácter de víctima directa y a ellos de indirectas.

36. Acta Circunstanciada de 20 de diciembre de 2018, mediante la cual este Organismo Nacional hizo constar que entabló comunicación vía telefónica con el agente del Ministerio Público de la Federación, quien informó que el 15 y 31 de agosto de ese mismo año, se dictó auto de formal prisión en contra de AR1 y AR3, a quienes se les otorgó el beneficio de libertad bajo caución y que AR2 promovió un amparo.

37. Acta Circunstanciada de 16 de enero de 2019, mediante la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar que se entabló comunicación con el OIC

en el IMSS, quien aclaró que la sanción referente a “*veinte notas de demérito*” se refiere a la reducción de veinte días de aguinaldo que se descontaron de su sueldo base diario.

38. Acta Circunstanciada de 21 de enero de 2019, en la que este Organismo Nacional hizo constar la comparecencia del abogado particular de V1, quien indicó que presentó recurso de revisión en contra del acuerdo que suspendió el Expediente de Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado, sin que aún cuente con la resolución correspondiente, asimismo, adjuntó el escrito de V1 y V2 con la siguiente documentación:

38.1. Dictamen Médico Institucional 107/16 de la CONAMED de 10 de agosto de 2016, sobre las omisiones en que incurrió el personal médico que intervino en la atención de V1.

38.2. Dictamen Médico de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur, de 1º de junio de 2017, sobre las omisiones en que incurrió personal médico que intervino en la atención de V1.

38.3. Pliego de consignación de la Averiguación Previa sin detenido de 29 de septiembre de 2017, mediante el cual el agente del Ministerio Público de la Federación ejerció acción penal en contra de AR1, AR2 y AR3, por su probable responsabilidad en la comisión del delito de homicidio culposo con la agravante de responsabilidad profesional y solicitó orden de aprehensión.

38.4. Resolución de término constitucional de AR3 de 18 de agosto de 2018, dictado en la Causa Penal.

38.5. Sentencia de 26 de septiembre de 2018, dictada en el Toca Penal 2 por un Tribunal Unitario de Circuito, en la cual se confirmó la resolución de término constitucional de 18 de agosto de 2018, dictado en contra de AR3.

38.6. Sentencia del 23 de octubre de 2018, dictada en el Toca Penal 3 por un Tribunal Unitario de Circuito, en el cual se confirmó la resolución de término constitucional de 30 de agosto de 2018, dictada en contra de AR1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

39. El 5 de febrero de 2014, la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS inició el Expediente de Queja con motivo de la queja presentada por V1, con la cual se dio vista a la Jefatura de Servicios Jurídicos de dicho Instituto a fin de que iniciara el procedimiento laboral correspondiente.

40. El 6 de marzo de 2014, la Jefatura de Servicios Jurídicos del IMSS remitió a la Subcomisión Mixta Disciplinaria, copia de la investigación del Expediente Laboral con las “*supuestas*” irregularidades atribuibles AR1, AR2, AR3 y AR4, ordenó el archivo del caso sin responsabilidad laboral respecto de SP al haber exhibido la nota médica de atención inicial de V1 del 25 de diciembre de 2013.

41. Con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS impuso las siguientes medidas disciplinarias:

41.1. El 10 de marzo de 2014, notificó a AR1 y a AR3 que se hicieron acreedores a “20 (VEINTE) NOTAS DE DEMÉRITO”, equivalentes a veinte días de aguinaldo, misma medida que impuso a AR2, quien fue notificada el 11 de ese mismo mes y año.

41.2. El 11 de marzo de 2014, se notificó a AR4 que se hizo acreedor a una amonestación.

42. El 19 de marzo de 2014, la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Baja California Sur, resolvió procedente el Expediente de Queja desde el punto de vista administrativo y ordenó se diera vista al OIC de dicho Instituto.

43. El 8 de mayo de 2014, el OIC en el IMSS inició el Expediente Administrativo de Investigación para que se investigaran las “*presuntas*” irregularidades denunciadas por la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente.

44. El 28 de noviembre de 2014, se inició la Averiguación Previa con el escrito de denuncia de V1.

45. El 8 de diciembre de 2014, V1 presentó nuevo escrito de queja ante el OIC en el IMSS, el cual se agregó al Expediente de Queja.

46. El 24 de diciembre de 2014, V1 presentó escrito de demanda y/o reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado ante la Jefatura de Servicios Jurídicos del IMSS, por lo que el 21 de enero de 2015, se acordó su admisión y se radicó como Expediente de Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado.

47. El 15 de junio de 2016, se emitió el *“Acuerdo de Turno a Responsabilidades”* en el Expediente Administrativo de Investigación, a fin de que se iniciara el procedimiento administrativo de responsabilidad previsto en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos.

48. El 15 de agosto de 2017, se emitió un acuerdo de suspensión del procedimiento en el Expediente de Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado por encontrarse pendiente de resolver la denuncia interpuesta por V1 y V3. Sin embargo, el abogado particular de V1, interpuso un recurso de revisión, el cual se turnó a las oficinas centrales del IMSS y está pendiente de resolución.

49. El 29 de septiembre de 2017, el agente del Ministerio Público de la Federación ejerció acción penal en contra de AR1, AR2 y AR3 por su probable responsabilidad en la comisión del delito de homicidio culposo con la agravante de responsabilidad profesional y solicitó orden de aprehensión.

50. El 5 de octubre de 2017, un Juez de Distrito en el Estado de Baja California Sur, radicó dicha consignación como Causa Penal y el 10 de ese mes y año, negó la orden de aprehensión solicitada, por lo que el 18 de octubre de esa anualidad, el agente del Ministerio Público de la Federación interpuso el recurso de apelación.

51. El 7 de noviembre de 2017, un Tribunal Unitario de Circuito radicó el recurso de apelación como Toca Penal 1 y el 13 de agosto de 2018 revocó la resolución impugnada.

52. El 15 y 31 de agosto de 2018, un Juzgado de Distrito en el Estado de Baja California Sur, tuvo por cumplidas las órdenes de aprehensión en contra de AR3 y AR1, respectivamente, a quienes otorgó el beneficio de libertad bajo caución.

53. Mediante sentencias de 26 de septiembre y 23 de octubre de 2018, dictadas en el Toca Penal 2 y Toca Penal 3, respectivamente, un Tribunal Unitario de Circuito confirmó las resoluciones de término constitucional de 18 y 30 de agosto de ese mismo año, dictadas en contra de AR3 y AR1.

54. El 13 de diciembre de 2017, el OIC en el IMSS en el Expediente Administrativo de Responsabilidades, impuso a AR1, AR2 y AR4 la sanción administrativa consistente en suspensión de sus empleos, cargos o comisiones por un período de tres días.

55. A la fecha en que se emite la presente Recomendación, no se ha cumplimentado la orden de aprehensión en contra de AR2.

56. Para mejor comprensión de la información que antecede, se esquematiza en el siguiente cuadro:

EXPEDIENTES INICIADOS EN EL IMSS	
Expediente de Queja	• Fecha de inicio: 5-02-2014. • Quejosa: V1. • Agraviados: V1 y V2. • Probables responsables: AR1, AR2, AR3 y AR4. • Trámite: En esa misma fecha se dio vista a la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal del IMSS en Baja California Sur, a fin de que realizara la respectiva investigación laboral. • Resolución: 19-03-2014, la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, resolvió procedente el Expediente de Queja desde el punto de vista administrativo y ordenó se diera vista al OIC en el IMSS.
Expediente Laboral	• Inició con motivo de la queja presentada por V1, por lo cual, se remitió el caso a la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS. • Resolución: El 10-03-2014, la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS notificó a AR1 y AR2, que con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 y V2, se les impuso la medida disciplinaria consistente en veinte notas de demérito -equivalentes a veinte días de pago de aguinaldo-, misma medida que notificó a AR3, el 11-03-2014. • El 11-03-2014, se notificó a AR4 la medida disciplinaria consistente en amonestación.
Expediente Administrativo de Investigación	• Fecha de inicio: El 8-05-2014 en cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en el Expediente de Queja. • Resolución: El 15-06-2016, se acordó se turnará a responsabilidades ante las “<i>presuntas</i>” irregularidades en que incurrieron AR1, AR2 y AR3 en la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de Subzona 26.
Expediente Administrativo de Responsabilidades	• Resolución: El 13-12-2017, se impuso a AR1, AR2 y AR3, la sanción administrativa consistente en suspensión de sus empleos, cargos o comisiones por tres días.

Expediente de Reclamación Patrimonial del Estado	• Fecha de inicio: 21-01-2015. • Quejosa: V1 y V3. • Agraviadas: V1 y V2. • Suspensión: El 15-08-2017, debido a que se encuentra en trámite la Averiguación Previa relacionada con el caso particular. • El abogado particular de V1 presentó recurso de revisión en contra de dicho acuerdo –sin que se cuente con la fecha-, por lo cual dicho expediente se turnó a oficinas centrales del IMSS pendiente de resolución.
---	---

EXPEDIENTE INICIADO EN LA PGR	
Averiguación previa	Situación jurídica
	• Fecha de inicio: 28-11-2014. • Denunciante: V1. • Delito: Homicidio culposo con la agravante de responsabilidad profesional. • Víctima: V1 y V2. • Probables responsables: AR1, AR2 y AR3. • Fecha de consignación: 29-09-2017.
Causa Penal	Situación jurídica
	• Fecha de radicación de la Averiguación Previa: 05-10-2017. • Delito: Homicidio culposo con la agravante de responsabilidad profesional. • Víctima: V1 y V2. • Procesados: AR1, AR2 y AR3. • El 10-10-2017 el Juez negó la orden de aprehensión, por lo que el Ministerio Público de la Federación interpuso recurso de apelación. • El 13-08-2018, un Tribunal Unitario de Circuito, revocó la resolución impugnada y ordenó la aprehensión correspondiente. • El 15-08-2018, se cumplimentó la orden de aprehensión en contra de AR3, a quien se le dictó auto de formal prisión el 18 de ese mismo mes y año. • El 30-08-2018 se dictó auto de formal prisión en contra de AR1. • El 26-09-18 y 23-10-18, en el Toca Penal 2 y Toca Penal 3, un Tribunal Unitario de Circuito, confirmó las resoluciones de término constitucional de 18 y 30 de agosto de ese mismo año, dictadas en contra de AR3 y AR1, respectivamente. • Estado actual: Período de instrucción, sin que al momento en que se emite la presente Recomendación, se haya cumplimentado la orden de aprehensión en contra de AR2.

IV. OBSERVACIONES

57. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/1007/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital General de Subzona 26, en agravio de V1 y V2:

57.1. A la protección de la salud de V1 y V2.

57.2. A la vida en agravio de V2.

57.3. Al principio de interés superior de la niñez.

57.4. A una vida libre de violencia obstétrica de V1.

57.5. Al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1.

58. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

59. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

60. La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes vigente al momento de los hechos, en el artículo 28 decretaba que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud y que las autoridades federales se mantendrán coordinadas a fin de reducir la mortalidad infantil, asegurarles asistencia médica y sanitaria, así como a ofrecer atención pre y post natal a las madres.

61. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.⁵

62. Al respecto, este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15 *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró 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 garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.⁶

⁵ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

⁶ CNDH. “III. Observaciones”, p. cuatro.

63. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que *"(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"*.

64. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que *"toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada mediante medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*.

65. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con *"a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...)"*.

66. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *"(...) 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. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...)"*

aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).⁷

67. El párrafo 7 de la Observación General No. 15⁸ del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “(...) *El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (...)*”, a su vez, en el párrafo 25, indica que “(...) *Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...)*”.

68. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“*Protocolo de San Salvador*”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

69. Respecto al derecho a la protección de la salud, en relación con la salud reproductiva, el párrafo 27 de la Recomendación General 24 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, reconoce que “(...) *es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad*

⁷ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

⁸ “*Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 17 de abril de 2013.

gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.

70. En los párrafos 180 y 181 de la Recomendación General 31/2017 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*, se estableció que existe interrelación del binomio materno-infantil, por tanto *“la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”* y el *“personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para [dicha] atención”* y mantener una adecuada vigilancia obstétrica a fin de que se detecten y, en su caso, se prevengan los factores de riesgo en dicho binomio.

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

⁹ OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

72. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”¹⁰ estableció que “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

73. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del Hospital General de Subzona 26, no consideraron su calidad de garantes en la atención médica brindada a V1 y V2 previstas en las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida de la segunda en mención.

74. Previo al análisis de las acciones y omisiones del personal médico que intervino en la atención médica de V1 y V2, se detallarán los antecedentes prenatales de V1.

❖ Atención médica prenatal de V1 en la Unidad de Medicina Familiar 7, en Cabo San Lucas, Baja California Sur.

75. De la información aportada por el IMSS a este Organismo Nacional, mediante oficio de 6 de abril de 2016, se advirtió que en el control prenatal de V1 se estableció como fecha probable de parto el 27 de diciembre de ese mismo año.

¹⁰ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

76. Del 16 de mayo al 20 de diciembre de 2013, V1 acudió a diecisiete citas, las cuales personal médico de este Organismo Nacional esquematizó de la siguiente manera:

Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fecha	16/05	23/05	06/06	19/06	03/07	18/07	08/08	22/08	02/09
Semanas de gestación	8	9.1	11	12	14	17	20	22	23
Peso	datos de identificación								
Tensión arterial	100/70	100/70	100/70	100/60	100/70	100/70	110/70	100/60	100/70
Fondo uterino	datos de identificación								
Presentación	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FCF Frecuencia cardíaca Fetal	-----	-----	-----	-----	-----	-----	148 x'	144 x'	140 x'
Movimientos Fetales	-----	-----	-----	-----	-----	-----	Sí	Sí	Sí
Vitaminas	Ácido Fólico	Ácido fólico							
Exámenes	Sol.	22/05							

Consulta	10	11	12	13	14	15	16	17
Fecha	03/10	17/10	31/10	14/11	19/11	03/12	11/12	20/12
Semanas de gestación	27	29	31	33	34	36	37	39
Peso	datos de identificación							
Tensión arterial	100/60	100/70	100/60	100/70	100/70	100/10 (sic)	10/10 (sic)	100/70
Fondo uterino	datos de identificación							
Presentación	Trans- versa	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FCF Frecuencia cardíaca Fetal	144 x'	150 x'	-----	144 x'	146 x'	144 x'	144 x'	148x'
Movimientos Fetales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Vitaminas	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Exámenes	-----	-----	-----	Sol.	-----	-----	-----	-----

77. En dicho oficio, se indicó que personal médico del IMSS elaboró una opinión médica técnica en torno a la atención prenatal de V1, en los siguientes términos:

*“(...) paciente embarazada con **alto riesgo obstétrico de 9.0** desde el inicio del embarazo por factores **de antecedentes no modificables**. 01 cesárea, 01 aborto, parto pretérmino por ruptura de membranas. Sin embargo, durante el transcurso del embarazo no hubo modificaciones de riesgo obstétrico, cursó sin infecciones genitourinarias, sin alteración de resultados de laboratorio y/o alteración de ultrasonidos obstétricos. Su evolución fue normal durante el período de control prenatal. Sin presentar elevaciones de la presión arterial, sin ganancia de peso excesivo, etc. (...)”.*

78. En ese sentido, personal médico de este Organismo Nacional opinó que las semanas de gestación por fecha de última menstruación coinciden con las reportadas en los ultrasonidos obstétricos realizados a V1, sin que sea posible establecer si las valoraciones médicas realizadas durante dicho control prenatal se apegaron a las normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica aplicables al caso en particular, porque los datos que se obtuvieron de las notas de control prenatal y riesgo obstétrico, se encontraron ilegibles por mala técnica de fotocopiado (lo cual será motivo de análisis en el apartado correspondiente al expediente clínico).

79. No obstante, del dictamen médico institucional de 10 de agosto de 2016 emitido por la CONAMED y del dictamen médico de 1º de junio de 2017, elaborado por perito médico oficial de la Procuraduría General de Justicia del

Estado de Baja California Sur, se determinó que durante el control prenatal de V1, no hubo elementos de mala práctica aunado a que durante dicho período neonatal no se documentó ninguna alteración en el *“feto”* o la presencia de datos de sufrimiento fetal, que indicaran necesidad de interrupción inmediata del embarazo.

80. A continuación, se valorarán las irregularidades en la atención médica de V1 y V2 por personal médico adscrito al Hospital General de Subzona 26.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, por inadecuada atención médica atribuible a personal del Hospital General de Subzona 26

❖ Atención médica de V1

81. De la queja presentada por V1 ante este Organismo Nacional, se advirtió que el 25 de diciembre de 2013, sintió *“dolores de parto”* y debido a que estaba por *“dar a luz”* a su bebé, acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Subzona 26, donde llegó a las 07:00 horas aproximadamente.

82. Después de esperar 40 minutos aproximadamente, esto es, como a las 07:40 horas, personal médico -de quien se desconocen datos-, le informó que: *“(…) tenía una dilatación, me pidieron que regresara a mi casa y que volviera cuando me diera más dolor (...)”*.

83. De las evidencias con que se cuenta, no se encontró documentada dicha nota médica matutina, lo que será motivo de análisis por este Organismo Nacional, en el apartado correspondiente al expediente clínico.

84. Del dictamen médico institucional de la CONAMED, se advirtió la valoración de una nota de urgencias de las 08:45 horas del 25 de diciembre de 2013, en la que se anotó lo siguiente:

84.1. V1 acudió porque *“traía dolor”* y por fecha de última menstruación se asentó que contaba con 40 semanas de gestación, aun cuando la edad gestacional correcta era de 39.5 semanas.

84.2. Refirió haber iniciado *“5 horas atrás”* con dolores de trabajo de parto, los cuales habían aumentado de intensidad y frecuencia, que percibía movimientos fetales constantes y no presentaba pérdidas transvaginales.

84.3. A la exploración física, se le reportó con útero gestante con *“feto”* único, cefálico, con frecuencia cardiaca de 142 latidos por minuto.

84.4. No se realizó tacto vaginal, pero, se aportó que estaba en trabajo de parto.

84.5. A las 09:45 horas del mismo 25 de diciembre de 2013, V1 ingresó a tococirugía, donde se le reportó con signos vitales normales.

84.6. El registro tococardiográfico (tomado a las 09:53 horas) conocido como prueba de bienestar fetal (permite establecer si hay datos de bienestar fetal o no), resultó reactivo.

84.7. En ese momento el “feto” tenía una frecuencia cardiaca de 150 latidos por minuto, presentaba movimientos fetales y V1 presentaba contractilidad uterina irregular.

84.8. A la exploración vaginal, se encontró cérvix posterior formado con un centímetro de dilatación y expulsión de tapón mucoso.

84.9. Se determinó que V1 se encontraba en la denominada fase de “*prodromos de trabajo de parto*”, esto es, una fase previa al verdadero trabajo de parto, por lo cual se le indicó que regresara a su domicilio y acudiera en tres horas a revaloración.

85. Con dichos antecedentes, la CONAMED advirtió omisión en el diagnóstico oportuno de compromiso de bienestar fetal desde las 09:45 horas del 25 de diciembre de 2013, y por tanto, elementos de mala práctica por parte del personal médico que realizaron el trazo de las 09:53 horas en el partograma -de quienes se desconocen datos-, debido a que ello permitió la progresión en el deterioro del bienestar fetal y que a su consideración condicionó el síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial que contribuyó en el fallecimiento de V2, lo cual deberá ser investigado para que se determine la responsabilidad correspondiente.

86. A las 15:00 horas del mismo 25 de diciembre de 2013, V1 regresó al servicio de urgencias, donde AR4 asentó en su nota médica que ocho horas antes ya

había acudido a valoración y regresó por dolor obstétrico de 24 horas de evolución y movimientos fetales disminuidos, sin síntomas de vasoespasmo (sin dolor de cabeza repentino, zumbido de oídos o alteración de la visión).

87. A la exploración física la reportó con tensión arterial de 110/70 mmHg., 70 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto, afebril, neurológicamente íntegra, campos pulmonares sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de útero gestante con altura de fondo uterino de 33 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, tacto vaginal con cérvix anterior y un centímetro de dilatación, extremidades sin alteraciones por lo cual la diagnosticó con: *“embarazo de 39.5 semanas de gestación con trabajo de parto en fase activa y cesárea previa”*.

88. Como a las 17:15 horas, cuando V1 ya se encontraba en tococirugía, AR1 indicó que había acudido por dolor tipo cólico de moderada intensidad en hipogastrio (región media anterior e inferior del abdomen) e irradiado a región lumbar, acompañado de actividad uterina de 16 horas de evolución.

89. A la exploración física la encontró con signos vitales dentro de parámetros aceptables, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante con *“feto”* único vivo, cefálico, frecuencia cardiaca fetal de 136 latidos por minuto, actividad uterina regular, cérvix con dos centímetros de dilatación, 50% de borramiento, membranas íntegras, pelvis útil y extremidades sin edema.

90. La prueba sin estrés o de bienestar fetal “PSS” demostró que el producto de la gestación cursaba con alteraciones, por lo cual le pasó solución glucosada e indicó que permaneciera en posición decúbito lateral izquierdo (maniobras de reanimación *in útero*), diagnosticándola con “*embarazo de 39.5 semanas, cesárea previa, trabajo de parto fase latente, PSS no reactiva*”.

91. Le indicó ayuno, soluciones parenterales (glucosada 500 ml. en carga y Hartman 1000 ml. para 8 horas), permanecer en posición decúbito lateral izquierdo con oxígeno por puntas nasales, vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina, monitorización continua, estudios preoperatorios y pruebas cruzadas.

92. En opinión de este Organismo Nacional, cuando AR1 verificó el resultado de la prueba de bienestar fetal, debió prolongar dicha prueba 20 a 30 minutos más con estimulación fetal para que valorara el progreso de parto y si continuaba “*no reactiva*”, esto es, alterada, debió haber ordenado la finalización del embarazo y no limitarse a indicarle a V1 el cambio de posición y ministración de glucosa intravenosa como aconteció.

93. En similar omisión incurrió AR2, por que como a las 20:50 horas de esa misma fecha, ordenó que se continuara con la ministración de solución glucosada para 8 horas y dos ámpulas de “*butilhioscina*” vía intramuscular, sin que en opinión de este Organismo Nacional, registrara su evolución y la del producto de la gestación con cifras tensionales, actividad uterina, frecuencia cardíaca fetal, presencia de movimientos fetales, y en su caso, la realización de un tacto vaginal para que pudiera valorar su dilatación y borramiento cervical.

94. AR2 desestimó el resultado de la prueba de bienestar fetal que AR1 había realizado en un turno previo, si lo hubiera considerado, habría advertido que V1 cursaba con trabajo de parto estacionario (prolongado), lo cual era indicativo de interrupción del embarazo vía abdominal.

95. En el *“formato de vigilancia y atención del parto”*, se advirtió que en el partograma, el primer registro de la frecuencia cardíaca fetal se recabó hasta las 21:30 horas del 25 de diciembre de 2013, lo que significa que AR1 omitió dicho registro durante su turno laboral a pesar de que la prueba de bienestar fetal resultó con alteración, en tanto, AR2 lo realizó hasta las 20:50 horas, sin considerar que se había ordenado la vigilancia estrecha de la paciente y que conforme a la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo y del recién nacido”*, vigente al momento de los hechos, dicha valoración tuvo que haberse realizado cuando menos cada 30 minutos.

96. AR2 durante el turno nocturno -sin que se pudiera establecer la hora-, reportó a V1 con dolor obstétrico moderado y movimientos fetales, sin síntomas de vasoespasmo, tensión arterial 120/80 mmHg., 80 latidos por minuto, 20 latidos por minuto, 36°C de temperatura, consciente, con buena coloración de piel y tegumentos, útero gestante con producto único vivo longitudinal, dorso a la izquierda, frecuencia cardíaca fetal de 131 latidos por minuto, actividad uterina irregular, al tacto vaginal cérvix con 2 centímetros de dilatación, 50% de borramiento, cefálico, amnios íntegro, pelvis útil y extremidades sin alteraciones.

97. Agregó que la nueva prueba de bienestar fetal de V1 resultó reactiva, con frecuencia cardíaca fetal basal de 131 latidos por minuto, variabilidad tipo II, esto

es, con desaceleraciones tardías de 20 a 60 segundos después del acmé de la contracción (punto más alto o de mayor intensidad), lo cual indicaba que el “feto” tenía bajas reservas de oxígeno con PO₂ (presión parcial de oxígeno) próxima al nivel crítico, sin ascensos ni descensos, limitándose a establecer la continuación de la vigilancia del trabajo de parto.

98. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se resaltó que AR2 no consideró que AR1 había reportado desde las 17:15 horas, que V1 presentaba dos centímetros de dilatación cervical, misma dilatación que la propia advirtió AR2 en su revisión nocturna, lo que demostraba que el trabajo de parto no había progresado de manera satisfactoria.

99. El 26 de diciembre de 2013 -sin que se pudiera precisar la hora por ser ilegible-, AR2 reportó que la frecuencia cardíaca fetal había descendido hasta 67 latidos por minuto con la contracción uterina, recuperando hasta 118 latidos por minuto con actividad uterina irregular, indicó que al tacto vaginal cérvix había 3 centímetros de dilatación, cuello grueso 50-60% de borramiento, producto cefálico, abocado, amnios íntegro, pelvis útil y extremidades sin alteraciones.

100. AR2 indicó que presentaba sufrimiento fetal agudo y ordenó su pase inmediato a quirófano para una cesárea ante su estado delicado de salud.

101. Al respecto, este Organismo Nacional asume que dicha circunstancia pudo haberse evitado si desde las 17:15 horas a V1 se le hubiera proporcionado vigilancia estrecha con monitoreo continuo para verificar el seguimiento de las condiciones fetales; o en su caso, haber solicitado un ultrasonido obstétrico para

105. Al respecto, la CONAMED estableció que AR2 durante el traslado de V1 a quirófano debió darle medidas de reanimación fetal *in útero* -aun cuando AR1 las hubiera administrado horas previas- para que cuando el “feto” fuera extraído se encontrara parcialmente recuperado.

106. A las 00:15 horas del 26 de diciembre de 2013, AR2 le realizó a V1, una cesárea tipo “Kerr” y a las 00:42 horas obtuvo a la persona recién nacida del sexo femenino, viva, quien requirió maniobras de reanimación avanzada por haber presentado hallazgos de líquido meconial espeso +++, mientras llevaba a cabo el alumbramiento dirigido con revisión de cavidad uterina y colocación de dispositivo intrauterino “DIU”.

107. En la opinión médica de este Organismo Nacional se indicó que las condiciones en que se obtuvo a V2 y el hecho de que presentara líquido meconial espeso acreditaron el sufrimiento fetal agudo desde las 17:15 horas del 25 de diciembre de 2013, es decir, desde que AR1 reportó la prueba de bienestar fetal “no reactiva”, se agregó que la literatura médica especializada vigente, recomienda que “*un reporte anormal del monitoreo cardiotocográfico deberá ser considerado por el médico*”, lo cual no aconteció ya que como se demostró AR1 ni AR2 llevaron a cabo la vigilancia estrecha del trabajo de parto de V1, ni mucho menos consideraron la finalización del embarazo vía abdominal desde un primer momento, lo que hubiera evitado el posterior deceso de V2.

108. A las 02:00 horas del 26 de diciembre de 2013, V1 ingresó a piso, con diagnóstico de: “*puerperio quirúrgico más DIU (dispositivo intrauterino)*” y pronóstico reservado a evolución.

109. A las 17:00 horas de esa misma fecha, se le retiró la sonda urinaria debido a que no presentaba complicaciones inmediatas y toleraba la deambulaci3n y la v3a oral y ante su evidente mejor3a, el 27 de diciembre de 2013, se orden3 su egreso.

110. Enseguida ser3 valorada la atenci3n m3dica que fue proporcionada a V2 con motivo de su nacimiento.

❖ Atenci3n m3dica de V2

111. V2 naci3 a las 00:42 horas del 26 de diciembre de 2013, por lo que AR2 la entreg3 al pediatra AR3, quien la recib3 no reactiva, fl3cida, bradic3rdica, sin automatismo respiratorio y con l3quido meconial +++++ como "narraci3n hechos" lo que amerit3 que de manera inmediata le realizara en dos ocasiones aspirado directo de tr3quea -con abundante meconio- y le diera maniobras avanzadas de reanimaci3n con masaje cardiaco e intubaci3n endotraqueal.

112. AR3 le aplic3 tres dosis de "adrenalina" intratraqueal hasta que V2 present3 latidos cardiacos y automatismo respiratorio, le retir3 el tubo endotraqueal y la report3 con calificaci3n de Apgar al nacimiento "0", al minuto "0" y a los cinco minutos "7".

113. A la exploraci3n f3sica, AR3 la report3 con peso de [datos de identificaci3n] gramos, talla [datos de identificaci3n] cent3metros, per3metro cef3lico [datos de identificaci3n] cent3metros, per3metro tor3cico [datos de identificaci3n] cent3metros, per3metro abdominal [datos de identificaci3n] cent3metros y pie de [datos de identificaci3n] cent3metros.

114. A las 01:45 horas del mismo 26 de diciembre de 2013, AR3 encontró a V2 hipoactiva (cansada), hiporreactiva (deprimida), datos de postmadurez -sin especificar-, con dificultad respiratoria, calificación de Silverman Andersen 3-4 (dificultad respiratoria “moderada”), fontanela anterior normotensa, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, abdomen blando sin megalias, cordón umbilical impregnado de meconio, dos arterias y una vena, extremidades hipoactivas, llenado capilar adecuado y sin cianosis, por lo cual la diagnosticó como: “*recién nacido* [datos de identificación] *eutrófico* [peso y talla adecuados para su edad], *postmaduro*, *hipoxia neonatal severa*, *probable SAM* (síndrome de aspiración de meconio)” y la reportó grave.

115. AR3 ordenó que V2 pasara a cuneros para su manejo y vigilancia, donde la mantendrían en ayuno con soluciones parenterales, calcio en incubadora a eutermia, oxígeno a 4 litros por minuto, posición semifowler-Rossier (decúbito dorsal con la cabecera elevada a 45° con el cuello en hiperextensión).

116. Solicitó una radiografía de tórax y paraclínicos, esto es, estudios de laboratorio y le inició doble esquema antibiótico “*ampicilina*” y “*amikacina*” con control de líquidos, toma de signos vitales cada hora y vigilancia del incremento de la dificultad respiratoria.

117. Ante la evolución al deterioro del estado de salud de V2 -sin que se conozca la hora-, AR3 solicitó interconsulta urgente con el servicio de neonatología del Hospital General de Zona 1 en La Paz, Baja California Sur, para su tratamiento especializado.

118. Sin embargo, V2 súbitamente presentó sangrado activo por narinas y boca, bradicardia y cianosis distal, por la cual AR3 le realizó aspirado de boca y nariz e intubación endotraqueal, pero continuó con bradicardia, le dio compresiones torácicas y 5 dosis de “adrenalina” intratraqueal, sin que respondiera, por lo cual terminó su reanimación cardiopulmonar y declaró como hora de su desafortunado deceso, las narración hechos horas del mismo 26 de diciembre de 2013.

119. En el certificado de defunción se señaló como causas del deceso de V1: *“síndrome de aspiración meconial y sufrimiento fetal agudo”*.

120. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se resaltó que aun cuando AR3 le brindó a V2 de manera oportuna maniobras de reanimación avanzada ante su comprometido estado de salud, omitió su vigilancia estrecha en el servicio de cueros al no contarse con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, debido a que presentó complicaciones a nivel pulmonar que no fueron advertidas ni manejadas en tiempo y forma.

121. Se agregó que desde el punto de vista médico forense, el síndrome de aspiración de meconio y el sufrimiento fetal agudo son entidades clínicas de alta morbimortalidad asociadas a asfixia neonatal en embarazos a término o cercanos al término; circunstancias que pudieron haberse prevenido y advertido por AR1 y AR2, quienes omitieron considerar que desde que V1 llegó a tococirugía ya presentaba movimientos fetales lentos y si bien es cierto, ordenaron su vigilancia estrecha, ello no aconteció como se demostró con el registro en el partograma y el sufrimiento fetal agudo que presentó, lo que en su conjunto condicionó el estado de salud en que AR2 recibió a V2 a su nacimiento en un primer momento.

122. La CONAMED apuntó que, de acuerdo a los protocolos de reanimación neonatal, la persona recién nacida con aspiración de líquido meconial, requiere intubación por el alto riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar, así como por las consecuencias de la presencia de meconio a nivel respiratorio, por lo cual AR3 no debió extubarla y menos aún pasarla al área de cuneros para su manejo y vigilancia, puesto que debió ordenar su inmediato traslado a una Unidad con Cuidados Intensivos Neonatales para su seguimiento clínico, debido a que su determinación agravó su condición respiratoria que contribuyó en su deceso.

123. En ese sentido, en la Averiguación Previa obran las declaraciones del personal médico involucrado, de lo que se advirtió que AR1 indicó que se desempeñaba como médico con especialidad en ginecología y en cuanto a la atención médica que le otorgó a V1 refirió lo siguiente:

123.1. Recibió a V1 a las 17:15 horas del 25 de diciembre de 2013, procedente del servicio de urgencias con diagnóstico de: *“embarazo de 39.5 semanas, trabajo de parto en fase activa y cesárea previa”*.

123.2. No contaba con información de sus antecedentes y evolución del embarazo debido a que su expediente clínico se encontraba en el archivo clínico y era un día festivo.

123.3. Ordenó una prueba de bienestar fetal, esto es, *“prueba sin stress”* con duración de 40 minutos.

123.4. A las 17:50 horas -mientras estaba en la prueba- se le requirió en la sala de expulsión, donde terminó a las 18:30 horas.

123.5. A su regreso se percató que la referida prueba mostraba un trazo no reactivo, por lo que diagnosticó a V1 como: *“multigesta con embarazo de término en fase latente del trabajo de parto y cesárea anterior con trazo no reactivo”*.

123.6. Inmediatamente indicó que se le mantuviera en posición de *“semiflower”* (acostado en un ángulo de 45º) en decúbito lateral izquierdo, oxígeno por puntas nasales de 5 litros por minuto y una carga rápida de solución glucosada al 10% de 500 C.C., los cuales pasan como en 30 minutos (medidas de reanimación in útero).

123.7. A las 20:15 horas le realizó una nueva prueba de bienestar fetal, pero como a las 08:30 horas la entregó al siguiente turno cuando se encontraba en proceso de dicha prueba, siendo toda su intervención.

124. En esa misma fecha, 21 de abril de 2015, AR3 declaró que se desempeñaba como médico con especialidad en pediatría y en cuanto a la atención médica de V1, indicó lo siguiente:

124.1. El 26 de diciembre de 2014, acudió a una cesárea de urgencia por sufrimiento fetal agudo donde recibió a V2 con líquido meconial espeso *“como datos de identificación”* sin automatismo respiratorio, no vigoroso y con bradicardia.

124.2. De inmediato le realizó aspiración directa de tráquea en dos ocasiones, obtuvo líquido meconial espeso, inició con maniobras avanzadas de reanimación e intubación endotraqueal y masaje cardiaco, aplicándole tres dosis de “*adrenalina*” intratraqueal.

124.3. V2 aumentó su frecuencia cardiaca y presentó automatismo respiratorio, calificándola con el test de Apgar de “0” al minuto, “0” a los 5 minutos y “7” a los 10 minutos; posteriormente la pasó al área de cuneros para su vigilancia porque ya tenía frecuencia cardiaca mayor de 100 latidos por minuto, respiraba por sí sola y con coloración rosada de la piel, por lo que le retiró el tubo endotraqueal.

124.4. En el área de cuneros V2 presentó sangrado por nariz y boca, cayó en paro cardiorrespiratorio sin que respondiera a las maniobras avanzadas de reanimación e intubación endotraqueal, por lo que falleció a las narración de hecho horas del día en mención”.

125. El 24 de abril de 2015, AR2 declaró que se desempeña como médico especialista en ginecología y obstetricia; respecto a la atención médica de V1, precisó lo siguiente:

125.1. A las 20:30 horas del 25 de diciembre de 2013, recibió a V1 y por el método de observación y revisión física se percató que se encontraba en trabajo de parto.

125.2. A las 23:15 horas, la reportó con frecuencia cardíaca fetal normal, de 135 latidos por minuto, después de 130 latidos por minuto y 3 centímetros de dilatación.

125.3. A las 00:20 horas, se escuchó el monitor con descenso súbito de la frecuencia cardíaca fetal hasta 67 latidos, recuperándose hasta 118, por lo que la pasó de inmediato a quirófano previa explicación de lo que ocurría.

125.4. Se obtuvo a V2 en apnea, flácida, viva, con sangre aun en el cordón umbilical, percibiendo la pulsación del cordón al momento del corte y líquido meconial.

125.5. La entregó inmediatamente a AR3, quien le dio maniobras básicas y avanzadas de reanimación, requiriendo intubación endotraqueal, a lo cual V2 respondió favorablemente, por lo que considera que su labor ginecológica se realizó correctamente.

126. Las declaraciones ministeriales que anteceden demostraron que a pesar de que AR1, AR2 y AR3 justificaron su intervención en la atención médica de V1 y V2, sin embargo, AR1 y AR2 no explicaron la razón por la cual no consideraron que con motivo de la sintomatología de V1, lo recomendable era la finalización del embarazo vía abdominal para que no se provocara sufrimiento fetal agudo a V2.

127. En tanto, AR3 tampoco explicó el motivo por el cual no le brindó a V2 una adecuada vigilancia estrecha antes de que solicitara su interconsulta a la unidad de cuidados intensivos neonatales a diverso nosocomio.

128. Las omisiones en la atención médica de V1 y V2 por parte del personal médico que nos ocupa, se corroboraron con la determinación de la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS, quien sancionó administrativamente a AR1, AR2, AR3 y AR4, en tanto el OIC del IMSS, impuso como sanción administrativa la suspensión de los empleos, cargos o comisiones de AR1, AR2 y AR3, por un período de tres días.

129. A su vez, el dictamen médico institucional de la CONAMED de 10 de agosto de 2016 y el dictamen médico de 1º de junio de 2017, elaborado por personal médico de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur, determinaron la responsabilidad de AR1, AR2 y AR3 en la atención médica de V1 y V2, como quedó acreditado.

130. Derivado de lo anterior, AR1, AR2 y AR3 violentaron el derecho a la protección a la salud de V1 y V2 porque las dos primeras, incumplieron con los puntos 5.4.1.5 y 5.4.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo y del recién nacido”*, vigente al momento de los hechos, en los que se establecía que las unidades de atención médica deben contar con lineamientos para la indicación de la cesárea y para el uso racional de la cardiotocografía y el ultrasonido.

131. Sin dejar de considerar que dicha normatividad reconoció en su texto introductorio, que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud del binomio materno-fetal pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para su atención, como el

enfoque de riesgo y realización de actividades eminentemente preventivas para favorecer el desarrollo normal de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones para la sobrevivencia materno-infantil.

132. A su vez, la Guía de Práctica Clínica de *“Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”* del Consejo de Salubridad General, establece que el médico tratante tiene la obligación de mantener la vigilancia estrecha de la actividad uterina, foco fetal, dilatación cervical y para el caso de que el trabajo de parto no evolucione normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), inclusive está indicado su manejo activo con *“oxitócicos”* o *“amniotomía”*, esto es, ruptura artificial de las membranas para inducir o acelerar el parto, lo que no contempló AR1 ni AR2.

133. AR1, AR2 y AR3 incumplieron en el desarrollo de sus funciones con el punto 4.1.1 de la norma oficial mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, vigente al momento de los hechos, así como con los artículos 72 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los cuales definen que una urgencia es todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, por lo que requiere de atención inmediata, aunado a que los responsables están obligados a adoptar medidas para disminuir la morbimortalidad materno infantil, situación que en el caso particular tampoco sucedió.

134. También vulneraron el artículo 33, fracción II de la Ley General de Salud, que establece que en las actividades de atención médica curativa se debe efectuar un diagnóstico temprano para que se brinde tratamiento oportuno; en tanto sus artículos 51 y 61, alude a que las personas usuarias deben obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, atención profesional, éticamente responsable, y en tratándose de atención materno-infantil, deberán atender la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto de la gestación, lo que no aconteció.

135. Al respecto, el artículo 24.2, inciso a) y d) de la Convención sobre los Derechos del Niño, establece la obligación del Estado para reducir la mortalidad infantil y asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada, sin que en el caso particular los médicos tratantes, cumplieran con ello.

136. El manejo médico que AR1, AR2 y AR3 brindaron a V1, evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas de V1 para determinar su diagnóstico certero que evitara el sufrimiento fetal de V2, por lo cual debieron apegarse a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en acciones o conductas omisas ya que al no hacerlo, ocasionó la afectación a la salud de V1 y V2, así como la posterior pérdida de la vida de ésta a escasas horas de su nacimiento (nació a las 00:42 horas y falleció a las narración hechos horas del 26 de diciembre de 2013), como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA

137. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en los artículos 22 y 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

138. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).**”*¹¹

(Énfasis añadido).

139. El artículo 6, puntos 1 y 2, de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

¹¹ Tesis constitucional *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero 2011, registro 163169

140. Dicho derecho humano también se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquéllos que se encuentren bajo su jurisdicción.

141. Al respecto el inciso D, punto 16, de la Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el *“derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”*, refiere como obligación del Estado determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños.

142. La CrIDH ha establecido que *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”*¹²,

¹² “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”.¹³

143. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), 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 adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.¹⁴

144. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana¹⁵. La protección del derecho a la vida de las mujeres en el ámbito materno-infantil, implica la obligación de todas las autoridades de garantizar al binomio materno-infantil, el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud y realizar todas las medidas necesarias para evitar las muertes neonatales derivadas de inadecuadas atenciones médicas.

¹³ “Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, párrafo 48.

¹⁴ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

¹⁵ “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 117.

145. 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 personal médico del Hospital General de Subzona 26 constituyen el soporte que acreditó la violación al derecho humano a la vida de V2.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V2

146. V2 falleció a las 4:05 horas del 26 de diciembre de 2013 y de acuerdo a la información asentada en el certificado de defunción, las causas que provocaron su deceso fueron: “a) [REDACTED] y b) [REDACTED] [REDACTED]”.

147. En ese sentido, este Organismo Nacional asume que derivado de la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1, el 26 de diciembre de 2013, V2 presentó [REDACTED], lo que motivó su ingreso a [REDACTED] para una [REDACTED].

148. Dicha circunstancia ocasionó que V2 naciera en malas condiciones generales, a grado tal que AR3 reportó que su calificación de Apgar era: al nacimiento [REDACTED], al minuto [REDACTED] y a los cinco minutos [REDACTED] lo que ameritó maniobras de reanimación avanzada y ventilación mecánica invasiva, medidas que en un primer momento le proporcionó mejoría a V2, sin embargo, en el transcurso de las horas su estado de salud evolucionó al deterioro hasta que falleció ante la evidente falta de vigilancia estrecha de AR3 y al no haber sido trasladada oportunamente a una sede hospitalaria con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

149. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se estableció que si AR1 y AR2 le hubieran realizado la cesárea a V1 oportunamente, el pronóstico y sobrevida de V2 hubiera sido positivo; pero las omisiones en su atención médica y la falta de vigilancia estrecha por parte de AR3 desencadenaron las complicaciones causantes de su deceso a pocas horas de su nacimiento.

150. Dicha Opinión Médica es congruente con el dictamen médico institucional de la CONAMED y el dictamen médico emitido en la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur, en los que se estableció que el fallecimiento de V2 se debió a los múltiples elementos de mala práctica advertidos desde las 09:45 horas del 25 de diciembre de 2013 hasta la atención que AR4 le brindó a V2, en el entendido que todos los médicos contribuyeron en su desafortunado deceso, sin que sea posible establecer en qué grado.

151. Es así como AR1, AR2 y AR3 vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas transgredieron el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de los que deriva su responsabilidad al no haber dado a V1 una atención de salud profesional, oportuna y de calidad para la sobrevivencia de V2.

C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

152. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que

prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

153. El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

154. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales, en ese sentido, en el artículo 3.1 establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

155. En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que *“Todo niño tiene derecho, (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

156. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha considerado que en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, *“(...) se deberán evaluar y ponderar las posibles*

repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...), el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también (...) los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...).¹⁶

157. El artículo 3, incisos A) y F), de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, aplicable al momento de los hechos, establecía como dos principios rectores en la protección de sus derechos el “*interés superior de la infancia*” y la “*corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad*”.

158. La Observación General 14 sobre “*el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*” del Comité de los Derechos del Niño

¹⁶ Tesis constitucional “*Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte*”. Semanario Judicial de la Federación, 6 de enero de 2017, y registro: 2013385.

de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1),¹⁷ señala que *“La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral (...) del niño y promover su dignidad humana (...)”*.

159. La Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el *“derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”*, establece que *“(...) El artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, (...) a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños (...)”*.

160. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, apunta que todo niño debe recibir *“(...) las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”*.

161. La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala que la infancia tiene *“derecho a cuidados y asistencia especiales”*.

162. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: *“(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que*

¹⁷ Introducción, inciso A, párrafo 5.

corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...).¹⁸

163. Esta Comisión Nacional considera que V2 formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad desde su nacimiento, lo que obligaba a AR1, AR2 y AR3 a prever la necesidad imperante de protección y cuidados especiales para V1, como pudo haber sido la interrupción del embarazo con motivo de la sintomatología presentada para el bienestar del binomio materno-fetal y cuando V2 nació debieron establecer su vigilancia estrecha, o haberla trasladado al siguiente nivel de atención médica para el restablecimiento de su salud, lo que al no haber sucedido vulneró el principio de interés superior de la niñez como se analizará enseguida.

C.1 Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de V2

164. Este Organismo Nacional considera que con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR2 y AR3, se transgredió en agravio de V2 el interés superior de la niñez, debido a que los actos y omisiones realizados por dichas personas servidoras públicas ocasionaron la afectación a su derecho a la protección de la salud y a su vida como se constató.

¹⁸ “Caso González y otras Campo Algodonero Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

165. En ese sentido, la CrIDH ha establecido que el *“Estado debe prestar especial atención a las necesidades y a los derechos de los niños, en consideración a su condición particular de vulnerabilidad”*.¹⁹

166. En consecuencia, AR1, AR2 y AR3 vulneraron el interés superior de la niñez, al no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran a V2 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*²⁰ con la finalidad de generar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

167. En razón de lo expuesto, AR1, AR2 y AR3 transgredieron los derechos humanos de V1 y V2, a la protección de la salud, así como a la vida de esta última previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1º, 3, incisos A) y F), 4, 15, 20, 21, párrafo primero y 28, inciso B), de la entonces Ley para la Protección de los Derechos de

¹⁹ CrIDH, *“Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño”*. Opinión Consultiva OC-17/02, de 28 de agosto de 2002, párrs. 53, 54 y 60 y, *“Caso Chitay Nech y otros vs. Guatemala”*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párr. 164.

²⁰ Secretaría de Salud: *“Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”*, 2013, página 26.

las Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (*"Pacto de San José"*); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, XI y 51 párrafo primero, de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

168. También transgredieron los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, en los que se establece que los médicos serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, por lo que están obligados a procurar un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad y acordes al conocimiento científico vigente, lo cual no sucedió ante las irregularidades descritas y que trajo como consecuencia el fallecimiento de V2.

169. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales, en tratándose de niñas y niños, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, lo que en el presente caso AR1, AR2 y AR3 omitieron por las razones expuestas.

170. Para garantizar la adecuada atención médica a la niñez, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.²¹

171. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

172. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.2., cuya misión es: *“poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años”*.

173. Por tanto, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y de esta manera, se garantice una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para hacer frente a cualquier tipo de urgencia.

²¹ *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

D. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1

174. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en los artículos 35, y 46, fracciones II y X, indica que el Estado es responsable de brindar a través de las instituciones del sector salud, de manera integral e interdisciplinaria, la atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas para que se asegure que en la prestación de los servicios del sector salud se respeten sus derechos humanos, así como prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

175. La Ley General de Salud, en el artículo 61, fracción I, dispone que la atención materno fetal es de carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, parto y puerperio.

176. En la Recomendación General 31/2017, emitida por este Organismo Nacional el 31 de julio de 2017, se estableció que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer y conlleva, entre otros, la afectación al derecho humano a la integridad personal en su aspecto físico como psicológico.

177. En el párrafo 90, de la precitada Recomendación se establecieron dos modalidades de la violencia obstétrica: a) la física, se configura cuando “se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén

justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”; y b) la psicológica se presenta cuando el trato a la paciente es “(...) deshumanizado, grosero (...) cuando la mujer va a pedir asesoramiento, requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica (...).”

178. A nivel internacional, el artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda mujer en estado de gravidez tiene derecho a la protección, cuidados y ayuda especiales.

179. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (*“Convención de Belém Do Pará”*), establece en sus artículos 1, 3, 4, incisos a), 7, inciso a) y b), 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

180. Los artículos 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y 15.3, inciso a), del *“Protocolo de San Salvador”*, igualmente establecen la obligación del Estado para adoptar medidas que garanticen el acceso a la atención médica y ayudas especiales a la mujer durante el embarazo, parto y en el período posterior a éste.

181. La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica *“(...) el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (...) en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”*.²²

182. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”* indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a 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 (...)”*.²³

183. En la precitada Recomendación General 31/2017, se estableció que *“una de las consecuencias más graves de la violencia obstétrica, es la que tiene como resultado la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación,*

²² Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 28.

²³ *“Introducción”*, p. 4.

*situación que pudiera evitarse en algunas ocasiones con una atención médica oportuna”.*²⁴

184. En el párrafo 194 de la Recomendación 40/2018²⁵, se resaltó que esta Comisión Nacional observa con preocupación que la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que la gran mayoría de las mujeres que la viven, consideran que es “*normal*”, en tanto el personal médico que la genera no reflexiona si su proceder es adecuado en un marco de protección de los derechos humanos tanto de la mujer embarazada como del producto de la gestación.

185. La especial protección que deben gozar las mujeres embarazadas no sólo se encuentra establecida en instrumentos nacionales e internacionales, sino en normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica como referentes en la prestación de los servicios de salud materna, atención que en el caso concreto fue vulnerada por el personal médico que atendió a V1 el 25 de diciembre de 2013, quienes no priorizaron su sintomatología a fin de que se garantizara la vida de V2, como se señalará enseguida.

²⁴ CNDH., p. 196.

²⁵ “Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica y acceso a la información en materia de salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y la pérdida del producto de la gestación, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 del IMSS en Chetumal, Quintana Roo, así como al derecho de acceso a la justicia en agravio de V1 y V2”, de 24 de octubre de 2018.

D.1. Violación al derecho humano de V1 a una vida libre de violencia obstétrica.

186. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1 y AR2 omitieron proporcionarle a V1 la atención materna con calidad a la que tenía derecho desde su ingreso a tococirugía, AR4 desde las 15:00 horas aproximadamente, la canalizó a dicho servicio para que tuviera vigilancia del trabajo de parto que presentaba, tomando en consideración que V1 ocho horas antes ya había acudido a revisión y fue regresada a su domicilio, por lo que en esta segunda ocasión ya presentaba dolor obstétrico de 24 horas de evolución y movimientos fetales disminuidos, por lo cual AR4 la diagnosticó con: *“embarazo de 39.5 semanas, más trabajo de parto en fase activa”*, dichos factores fueron minimizados por AR1 y AR2 en sus diferentes turnos laborales, por lo siguiente:

186.1. AR1 atendió a V1 hasta las 17:15 horas del 25 de diciembre de 2013 y no obstante que la prueba sin estrés reportó que el producto de la gestación cursaba con alteraciones, sólo ordenó la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina y su monitorización.

186.2. Este Organismo Nacional advierte que no obra constancia que acredite que AR1 hubiera revalorado a V1, de las 17:15 a las 20:50 horas de ese mismo día, por lo cual se pudo establecer que no realizó nueva prueba de bienestar fetal, ni solicitó ultrasonido obstétrico ni mucho menos llevó a cabo la vigilancia estrecha de la paciente.

186.3. Concomitantemente, AR2 atendió a V1 a las 20:50 horas y pese a sus antecedentes, de la hoja de vigilancia y atención del parto se advirtió que recabó la frecuencia cardíaca fetal hasta las 21:30 horas.

187. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, no se contó con nota médica de valoración con la que se acredite que AR2 hubiera registrado la evolución de la paciente y del producto de la gestación, aunado a que desestimó el resultado de la prueba de bienestar fetal realizada en el turno previo, pues de haberlo hecho habría advertido que V1 cursaba con trabajo de parto estacionario (prolongado), indicativo de interrupción del embarazo por vía abdominal.

188. Tales situaciones ocasionaron que después de aproximadamente nueve horas -desde que V1 arribó al hospital por segunda ocasión, esto es, de las 15:00 horas del 25 de diciembre de 2013 a las 00:20 horas del 26 de ese mismo mes y año-, AR2 ordenara que su ingreso a quirófano para una cesárea de urgencia debido a que presentaba sufrimiento fetal agudo.

189. La demora en la atención oportuna y con calidad a que V1 tenía derecho, trascendió a la afectación de la salud de V2, quien a consecuencia del trabajo de parto prolongado y de la inadecuada vigilancia obstétrica, a su nacimiento requirió maniobras de reanimación avanzadas y ventilación mecánica invasiva, lo que pudo haberse evitado si se le hubiera realizado la cesárea de manera inmediata para su mejor pronóstico de sobrevivencia, por tanto, las acciones y omisiones de AR1 y AR2 se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de V1.

190. Al respecto, este Organismo Nacional tampoco pasa inadvertido las manifestaciones de V1 en su escrito de queja, refirió lo siguiente:

190.1. A pesar de que presentaba dolores reiterados y sentía que su bebé no se movía, AR2 en todo momento le decía que todo estaba bien, “(...) *que ella sabía lo que estaba haciendo y que ya sabía el momento en que el bebé nacería (...)*”.

190.2. En varias ocasiones sonó la alarma del aparato que le conectaron al vientre para monitorizar a su bebé, sin que alguien se acercara, pues tenía que gritar más fuerte de lo que el aparato sonaba para que la atendieran.

190.3. Solicitó que se le realizara una cesárea por la salud de su bebé, sin embargo, AR2 de “(...) *manera frívola y sin preocupación alguna me decía que todo estaría bien que me esperara más tiempo (...)*”.

190.4. A las 23:30 horas del mismo 25 de diciembre de 2013, continuaba con el mismo escenario, esto es, sin atención, sin cuidados, sin observación y sin intervención médica alguna, pues AR2 enviaba personal de enfermería para que la calmaran.

190.5. A lo lejos escuchaba risas, carcajadas y pláticas entre AR2 y demás personal que estuvo en ese turno, sin que se preocuparan por su salud ni por la de su bebé.

190.6. Como a las 00:30 horas aproximadamente del 26 de diciembre de 2013, el dolor era intenso y gritó: *“¡atiéndanme por favor, narración de hechos*

!”, sin que acudieran a verla.

190.7. Como a la una de la madrugada, el aparato hizo un ruido de alarma y cuando gritó para que la revisaran, una enfermera le habló a AR2 y escuchó que decían: *“(…) esto se complicó, el bebé ya no está respirando, lleva 10 minutos o más tiempo sin respirar (…)*”, siendo hasta ese momento cuando todos iban y venían alarmados y preocupados, pasándola a quirófano de urgencia.

190.8. Escuchó que AR2 dijo: *“(…) despierten al anestesiólogo porque tenemos una emergencia”*, minutos después perdió un poco la noción del tiempo hasta que escuchó la voz de un doctor que dijo: *“muchas felicidades su bebé ha nacido y se encuentra muy bien de salud”*.

190.9. Por su cabeza pasaban sentimientos y pensamientos de que algo estaba mal y no querían decirle la verdad, porque los había escuchado decir que su bebé ya no estaba respirando cuando todavía no la operaban.

190.10. Esos momentos fueron muy desgarradores llenos de angustia, tristeza y desesperación porque *“(…) a todos (…)* para que me *”y esperado mucho tiempo”* y fue hasta que las cosas se complicaron cuando la operaron.

191. Aunque de las declaraciones ministeriales de AR1 y AR2 analizadas previamente, se advirtió que dieron atención médica a V1 acorde a su sintomatología, el desenlace en la atención médica de V1 evidenció lo contrario, incluso cuando durante el control prenatal no presentó anomalía alguna.

192. Así, este Organismo Nacional considera que no proporcionaron atención médica materna de calidad, ya que desde que AR1 le realizó la prueba de bienestar fetal, evidenció alteraciones, que exigían un ultrasonido obstétrico para valorar la interrupción del embarazo, lo que provocó el deterioro de su salud y a la poste del sufrimiento fetal agudo que AR2 reportó, convalidándose así, la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y las condiciones de salud en las que se recibió a V2.

193. Dichas circunstancias derivaron en el desafortunado deceso de V2 y que en su conjunto es constitutivo de una forma de violencia obstétrica por inadecuada atención médica porque V1 permaneció varias horas en espera de la cirugía para la interrupción del embarazo, sin dejar de considerar que cursaba una situación especial de vulnerabilidad que la hacía merecedora de atención particular, oportuna y diligente tanto en la parte médica como en la humana, por lo que al no ser atendida a pesar de su solicitud, se le causó daño y sufrimiento que afectan su dignidad y genera responsabilidad a los médicos involucrados.

194. AR1 y AR2 eludieron sus obligaciones éticas y de trato social que deben asumir todos los profesionales, partiendo de que el paciente es una unidad biológica, psicológica y social, por tanto tenían la obligación de informarle a V1 los avances del trabajo de parto con medida, prudencia y calidez, respetando en todo

momento su dignidad humana, sin dejar de considerar su dependencia, vulnerabilidad y temor ante el estado de salud de su bebé, y al no haberlo hecho vulneraron el “*Código de conducta para el personal de salud 2002*”²⁶, en el cual se establecen dichas obligaciones .

195. Además, incumplieron con la “*Carta de Derechos Generales de los Pacientes*”²⁷, al no haber otorgado a V1 atención médica adecuada y oportuna como se acreditó, así como vulneraron el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establece que la atención médica deberá realizarse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo que omitieron las profesionistas mencionadas.

196. En consecuencia, AR1 y AR2 contravinieron los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, por los que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia, así como la supracitada Guía de Práctica Clínica de “*Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*”, en la que se establece que durante el trabajo de parto, se debe ofrecer a la paciente información amplia y detallada, así como atender su bienestar físico y emocional partiendo siempre del

²⁶ Elaborado por la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Bioética, el propio IMSS, el ISSSTE, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la SECODAM.

²⁷ Publicada en diciembre del 2001, con intervención de la CONAMED, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, este Organismo Nacional, el propio IMSS, el ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y Secretaría de Salud.

respeto a sus derechos humanos y al no hacerlo vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de V1, lo que trajo aparejado el deceso de V2.

E. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

197. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

198. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²⁸, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.

199. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.²⁹

²⁸ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, de 31 de enero de 2017.

²⁹ Observación General 14 “EL derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000, párr. 12.

200. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es 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”*.³⁰

201. La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”*.³¹

202. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y

³⁰ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. párrafo 68.

³¹ “Introducción”, p. dos.

estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

203. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³²

204. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos, en el caso particular, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que remitió a este Organismo Nacional el IMSS con motivo de la queja presentada por V1.

E.1. Inadecuada integración del expediente clínico

205. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que diversas notas médicas y de evolución suscritas por AR1, AR2, AR3 y AR4

³² CNDH. Recomendación General 29/2017. Op.Cit. párrafo 34.

respecto a la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General de Subzona 26, omitieron su nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula; también se encontraron ilegibles y con abreviaturas. Aunado a que la primera nota médica de AR1 en la que hizo constar que atendió a V1 a las 19:15 horas, se notó sobrescrito un “7” sobre el “9”, lo que aparenta que la atendió a las 17:15 horas como lo sostuvo en su declaración ministerial, lo que genera duda al respecto.

206. Dichos profesionistas infringieron los puntos 5.1, 5.2, 5.2.1, 5.2.3, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.13, de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, que prevén la obligación de las y los prestadores de servicios de atención médica de cualquier establecimiento, público o privado, en cuanto a la integración y conservación del expediente clínico, las formalidades de las notas médicas o reportes, de entre las que se destaca, la fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, firma autógrafa, electrónica o digital, con lenguaje técnico-médico, letra legible, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras.

207. En conexión con lo anterior, este Organismo Nacional, advirtió falta de notas médicas respecto a la atención que se brindó a V1 en el Hospital General de Subzona 26, de entre lo que se destacó lo siguiente:

207.1. V1 indicó que acudió al servicio de urgencias a las 07:00 horas del 25 de diciembre de 2013, siendo atendida hasta las 07:40 horas, cuando personal médico de dicho turno le indicó que tenía una dilatación, solicitándole regresara a su domicilio y “[REDACTED] (...).”

207.2. No obra constancia de la atención médica que recibió por AR1 entre las 17:15 a las 20:50 horas del mismo 25 de diciembre de 2013, ni respecto a la vigilancia estrecha que debió otorgársele (actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical y pérdidas de líquido vaginal).

207.3. Durante la atención de AR2, no hubo alguna nota médica de valoración en la cual registrara la evolución de V1 y del producto de la gestación.

207.4. Mucho menos se pudo establecer a cargo de quién, en qué servicio y el manejo médico que se le brindó a V2 durante más de tres horas, debido a que no existe evidencia escrita de valoraciones médicas o intervenciones por parte del servicio de enfermería posteriores a las 01:45 horas del 26 de diciembre de 2013.

208. Dichas omisiones vulneraron lo establecido en los puntos 4.4, 5.14, 6.2, 6.2.1, 6.2.2 y 6.2.3 de la NOM-004-SSA3-2012, aunado a que corroboraron la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1 y V2.

209. En ese sentido, de las evidencias con que se cuenta, tampoco se advirtió alguna hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervención del personal de enfermería respecto al seguimiento que se dio a la atención de V2 posterior a su nacimiento, lo que deberá investigarse a fin de deslindar la responsabilidad correspondiente, con mayor razón cuando AR3 ordenó que se le mantuviera en vigilancia estrecha.

210. Otro aspecto a considerar, es el referente a la expedición del certificado de defunción de V2, en el cual se indicó en el rubro de edad cumplida, que V2 vivió “3 horas”, información errónea si consideramos que tanto AR2 como AR3 asentaron en sus respectivas notas médicas que nació a las 00:42 horas, de lo que se infiere que V2 vivió aproximadamente cuatro horas y media, al haber perdido la vida a las 04:05 horas del 26 de diciembre de 2013, situación que deberá investigarse para deslindar la responsabilidad correspondiente.

211. En ese sentido, en opinión de este Organismo Nacional, el personal médico que requisitó dicho documento incumplió con lo establecido en la “*Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal*”³³, en el cual se resalta la importancia de que el personal médico que certifique la defunción haya sido quien atendió a la persona, lo que permite suponer que las causas asentadas están más apegadas a la realidad, que cuando se trata de “*otro médico*” que no tenía pleno conocimiento del caso, como aconteció.

212. La “*Guía de autoaprendizaje para el llenado correcto del certificado de defunción*”³⁴ especifica que las irregularidades en dicho documento tienen repercusiones legales, epidemiológicas y estadísticas ya que se debe cumplir con los siguientes propósitos básicos:

³³ Elaborada por la Secretaría de Salud en 2002 en colaboración con el propio IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina-Armada de México, el Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

³⁴ Elaborado por la Secretaría de Salud, el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades “*CEMECE*”, integrado por asesores representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática “*INEGI*”, aplicable al IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Defensa Nacional y la Secretaría de Marina.

212.1. Legal: para dar fe del hecho ocurrido ante el Registro Civil donde se levanta el acta de defunción, con el cual puede ser expedido el permiso de inhumación o cremación del cadáver, de ahí la importancia de que se elabore después de examinar el cadáver, con veracidad y sin omitir ningún dato.

212.2. *“Epidemiológico: (...) permite tener conocimiento de los daños a la salud de la población, fundamenta la vigilancia del comportamiento de las enfermedades, (...) orienta los programas preventivos y apoya la evaluación y planeación de los servicios de salud”.*

212.3. *“Estadístico: constituye la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad (...)”.*

213. En consecuencia, deberá conminarse a las personas servidoras públicas que los elaboren a ser precavidos y, en el caso de que sea otro médico de quien atendió al paciente, verifique el contenido de las notas médicas correspondientes y apeguen su actuar a las instrucciones y disposiciones legales vigentes en nuestro país.

214. En la solicitud de interconsulta de AR3 de 26 de diciembre de 2013 –sin hora- al servicio de neonatología de otro nosocomio, asentó que V2 nació a las 00:42 horas con Apgar [REDACTED] no obstante que en la *“nota de recién nacido”* elaborada las 01:45 horas de esa misma fecha, esto es, posterior a la atención que le brindó, la reportó con Apgar de [REDACTED]

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

215. También se apreció que en la referida “*nota de recién nacido*”, no se estableció la hora en que nació con independencia de que AR2 lo hubiera señalado.

216. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.³⁵

217. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.³⁶

218. A pesar de tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, la cual es de

³⁵ CNDH. Recomendaciones 1/2019, p. 145, 71/2018, p. 243 y 40/2018, p. 222, entre otras.

³⁶ CNDH. *Ibíd.*, pp. 146, 244 y 223.

observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.³⁷

219. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4 y demás personal de quienes se deberá investigar sus datos, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y artículo 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.

F. RESPONSABILIDAD

220. La responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 y V2 como se acreditó en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y V2,

³⁷ CNDH. Ibídem, pp. 147, 245 y 225.

pérdida de la vida de ésta y la vulneración al principio de interés superior de la niñez en su perjuicio, el derecho a una vida libre de violencia obstétrica y la violación al derecho de acceso a la información respecto a V1.

221. Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1 y V2, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3 y AR4, así como del personal médico que la atendió el 25 de diciembre de 2013 en el turno matutino de quienes se desconocen nombres, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”* respecto a la elaboración de las notas médicas, así como la falta de notas médicas y de enfermería como quedó acreditado.

222. En este sentido, las autoridades administrativas del IMSS con motivo de la queja presentada por V1 el 5 de febrero de 2014, informaron a este Organismo Nacional lo siguiente:

222.1. En el Expediente Laboral, la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS, determinó lo siguiente:

222.1.1. Hubo falta de apego a la NOM-004-SSA3-2012. *“Del expediente clínico”*, por AR4 al no haber registrado el pronóstico y plan de manejo en su nota de 25 de diciembre de 2013, con la cual envió a la V1 a tococirugía su valoración, omisión que no tuvo relación con la obtención del producto *“sin vida”*.

222.1.2. AR3 tampoco registró signos vitales y no se apegó al procedimiento para el traslado de pacientes a Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención.

222.1.3. Además, advirtió falta de apego a la NOM-007-SSA2-1993. *“Atención de la mujer durante el embarazo y del recién nacido”*, vigente al momento de los hechos, por AR1, al no haber realizado el monitoreo continuo en el partograma de acuerdo al punto 5.4.2, en el cual se precisa que dicha verificación debe llevarse a cabo antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos, lo cual sí incidió en el resultado final con la *“obtención del producto sin vida”* por falta de registro de los antecedentes en la atención.

222.1.4. AR2 tampoco registró el monitoreo continuo en el partograma, ni registró la calificación de Apgar conforme al punto 5.4.5 de la referida norma oficial mexicana, omisión que sí incidió en el resultado final *“con la obtención del producto sin vida”*.

222.1.5. Omisiones por las cuales se notificó el 10 de marzo de 2014, a AR2 y AR3, así como a AR1, el 11 de ese mismo mes y año, la medida disciplinaria consistente en veinte notas de demérito, equivalente a veinte días de pago de aguinaldo. A AR4, el 11 de marzo de ese mismo año, le impuso una amonestación.

222.2. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional, que la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS estableció que con motivo de las

irregularidades en la atención médica de V1 por parte de AR1, AR2 y AR3 se obtuvo “*el producto sin vida*”, afirmación equívoca debido a que conforme a los datos asentados por AR2 y AR4 en sus respectivas notas médicas, V2 nació a las 00:42 horas.

222.3. El 19 de marzo de 2014, en el Expediente de Queja, la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional en el IMSS, determinó la procedencia de la queja de V1, desde el punto de vista administrativo ante las irregularidades médicas atribuibles a AR1 y AR2, así como en la integración del expediente clínico, atribuible a AR3 y AR4.

222.4. En el Expediente Administrativo de Responsabilidades, el 13 de diciembre de 2017 el OIC en el IMSS, impuso como sanción administrativa a AR1, AR2 y AR4, la suspensión de sus empleos, cargos o comisiones por tres días.

223. Llama la atención de este Organismo Nacional, que el 13 de diciembre de 2017, el OIC en el IMSS, haya impuesto en concreto a AR1 y AR2, la sanción administrativa consistente en suspensión de sus empleos, cargos o comisiones por un período de tres días, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 que derivaron en la pérdida de la vida de V2.

224. Dicha autoridad pasó por alto que desde el 28 de noviembre de 2014, AR1, AR2 y una persona más (AR4) fueron denunciadas ante el agente del Ministerio Público de la Federación, por lo que se inició la Averiguación Previa, la cual se consignó a un Juzgado de Distrito el 29 de septiembre de 2017, por el delito de

homicidio culposo con la agravante de responsabilidad penal, por lo que causa extrañeza la resolución de dicha área administrativa. En consecuencia, este Organismo Nacional, remitirá copia de la presente Recomendación a la Secretaría de la Función Pública, para que en lo sucesivo, se consideren los casos de manera integral para evitar la simulación y la impunidad.

225. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

225.1. Queja ante el OIC en el IMSS en contra de AR3, y quien resulte responsable, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda con motivo de las irregularidades relacionadas con la atención médica de V2, debido a que AR1 y AR2 ya fueron sancionadas.

225.2. Queja ante el OIC en el IMSS en contra de AR1 y AR2, con motivo de la falta de formalidad en la integración del expediente clínico de V1, así como de AR3 (por las nuevas irregularidades acreditadas). No se omite precisar que AR4 ya fue sancionado.

226. La autoridad administrativa encargada de realizar dichas investigaciones, deberá tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que en su caso, determine la responsabilidad de las personas servidoras públicas

involucrada en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V2 ante la falta de vigilancia estrecha posterior a su nacimiento.

227. Con independencia de las determinaciones del OIC en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

228. Se deberá coadyuvar en la Causa Penal instruida en contra de AR1, AR2 y AR3, cuando se le requiera.

G. REPARACIÓN DEL DAÑO

229. 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 y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar,

sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

230. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y V2, a la vida de ésta última, interés superior de la niñez, así como a una vida libre de violencia obstétrica y al derecho de acceso a la información en materia de salud, deberá inscribir a V1, V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a quienes en la Causa Penal también se les reconoció dicho carácter, a fin de que, V1 y V3 tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

232. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió que: “[...] toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “[...] las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.³⁸

233. Sobre el *“deber de prevención”*, la CrIDH sostuvo que: “[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las

³⁸ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).³⁹

234. No se omite señalar que este Organismo Nacional, sostuvo múltiples reuniones de trabajo con el IMSS en diversas fechas, a fin de tratar el presente asunto en virtud de que su Comisión Bipartita resolvió únicamente la procedencia de la queja desde el punto de vista administrativo, sin que se haya concretado propuesta alguna, por lo cual en el presente caso, se considera procedente la reparación de los daños ocasionados a V1 y V3, en los términos siguientes:

i. Rehabilitación

235. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V1 y V3, la atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que trajo como consecuencia la afectación y la pérdida de la vida de V2.

³⁹ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, párrafo 175.

236. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción

237. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente ante la instancia referida y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, así como se coadyuve en la Causa Penal instruida en contra de AR1, AR2 y AR3, cuando se le requiera.

iii. Garantías de no repetición

238. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

239. En el caso particular, a través del oficio de 6 de junio de 2017, el IMSS informó a este Organismo Nacional que en el Hospital General de Subzona 26 implementaron las siguientes medidas preventivas y correctivas, para evitar la repetición de casos como el que dio lugar a la queja de V1:

239.1. El 3 de junio de 2016, se emitió el Boletín de Prensa CENETEC-Salud en el cual se indicó que los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica, y que se registró la recepción de la guía de referencia de *“vigilancia y manejo del trabajo de parto”*.

239.2. El 12 de enero de 2017, se difundió la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”* y la Guía de Práctica Clínica de *“Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato”*.

240. Aunque las autoridades del IMSS difundieron la normatividad citada, ello se considera insuficiente para evitar hechos como el que nos ocupa, por lo que deberán implementar un curso integral en el término de tres meses a todo el personal médico y de enfermería del área de tococirugía sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, *“mala praxis”*, emergencias obstétricas, responsabilidad profesional, trato digno a las pacientes, atención del recién nacido, así como la debida observancia y contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, la actual NOM-007-SSA2-2016, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido”*⁴⁰ y la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente

⁴⁰ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de abril de 2014.

Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Los contenidos de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

241. En el término de seis meses medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

242. En el término de un mes, emitir una Circular en la que se exhorta al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Subzona 26 a que en el caso de que dicho nosocomio carezca de algún servicio, se canalice a la brevedad a las unidades médicas del siguiente nivel de atención para evitar complicaciones irreversibles en su salud.

243. En el término de un mes, emitir otra Circular en la que se exhorta al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Subzona 26, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa.

244. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a*

los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”⁴¹, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación

245. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, por lo que al acreditarse violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V3, en términos de la Ley General de Víctimas.

246. A efecto de que se indemnice a V1 y V3, se deberá tomar en consideración el daño causado por el fallecimiento de V2, así como la violencia obstétrica de que V1 fue objeto, para lo cual el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo de dicha indemnización, de conformidad con las consideraciones expuestas, por lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a dicha institución para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

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

⁴¹ Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral a V1 y V3 que incluya una compensación con motivo del deceso de V2 y la violencia obstétrica de que fue objeto V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas y se les brinde atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con este Organismo Nacional en las quejas que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3 con motivo de las irregularidades precisadas en la presente Recomendación, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS respecto a la intervención de AR1, AR2 y AR3, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en sus expedientes laborales, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Coadyuvar en la Causa Penal instruida en contra de AR1, AR2 y AR3 cuando se le requiera, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. En el término de seis meses se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el término de un mes se emita una Circular dirigida al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Subzona 26, en la que se solicite al personal médico que en el caso de que dicho nosocomio carezca de algún servicio, se canalice a la brevedad a los pacientes a las unidades médicas del siguiente nivel de atención para evitar complicaciones irreversibles en su salud, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En el término de un mes se emita otra Circular dirigida al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Subzona 26, en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos con diligencia similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral al personal médico y de enfermería del área de tococirugía sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, *“mala praxis”*, emergencias obstétricas, responsabilidad profesional, trato digno a las pacientes, atención del recién nacido, así como la debida observancia de las normas oficiales mexicanas referidas en la presente Recomendación. Los contenidos de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

247. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

248. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

249. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

250. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE
MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ