



RECOMENDACIÓN No. 40/2018

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.

Ciudad de México, a 24 de octubre de 2018

**MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**LIC. GUSTAVO SALAS SALGADO
FISCAL GENERAL INTERINO DEL
ESTADO DE QUINTANA ROO.**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, segundo párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2015/1623/Q**, relacionado con la queja presentada por V2, esposo 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 4º, 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, 3º, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información; 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
ONG	Organización No Gubernamental

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

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Chetumal, Quintana Roo	Hospital General 1

Institución	Acrónimo
Procuraduría de Justicia del Estado de Quintana Roo ahora Fiscalía General del Estado de Quintana Roo.	Procuraduría Estatal
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, Parto y Puerperio y del Recién Nacido”</i>

I. HECHOS.

4. El 27 de marzo de 2014, V1 (mujer de 29 años) acudió a consulta externa del Hospital General 1, donde SP1 la diagnosticó con *“amenorrea”* (ausencia de la menstruación) y solicitó estudios de laboratorio de control para corroborar o descartar un embarazo.

5. Del 8 de abril al 18 de noviembre de 2014, V1 acudió a su control prenatal¹ en el Hospital General 1, donde en esta última fecha, se le indicó que el producto de la gestación tenía bajo peso, poco líquido amniótico y aparentaba menos tiempo del

¹ La *“Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo”*, define al control prenatal como las *“acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. En embarazadas con factores de riesgo no modificables y riesgo de resultados adversos, el control prenatal en medicina familiar determinara la frecuencia de consultas de acuerdo a cada caso y la necesidad de derivar a la paciente a segundo nivel”*.

que debía, por lo que debería esperar la cita con su ginecólogo para que determinara si tendría parto natural o se le realizaría una cesárea.

6. A las 04:00 horas del 19 de noviembre de 2014, V1 observó que cuando orinó le salió líquido.

7. A las 08:10 horas de ese mismo 19 de noviembre de 2014, V1 acudió al servicio de urgencias del Hospital General 1, donde fue valorada en el área de TRIAGE² por SP2, quien ordenó su ingreso a urgencias por la presencia de hipertensión arterial, dolor obstétrico, pérdidas transvaginales compatibles clínicamente con líquido amniótico y “*oligohidramnios*” (poco líquido amniótico).

8. A las 08:30 horas de ese mismo día, SP5 la diagnosticó con probable ruptura prematura de membranas y “*oligohidramnios severo*”, por lo que ordenó su ingreso a tococirugía.³

9. A las 08:45 horas del 19 de noviembre de 2014, AR5 reportó a V1 sin actividad uterina, con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto y solicitó se le realizara una “*prueba de bienestar fetal*”⁴ para el inicio de inductoconducción.⁵

² Término que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención médica que requieren.

³ Área de quirófanos destinada para el uso exclusivo de pacientes obstétricos.

⁴ Conforme a la opinión médica de este Organismo Nacional, se basa en la observación ecográfica de los movimientos respiratorios fetales, los movimientos corporales, el tono, el volumen de líquido amniótico y la reactividad de la frecuencia cardíaca fetal.

⁵ En la citada opinión médica se hizo alusión a ésta, como el procedimiento encaminado mediante la aplicación de oxitocina para iniciar y mantener las contracciones uterinas para la expulsión del feto.

10. A las 15:00 horas de ese mismo día, V1 presentó dolor tipo cólico intenso, sangrado transvaginal abundante (coágulos), útero hipotónico (flácido) y disminución de la frecuencia cardíaca fetal de 70-98 latidos por minuto (bradicardia), por lo que AR6 ordenó su pase urgente a quirófano.

11. A las 15:10 horas, AR6 le realizó a V1 una cesárea tipo “Kerr” de la cual a las 15:15 horas, se obtuvo producto único muerto.

12. SP8 le realizó al producto de la gestación una somatometría⁶, le dio reanimación, sin que respondiera y determinó que la muerte fetal aconteció durante el parto a causa de *“desprendimiento de placenta y asfixia severa”*.

13. Ese mismo día, V2 (esposo de V1) denunció los hechos en la entonces Procuraduría Estatal, donde se inició la Carpeta de Investigación 1. El 8 de enero de 2018, fue remitida por incompetencia, bajo el número de Carpeta de Investigación 2, a la Procuraduría General de la República, donde se radicó como Carpeta de Investigación 3.

14. A las 19:35 horas del 19 de noviembre de 2014, SP4 realizó la necropsia de ley al producto de la gestación, quien cursó *“aproximadamente 5 min. de vida extrauterina de edad”*, y estableció como causa directa de la muerte *“sufrimiento fetal agudo consecutivo a trabajo de parto⁷ prolongado”*, sin embargo, de las

⁶ Conforme a los médicos de este Organismo Nacional, son técnicas para obtener las medidas precisas de las dimensiones corporales de una persona.

⁷ De acuerdo con la interpretación de SP4, se refiere como tal, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen por objeto la expulsión del producto de la gestación, la placenta y anexos a través de la vía natural.

declaraciones de AR6 y SP8, se advirtió que el producto de la gestación se obtuvo sin vida, lo que se confirmó en la opinión del personal médico de esta Comisión Nacional.

15. A las 14:50 horas del 20 de noviembre de 2014, AR6 diagnosticó a V1 con preeclamsia, y el 22 de ese mismo mes y año, fue dada de alta.

16. El 21 de noviembre de 2014, V2 presentó queja en el IMSS por la deficiente atención médica otorgada a V1.

17. El 11 de diciembre de 2014, V2 (esposo de V1) presentó queja en este Organismo Nacional donde se radicó el expediente CNDH/1/2015/1623/Q. A fin de analizar las probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron el resumen y el expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General 1, así como los informes de la entonces Procuraduría Estatal y de la Procuraduría General de la República, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

18. Escritos de queja de 22 y 19 de noviembre de 2014, recibidos en este Organismo Nacional el 11 de diciembre de ese mismo año, a través de los cuales V1 y V2 informaron las irregularidades en la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General 1, asimismo, se anexó una nota periodística relacionada con AR5, un escrito de V1, el certificado de muerte fetal y el de defunción realizados por SP8 y SP4, respectivamente.

19. Acta Circunstanciada de 15 de enero de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica de V2, quien informó la atención médica que se brindó a V1 del 18 al 22 de noviembre de 2014, y que el 19 de ese mismo mes y año, denunció los hechos en la entonces Procuraduría Estatal, donde se inició la Carpeta de Investigación 1.

20. Oficio 095217614BB1/643 de 13 de abril de 2015, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, la siguiente documentación:

20.1. Informe de 1º de abril de 2015, en el que SP3 reseñó la atención médica otorgada a V1 del 10 al 22 de noviembre de 2014.

20.2. Informe de 1º de abril de 2015, mediante el cual AR5 describió su participación en la atención médica de V1, el 19 de noviembre de 2014.

20.3. Informes sin fecha, a través de los cuales SP2, AR6 y SP5 comunicaron su respectiva intervención en la atención médica de V1.

20.4. Copia simple del expediente clínico de V1, del que se desprenden las siguientes constancias:

20.4.1. Nota médica de 27 de marzo de 2014, en la que SP1 diagnosticó a V1 con “*amenorrea*” y le solicitó estudios de laboratorio de control para descartar o confirmar un embarazo.

20.4.2. Nota médica de 8 de abril de 2014, en la que AR1 reportó a V1 asintomática y la diagnosticó con embarazo normal.

20.4.3. Ultrasonido obstétrico de 20 de mayo de 2014, en el cual AR4 diagnosticó a V1 con embarazo de 13 semanas, 2 días, placenta normoinsera (normal), sin anomalías somáticas aparentes y con fecha probable de parto de 23 de noviembre de 2014.

20.4.4. Resultado de laboratorio de 26 de septiembre de 2014, en el cual se reportó la biometría hemática de control y el examen general de orina de V1, normales.

20.4.5. Nota médica de 3 de octubre de 2014, en la cual se indicó el plan de manejo de V1. Se omitió nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula del médico tratante, aunado a que se encontró ilegible y sin membrete de la unidad hospitalaria.

20.4.6. Ultrasonido obstétrico de 9 de octubre de 2014, en el cual AR4 diagnosticó a V1 con embarazo de 31 semanas, 3 días, con *“líquido amniótico (...) disminuido en forma leve para la edad gestacional, con grumos o ecos (...)”*.

20.4.7. Nota médica de 13 de octubre de 2014, en la que AR1 reportó a V1 sin actividad uterina, ni edema de miembros inferiores, con un embarazo de 31.3 semanas de gestación por ultrasonido del 9 de octubre de 2014.

20.4.8. Nota médica de 20 de octubre de 2014, en la cual se indicó que V1 presentó tensión arterial normal. Se omitió nombre completo,

cargo, cédula profesional y/o matrícula del médico tratante, aunado a que se encontró ilegible y sin membrete de la unidad hospitalaria.

20.4.9. Hoja de Referencia-contrarreferencia de 24 de octubre de 2014, en la cual AR2 diagnosticó a V1 con rinofaringitis aguda, por lo que la envió a la especialidad de ginecoobstetricia para su tratamiento.

20.4.10. *“Consentimiento informado en planificación familiar”* de 24 de octubre de 2014, firmado únicamente por V1, en el cual aceptó el uso de *“OTB”* (oclusión tubaria bilateral) mejor conocida como *“salpingoplastia”*.

20.4.11. Notas médicas del 3 y 10 noviembre de 2014, en las cuales se indicó que V1 cursaba con embarazo de 37.2 y 38.2 semanas de gestación, respectivamente. Se omitió nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula del médico tratante, aunado a que se encontró ilegible y sin membrete de la unidad hospitalaria.

20.4.12. Ultrasonido obstétrico de 14 de noviembre de 2014, en el cual AR4 diagnosticó a V1 con *“oligohidramnios moderado, a considerar restricción del crecimiento intrauterino, con peso aproximado de 2,251 kilogramos (...)*”.

20.4.13. Nota médica de 18 de noviembre de 2014, en la cual se reportó a V1 con placenta grado III, líquido amniótico disminuido de volumen en forma moderada y probable restricción del crecimiento

intrauterino. Se omitió nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula, sin membrete de la unidad hospitalaria e ilegible.

20.4.14. Reporte ultrasonográfico de 18 de noviembre de 2014, realizado por médico particular, quien diagnosticó a V1 con datos compatibles de probable retardo en el crecimiento intrauterino y “*oligohidramnios severo*”.

20.4.15. Resultado de la interpretación y/o análisis médico del expediente clínico de V1 realizado por SP4 el 21 de noviembre de 2014, en la Carpeta de Investigación 1.

20.4.16. Nota médica de las 08:10 horas del 19 de noviembre de 2014, en la que SP2 adscrita al área de TRIAGE ordenó el ingreso de V1 a urgencias.

20.4.17. Nota de urgencias de las 08:30 horas del 19 de noviembre de 2014, a través de la cual SP5 diagnosticó a V1 con probable ruptura prematura de membranas y “*oligohidramnios severo*”, por lo cual indicó su pase a tococirugía para su valoración por ginecología.

20.4.18. Nota médica de las 08:45 horas del 19 de noviembre de 2014, suscrita por AR5, en la que reportó a V1 sin salida de líquido amniótico, así como con cérvix cerrado, y debido al resultado de su ultrasonido y por ser una paciente de “*término*” (entre las 37 y 40 semanas de gestación) solicitó la realización de una prueba de bienestar fetal para inicio de inductoconducción.

20.4.19. Hoja de partograma⁸ de 19 de noviembre de 2014, en la que AR5 registró la frecuencia fetal del producto de la gestación de V1, así como la variedad de posición fetal, sin que se advirtieran datos en los rubros de tensión arterial, pulso y temperatura.

20.4.20. Resultados de laboratorio de 19 de noviembre de 2014, de las 11:17 horas, en los que se reportó que la biometría hemática y tiempos de coagulación de V1 se encontraban dentro de parámetros aceptables.

20.4.21. Evaluación vespertina de las 14:10 horas del 19 de noviembre de 2014, en la cual AR6 diagnosticó a V1 con embarazo de término, retraso del crecimiento intrauterino, “*oligohidramnios severo*” y pródromos de trabajo de parto (signos que anuncian que el momento del parto se aproxima). Se omitió nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula.

20.4.22. A las 15:00 horas de este 19 de noviembre de 2014, AR6 ordenó que V1 pasara a quirófano para una cesárea urgente. Se omitió nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula.

⁸ Documento en el cual se indican los procedimientos que se le realizan a la paciente durante cada turno laboral de acuerdo a lo declarado por AR5.

20.4.23. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 19 de noviembre de 2014, sin hora, firmada por V1 y AR6. Se omitió nombre completo y cargo.

20.4.24. Nota de *“terminación del embarazo”* de las 15:15 horas de 19 de noviembre de 2014, en la cual AR6 indicó que V1 presentó desprendimiento prematuro de placenta normoinserta del 70 al 80% con extracción del producto de la gestación manual, muerto con escaso meconio espeso, placenta y cordón umbilical teñidas de meconio. Se omitió nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula.

20.4.25. Nota postoperatoria de las 16:00 horas del 19 de noviembre de 2014, en la cual AR6 precisó que le realizó a V1 una cesárea de urgencia, sin que le realizara la *“OTB”* (oclusión tubaria bilateral). Se omitió nombre completo y cargo.

20.4.26. Nota trans y preanestésica de las 16:30 horas del 19 de noviembre de 2014, en la cual AR7 asentó la atención que brindó a V1 durante la cirugía.

20.4.27. Registro de anestesia y recuperación de 19 de noviembre de 2014, en la que AR7 informó que durante la cirugía, V1 presentó sangrado uterino y en la postanestesia, presentó hipertensión. Se omitió nombre completo y cargo.

20.4.28. Hoja de cuidados de enfermería de 19 de noviembre de 2014, sin hora, en la cual se indicó que V1 ingresó al servicio de tococirugía por urgencia a las 15:10 horas y regresó (sic) a las 16:40 horas, cuyo procedimiento anestésico inició a las 15:13 horas y terminó de las 16:10 horas. Se omitió nombre completo y cargo del personal de enfermería.

20.4.29. Carta de consentimiento bajo información de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo de 18 de noviembre de 2014, con motivo de su ingreso al área de tococirugía, firmada por SP5, V1 y una testigo.

20.4.30. Dos cartas de consentimiento bajo información de 19 de noviembre de 2014, la primera únicamente con el nombre de AR7, y en la segunda, V1 autorizó los procedimientos médicos necesarios para su atención y la del producto de la gestación, firmada por V1 y AR6, sin firma de testigos, (se advirtió sombreada en el nombre del documento).

20.4.31. Solicitud ordinaria de ultrasonido obstétrico y perfil biofísico de V1, ordenados por AR5 el 19 de noviembre de 2014, en cuya parte inferior AR4 asentó *“fui por el paquete y me informaron que la paciente tuvo muerte fetal de su producto, 16:00 hrs.”*

20.4.32. Necropsia de ley de las 19:35 horas del 19 de noviembre de 2014, en la cual SP4 determinó que la causa directa de la muerte del

producto de la gestación se debió a “*sufrimiento fetal agudo consecutivo a trabajo de parto prolongado*”.

20.4.33. Nota médica de las 23:00 horas del 19 de noviembre de 2014, en la que V1 fue valorada por el médico tratante con matrícula (...), quien indicó que presentaba estado hipertensivo. Se omitió nombre completo y cargo.

20.4.34. Notas médicas ilegibles de las 07:50 y las 12:38 horas del 20 de noviembre de 2014, en las que SP6 precisó que desconocía los antecedentes quirúrgicos de V1 debido a que sólo contaba con una nota previa, sin expediente clínico, solicitándole biometría hemática de control.

20.4.35. Nota de evolución vespertina de las 14:50 horas del 20 de noviembre de 2014, en la cual AR6 reportó a V1 con preeclamsia y estado de salud delicado. Se omitió nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula.

20.4.36. Nota médica ilegible de 21 de noviembre de 2014, en la que SP6 indicó que a V1 se le transfundieron dos paquetes globulares para tratar su anemia sin complicaciones.

20.4.37. Nota de alta médica de 22 de noviembre de 2014, en la cual SP7 ordenó el egreso de V1.

21. Oficio PGJE/DP/UEDH/133/2015 de 10 de abril de 2015, mediante el cual la entonces Procuraduría Estatal anexó copia simple de la necropsia de ley realizada por SP4.

22. Correo electrónico de 21 de abril de 2015, a través del cual V2 envió a este Organismo Nacional el oficio número QR/CHE/PGE/2014/01/02659 de 19 de diciembre de 2014, al cual anexó el resultado de interpretación y análisis médico del expediente clínico de V1 realizado por SP4.

23. Escrito de 10 de diciembre de 2015, mediante el cual V1 y V2 ampliaron la queja presentada ante este Organismo Nacional, también autorizaron a las licenciadas de la ONG para su seguimiento, y anexaron la siguiente documentación:

23.1. Resultado de la interpretación y/o análisis médico del expediente clínico de V1 realizada por SP4.

23.2. Acuerdo de 16 de julio de 2015, mediante el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS determinó procedente la queja interpuesta por V1 desde el punto de vista médico.

24. Oficio 095217614BB1/535 de 16 de marzo de 2016, a través del cual el IMSS informó a este Organismo Nacional, que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico, determinó procedente el pago de indemnización en el Expediente de Queja.

25. Oficio 095217614BB1/587 de 28 de marzo de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, copia del contra-recibo de pago de 8 de diciembre de 2015 en cumplimiento a la determinación emitida en el Expediente de Queja.

26. Oficio 095217614BB1/1065 de 23 de mayo de 2016, a través del cual el IMSS informó a esta Comisión Nacional que en cumplimiento a la determinación del Expediente de Queja, dio vista al Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control, en la Delegación de Quintana Roo.

27. Correo electrónico de 1º de junio de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, el folio 249001200100/CGM 138/2015 de 17 de septiembre de 2015, por el cual se solicitó a SP3 implementara medidas correctivas y preventivas para evitar recurrencia con el caso de V1.

28. Oficio 095217614BB1/1232 de 3 de junio de 2016, a través del cual el IMSS adjuntó a esta Comisión Nacional, la siguiente información:

28.1. Copia del folio 249001200100/CGM138/2015 de 17 de septiembre de 2015, en el cual la coordinación delegacional de gestión médica en Quintana Roo, en cumplimiento a lo ordenado en el Expediente de Queja, le solicitó a SP3, entre otras, la difusión de la normatividad de la atención del embarazo, trabajo de parto y puerperio.

28.2. Memorándums internos con folios 506, 507, 508, 511, 512 y 514 de 31 de mayo de 2016, mediante los cuales SP3 realizó la difusión de la normatividad solicitada.

29. Acta Circunstanciada de 14 de julio de 2016, a través de la cual este Organismo Nacional hizo constar que se entabló comunicación vía telefónica con V1, a quien le informó que el IMSS remitió copia simple del contra-recibo por concepto de pago de indemnización. Misma fecha en que a las 18:00 horas, se informó a V2, que el 23 de mayo de ese año, el IMSS dio vista al Órgano Interno de Control y requirió al Hospital General 1 la implementación de medidas correctivas y preventivas, por lo que V2 solicitó se sancionara al personal médico involucrado.

30. Escrito recibido en este Organismo Nacional el 3 de agosto de 2016, a través del cual la ONG solicitó la investigación, sanción y reparación integral del daño, mediante la garantía de no repetición y una disculpa pública solicitada por V1 y V2.

31. Correo electrónico del 1º de noviembre de 2017, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional el escrito de 16 de diciembre de 2014, por el cual la Subcomisión Mixta Disciplinaria indicó que no encontró elementos para la aplicación de medidas disciplinarias en el Expediente de Investigación Laboral en contra de SP5, SP2, AR5, AR6, SP8 y SP9.

32. Opinión médica de 23 de noviembre de 2017, realizada por esta Comisión Nacional, en la cual establecieron las consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General 1.

33. Oficio 79939 de 29 de diciembre de 2017, a través del cual este Organismo Nacional informó a la ONG las acciones realizadas en la queja presentada por V1 y V2.

34. Correo electrónico de 21 de diciembre de 2017, a través del cual el IMSS informó a este Organismo Nacional, que el Expediente del Órgano Interno de Control, se encontraba en investigación, estatus que confirmó el 18 de octubre de 2018.

35. Oficio 095217614BB0/072 de 5 de enero de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional la siguiente documentación:

35.1. Escrito de 21 de noviembre de 2014, a través del cual SP3 le solicitó al Departamento Jurídico de Chetumal, Quintana Roo, la investigación laboral con motivo de la queja presentada por V2.

35.2. Oficio 249001760100/262/2017 de 20 de diciembre de 2017, a través del cual la Jefatura de Servicios de Desarrollo de Personal de la Delegación Quintana Roo, informó a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, que no encontró elementos para la aplicación de medidas disciplinarias al personal médico involucrado en la atención otorgada a V1 y dejó a consideración de la jefatura jurídica el procedimiento a seguir, asimismo, proporcionó copia del Expediente de Investigación Laboral, del que se destacó lo siguiente:

35.2.1. Constancia de hechos de 21 de noviembre de 2014, a través de la cual SP3, SP11, SP12, SP13 y SP14 remitieron la queja de V2

al departamento jurídico para la investigación laboral correspondiente.

35.2.2. Actas de comparecencia de SP3, SP11, SP12 y SP14 de 5 de diciembre de 2014, y la de SP13 de 12 de ese mismo mes y año.

35.2.3. Acta de comparecencia de V2 de 5 de diciembre de 2014, en la cual indicó que faltaban notas del seguimiento del embarazo de V1 y solicitó la destitución de los responsables de los hechos.

35.2.4. Actas de comparecencia de 8 de diciembre de 2014, en las que SP5, SP2 y AR6 informaron la atención que otorgaron el 19 de noviembre de 2014 a V1.

35.2.5. Acta de comparecencia de 9 de diciembre de 2014, en la cual AR5 manifestó que estaba enterado de la queja presentada por V1 y V2, así como narró la atención que brindó a la primera cuando ingresó a tococirugía.

35.2.6. Acta de comparecencia de 9 de diciembre de 2014, en la cual SP8 indicó la intervención en la atención de V1.

35.2.7. Opinión técnico médica relativa al caso de V1, de 11 de diciembre de 2014, en la que SP10 a fin de determinar la procedencia de una investigación laboral, concluyó que no existió responsabilidad medica como causa del deceso en el producto de la

gestación, al haber sido inherente a las complicaciones de la preeclamsia y el desprendimiento de placenta, además que no permitió salvar al producto ante la *“manera abrupta de manifestarse”*.

36. Oficio FGE/VFZS/DDH/023/2018 de 12 de enero de 2018, a través del cual la actual Fiscalía General del Estado de Quintana Roo, informó a este Organismo Nacional la imposibilidad para informar el estado que guardaba la Carpeta de Investigación 1, y anexó un oficio firmado por AR8 en el cual se informó que el 3 de enero de 2018 fue remitida a la Procuraduría General de la República por el delito de homicidio cometido en agravio del producto de la gestación y en contra de AR5.

37. Oficio FGE/VFZS/DDH/059/2018 de 8 de febrero de 2018, a través del cual la actual Fiscalía General del Estado de Quintana Roo informó a este Organismo Nacional, la imposibilidad para informar el estado que guardaba la Carpeta de Investigación 2, debido a que AR8 la remitió a la Procuraduría General de la República.

38. Oficio 00884/18DGPCDHQI de 9 de febrero de 2018, a través del cual la Procuraduría General de la República anexó el diverso SCRPPA/DSCA/0270/2018 de ese mismo mes y año, mediante el cual informó a este Organismo Nacional que el 8 de enero de 2018, recibió el original de la Carpeta de Investigación 2, misma fecha en que la radicó como Carpeta de Investigación 3.

39. Oficio 001827/18 DGPCDHQI de 12 de marzo de 2018, a través del cual la Procuraduría General de la República remitió a este Organismo Nacional el diverso UNAI-III-CHETUMAL0013/2018 de 5 de ese mismo mes y año, en el que

informó que el 17 de agosto de 2015, la actual Fiscalía General del Estado de Quintana Roo, solicitó la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la Carpeta de Investigación 2.

40. Correo electrónico de 3 de abril de 2018, a través del cual la actual Fiscalía General del Estado de Quintana Roo indicó a este Organismo Nacional, que los números de carpeta asignados a los hechos probablemente constitutivos del delito de homicidio cometido en agravio del producto de la gestación y en contra de AR5, fueron asignados por el sistema informático de dicha Fiscalía de acuerdo al área correspondiente, por lo cual el Número Único de Caso, la Carpeta de Investigación 1 y la Carpeta de Investigación 2, pertenecen a la misma carpeta de investigación.

41. Oficio 003076/18 DGPCDHQI de 25 de abril de 2018, a través del cual la Procuraduría General de la República anexó el diverso UNAI-III-CHETUMAL-0032/2018, en el cual informó a este Organismo Nacional que el 6 de marzo de 2018, V1 y V2 asistidos de asesores jurídicos de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, solicitaron mecanismos alternos de solución de controversias, por lo que; en la audiencia del 20 de abril de 2018, se desprendió un posible acuerdo económico a su favor.

42. Oficio 095217614C21/1820 de 17 de agosto de 2018, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, el diverso 240201200200/DIR637/2018, por el cual la subdirección del Hospital General 1 adjuntó las notas de control prenatal de V1 en el período comprendido del mes de abril a noviembre de 2014, de las que se destacó lo siguiente.

42.1. En el rubro de “*evolución del embarazo*”, se asentó información de las revisiones que a V1 le fueron realizadas el 8 de abril, 28 de mayo, 10 y 25 de junio, 25 de julio, 5 y 22 de agosto, 5 y 24 de septiembre, 13 y 24 de octubre y 10 de noviembre de 2014 por AR1, AR2 y AR3 indistintamente.

42.2. En el rubro “*resultados de laboratorio*”, indicaron los laboratoriales realizados a V1 el 3 de abril de 2014, así como sus ultrasonidos del 20 de mayo y 9 de octubre de ese mismo año.

42.3. Nota médica de 28 de mayo de 2014, en la cual AR2 diagnosticó a V1 con embarazo normal. No se advirtió información en los rubros referentes al tiempo de evolución y exploración.

42.4. Nota médica de 10 de junio de 2014, en la cual AR3 indicó que a V1 se le aplicó la primera dosis de “*TD*” (vacuna contra el tétanos y la difteria) y la diagnosticó con embarazo normal. No se advirtió información en los rubros referentes al tiempo de evolución y exploración.

42.5. Nota médica de 25 de julio de 2014, en la que AR1 diagnosticó a V1 con embarazo normal, indicándole como tratamiento “*hidralazina*” cada 24 horas durante 30 días y ácido ascórbico. No se advirtió información en los rubros referentes al tiempo de evolución y exploración.

42.6. Nota médica de 5 de agosto de 2014, a través de la cual AR3 diagnosticó a V1 con embarazo normal. Tratamiento ilegible y no se advirtió información en los rubros referentes al tiempo de evolución y exploración.

42.7. Nota médica de 5 de septiembre de 2014, en la que AR3 le indicó a V1, que cursaba el segundo trimestre del embarazo, con 28 semanas de gestación por ultrasonido, abdomen gestante con producto único vivo, crecimiento de fondo uterino y frecuencia cardiaca fetal normales. No se advirtió información en los rubros referentes al tiempo de evolución y exploración.

42.8. Nota médica de 24 de septiembre de 2014, en la cual AR1 reportó a V1 con embarazo normal y le indicó *“hidralazina”* cada 24 horas, durante 20 días; se inició manejo diurético como adyuvante, *“además de sus cifras tensoriales”*, con cita en dos semanas. No se advirtió información en los rubros referentes al tiempo de evolución y exploración.

42.9. Nota médica de 10 de noviembre de 2014, en la que AR2 refirió a V1 con embarazo normal y le dio capacitación en modificación de estilos de vida, salud reproductiva y planificación familiar, así como solicitó ultrasonido obstétrico para descartar placenta previa y corroborar su presentación, con cita en siete días. No se advirtió información en los rubros referentes al tiempo de evolución y exploración.

43. Oficio 005923/18 DGPCDHQI de 24 de agosto de 2018, a través del cual la Procuraduría General de la República remitió a este Organismo Nacional, el diverso CHET-III-771/2018 por el cual se informó que la Carpeta de Investigación 3 se encuentra en fase de investigación inicial y el 3 de agosto de este año, se solicitó la pericial en materia de medicina forense a fin de que se determine si hay responsabilidad profesional por personal médico y paramédico del Hospital General 1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

44. El 19 de noviembre de 2014, V2 formuló denuncia en la entonces Procuraduría Estatal, con motivo de la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General 1, por lo que se inició el Número Único del Caso, bajo la Carpeta de investigación 1.

45. El 11 de diciembre de 2014, V2 presentó queja en el IMSS, la cual se radicó como Expediente de Queja, en el que el 16 de julio de 2015, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de dicha institución, determinó procedente la queja en los siguientes términos:

“PRIMERO. Con base en la investigación médica, se declara la queja PROCEDENTE desde el punto de vista médico.

SEGUNDO. Con base en la opinión de la coordinación de legislación y consulta, ha lugar al pago de (...) por concepto de indemnización por el fallecimiento [del producto de la gestación], a quien acredite su legítimo derecho (...).

TERCERO. El caso se hizo del conocimiento de la Oficina de Investigaciones Laborales la que dará respuesta a la solicitud de sanción.

CUARTO. Con base en el artículo 4 del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS, el Titular de la Delegación involucrada deberá dar vista del caso al Órgano Interno de Control.

QUINTO. Hágase del conocimiento a las autoridades médicas Delegacionales para que implementen las medidas preventivas y correctivas para que no se repitan casos como el presente.

SEXTO. El seguimiento a los puntos de este Acuerdo será por conducto de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública”.

46. El 21 de noviembre de 2014, SP3 solicitó al Departamento Jurídico de Chetumal, Quintana Roo de dicha institución, realizara la investigación laboral con motivo de la queja presentada por V2.

47. El 7 de septiembre de 2015, el IMSS dio vista al área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control, en donde se inició una investigación administrativa que a la fecha de la expedición de la presente Recomendación continúa en trámite.

48. El 17 de septiembre de 2015, en cumplimiento al punto quinto del acuerdo de 16 de julio de 2015, emitido en el Expediente de Queja, el IMSS solicitó a SP3 implementara medidas correctivas y preventivas para evitar hechos similares a los del caso que nos ocupa.

49. El 8 de diciembre de 2015, V1 recibió el pago por concepto de indemnización.

50. El 20 de diciembre de 2017, la Jefatura de Servicios de Desarrollo de Personal de la Delegación Quintana Roo, informó que la Subcomisión Mixta Disciplinaria no encontró elementos para que se aplicaran medidas disciplinarias al personal médico involucrado en la atención otorgada a V1, debido a que la opinión técnico médica de SP10 determinó que el deceso del producto de la gestación fue

inherente a las complicaciones de la preeclamsia y el desprendimiento de la placenta no permitió salvarlo.

51. El 8 de enero de 2018, AR8 remitió la Carpeta de Investigación 2 a la Procuraduría General de la República, por hechos probablemente constitutivos del delito de homicidio cometido en agravio del producto de la gestación y en contra de AR5, por ser hechos de su competencia.

52. En esa misma fecha, la Procuraduría General de la República radicó la Carpeta de Investigación 2 como Carpeta de Investigación 3.

53. El 3 de agosto de 2018, el Representante Social de la Federación solicitó la pericial en medicina forense a fin de que se determinara la existencia o no de responsabilidad profesional por personal médico y paramédico del Hospital General 1, sin que a la fecha en que se emite la presente Recomendación, se cuente con el mismo.

IV. OBSERVACIONES.

54. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/1623/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 1, en agravio de V1 y del producto de la gestación, así como del personal de la entonces Procuraduría Estatal en agravio de V1 y V2, de conformidad con lo siguiente:

54.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud, así como afectación y pérdida del producto de la gestación.

54.2. Violación al derecho humano a la integridad personal.

54.3. Violación al derecho humano a la libertad y autonomía reproductiva.

54.4. Violación al derecho humano a una vida libre de violencia obstétrica.

54.5. Violación al derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

54.6. Violación al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración en agravio de V1 y V2.

55. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

56. El artículo 4° de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

57. 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 (...).⁹

58. El punto 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 (...)”*.¹⁰

59. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General número 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la cual 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 proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.

60. En los artículos 10.1 e incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos

⁹ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

¹⁰ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*. aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

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 cual el Estado debe adoptar medidas para garantizar este derecho, como la atención primaria de la salud al alcance de todos y prevenir las enfermedades, o en su caso, dar tratamiento.

61. El párrafo 1º 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”*.

62. Respecto al derecho a la protección de la salud, en relación con la salud reproductiva, el párrafo 27 de la Recomendación General N° 24 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, precisó que *“(...) es obligación de los Estados garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.

63. 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.

64. 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”*.¹¹

65. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del Hospital General 1 no consideraron su calidad de garantes en la atención médica brindada a V1 conferida por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7º del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, lo que se tradujo en la evidente violación al derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida del producto de la gestación, como se acreditará más adelante.

66. Previo al análisis de las acciones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, se señalarán los antecedentes clínicos de V1 en el Hospital General 1.

¹¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe *“Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”*. OEA/Ser.LV/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

❖ **Atención médica brindada a V1 en la consulta externa.**

67. El 27 de marzo de 2014, V1 de 29 años, acudió a consulta externa del Hospital General 1, donde SP1 la reportó con “*amenorrea*”, esto es, ausencia de la menstruación, por lo cual ordenó se le realizaran estudios de control para corroborar o descartar el embarazo, así como le prescribió ácido fólico y fumarato ferroso.

68. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, la atención médica que SP1 brindó a V1 fue adecuada y apegada a la NOM-007-SSA2-1993, “*Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido*”¹², toda vez que le realizó un interrogatorio y exploración física completa, solicitó laboratorios y le prescribió anti-anémicos.

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

69. Se valorarán las violaciones al derecho humano a la protección de la salud de V1, en los distintos servicios del nosocomio en cita.

¹² NOM-007-SSA2-1993. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

❖ **Control prenatal del 8 de abril al 18 de noviembre de 2014.**

70. V1 acudió a su primera cita de control prenatal¹³ el 8 de abril de 2014, siendo atendida por AR1, quien a la exploración física la encontró con signos vitales estables, 63 kilogramos, sin crecimiento uterino por la edad gestacional, le indicó que los estudios de laboratorio que le realizaron el 3 de ese mismo mes y año, reportaron glucosa, hemoglobina y leucocitos dentro de parámetros normales, no así el examen general de orina debido a que se encontraba “contaminado” (leucocitos de 3-5 x campo, células epiteliales +++, filamentos, moco) y debido a que la prueba inmunológica del embarazo resultó positiva, indicó su plan de manejo.

71. El 20 de mayo de 2014, se le realizó el primer ultrasonido obstétrico a V1, por lo que AR4 la diagnosticó con 13 semanas, 2 días de gestación, placenta corporal anterior grado 0, normoinsera (normal), sin anomalías somáticas aparentes y con fecha probable de parto de 23 de noviembre de 2014.

72. El 28 de mayo de 2014, V1 fue valorada por AR2, quien la diagnosticó con embarazo normal.

¹³ La Guía de Práctica Clínica de “Control prenatal con atención centrada en la paciente”, define al control prenatal como “un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza”.

73. El 10 de junio de 2014, AR3 la revisó y la diagnosticó con embarazo normal, misma fecha en la cual le aplicó la primera dosis de la vacuna contra el tétanos y la difteria.

74. A pesar de que AR1 el 25 de julio de 2014, indicó que V1 cursaba un embarazo normal, le prescribió como parte de su tratamiento *“hidralazina”* (medicamento propio de la hipertensión arterial) cada 24 horas por 30 días, ácido ascórbico (medicamento para fortalecer la vitamina C) cada 24 horas durante 40 días, indicándole redujera la ingesta de sal y enlatados debido a la inflamación de los pies.

75. El 5 de septiembre de 2014, AR3 refirió que V1 cursaba el segundo trimestre del embarazo, con 28 semanas de gestación por ultrasonido, abdomen gestante con producto único vivo, crecimiento de fondo uterino y frecuencia cardíaca fetal normales, y el 5 de agosto de 2014, la reportó con embarazo normal.

76. El 24 de septiembre de 2014, AR1 de nueva cuenta diagnosticó a V1 con embarazo normal, sin embargo, le volvió a indicar como tratamiento *“hidralazina”* cada 24 horas, durante otros 20 días, misma fecha en que inició con manejo diurético como *“adyuvante”* a sus cifras tensoriales y la citó en dos semanas con cita abierta a urgencias de requerirlo.

77. El 9 de octubre de 2014, V1 acudió con AR4 para que le realizara el segundo ultrasonido obstétrico, en el cual fue diagnosticada con embarazo de 31 semanas, 3 días y con *“líquido amniótico (...) disminuido en forma leve para la edad gestacional, con grumos o ecos (...)”*.

78. En la cita del 13 de octubre de 2014, V1 le comentó a AR1 que sentía molestias en el abdomen cuando realizada actividad física, sin que dicho médico indagara al respecto, limitándose a indicarle como parte de los cuidados del embarazo realización de actividad física sin riesgos y evitar sobreesfuerzos.

79. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional, que en esa cita AR1 le comentó a V1, que por ultrasonido obstétrico del 9 de octubre de 2014, contaba con 31.3 semanas de gestación, sin que le refiriera que el líquido amniótico se encontraba disminuido en forma leve para la edad gestacional, con grumos o ecos, lo que demostró una atención médica deficiente, máxime que debió enviarla con el especialista para su manejo.

80. El 24 de octubre de 2014, V1 fue valorada por AR2, quien la reportó con 34 semanas de gestación, a la exploración física la observó con tensión arterial de 110/70 mmHg., 69 kilogramos, afebril, orofaringe hiperémica, cardioventilatorio sin compromiso, abdomen con fondo uterino de 30 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, con movimientos fetales espontáneos, sin contracciones uterinas, ni edema en miembros pélvicos, y debido a que presentaba rinofaringitis aguda, la derivó a la especialidad de ginecobstetricia para su atención integral.

81. En la cita del 10 de noviembre de 2014, personal de quien se desconoce su nombre, estableció que V1 cursaba con embarazo de 38 semanas de gestación y por ultrasonido de 35 a 36 semanas, con fecha probable de parto, 22 de noviembre de 2014; a la exploración física encontró fondo uterino de 32 centímetros, frecuencia cardiaca fetal, 136 latidos por minuto, presión arterial

120/70 mmHg. (normal), 69 kilogramos, con movimientos fetales positivos y sin evidencia de trabajo de parto.

82. El 14 de noviembre de 2014, V1 acudió a la realización de su tercer ultrasonido obstétrico, en el cual AR4 la reportó con “(...) *embarazo de 33 semanas 3 días por “DBP (diámetro biparietal), CC (circunferencia cefálica), CA (circunferencia abdominal) y LF (longitud femoral), solo por LF la EG (edad gestacional) es de 36 semanas 3 días”, con placenta corporal anterior grado III, normoinserta, ‘oligohidramnios moderado’, a considerar RCI (restricción del crecimiento intrauterino), sin anomalías somáticas aparentes, peso aproximado de 2,251 grs., indispensable correlación clínica y con otros [ultrasonidos]”.*

83. En ese sentido, los médicos de este Organismo Nacional difirieron con la temporalidad de gestación señalada por AR4, pues conforme a la fecha de última regla, esto es el 15 de febrero de 2014, V1 debería contar con 37.4 semanas de gestación, aunado a que debió enviarla al servicio de urgencias de ginecobstetricia para su manejo especializado por la presencia de “*oligohidramnios moderado*”, máxime que desde el ultrasonido que se le realizó el 9 de octubre de 2014, había advertido disminución del líquido amniótico para la edad gestacional.

84. Misma omisión en que incurrió el personal de quien se desconocen datos y que la valoró el 18 de noviembre de 2014, a pesar de que le explicó a V1, que el producto de la gestación tenía bajo peso, poco líquido amniótico y aparentaba menos tiempo, diciéndole que esperara la cita con el ginecólogo para que se determinara si tendría parto natural o cesárea.

85. Ante la incertidumbre de su condición médica, V1 acudió con un médico particular, quien le realizó diverso ultrasonido, diagnosticándola con embarazo de 39.3 semanas por fecha de última regla, feto único vivo de 35.3 semanas por fetometría y datos compatibles con *“probable retardo en el crecimiento intrauterino, peso aproximado de 2,520 kilogramos, placenta corporal anterior grado III, ‘oligohidramnios severo’, datos de madurez fetal”*.

86. En la opinión del personal médico de este Organismo Nacional de 23 de noviembre de 2017, AR1, AR2, AR3, AR4 y otros médicos de quienes no se pudo establecer su nombre, cargo, matrícula y/o especialidad, durante el control prenatal de V1 incurrieron en las siguientes omisiones:

86.1. AR1, AR2 y AR3 no le realizaron a V1, una historia clínica completa en búsqueda de factores de riesgo a través del interrogatorio para que verificaran si presentaba síntomas que pudieran tener repercusiones en la evolución de su embarazo, como aconteció.

86.2. Tampoco elaboraron su exploración física completa, en la que se incluyera toma de citología cérvico-vaginal, determinación de VDRL (prueba serológica para diagnóstico de sífilis), detección de hepatitis B y la calificación del riesgo obstétrico, tal como lo establecen los puntos 5.4.1.1., 5.1.5 y 5.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”*.

86.3. No obstante que la citada norma oficial mexicana establece en el punto 5.1.6 que en cada consulta prenatal se debe realizar a la paciente una biometría hemática completa y examen general de orina, de las

evidencias con que se cuenta, se advirtió que posterior a los estudios de laboratorio del 3 de abril de 2014, en los que se reportó que el examen general de orina de V1 estaba “contaminado”, fue hasta el 26 de septiembre de 2014, cuando se le realizaron dichos estudios, esto es, posterior a cinco meses.

86.4. AR1 el 25 de julio y el 24 de septiembre de 2014, reportó que V1 cursaba embarazo normal cuando no era así, ya que le prescribió “hidralazina” (medicamento propio de la hipertensión inducida por el embarazo).

86.5. Cabe mencionar que en el ultrasonido del 9 de octubre de 2014, AR4 reportó que V1 presentaba líquido amniótico disminuido en forma leve para la edad gestacional, sin embargo, durante las revisiones subsecuentes de AR1, AR2 y AR3 omitieron enviarla al segundo nivel de atención médica para su valoración y manejo especializado.

86.6. Misma omisión en que incurrió AR4, el 14 de noviembre de 2014, cuando del ultrasonido obstétrico que le realizó a V1 apreció la presencia de “oligohidramnios moderado” a considerar la restricción del crecimiento intrauterino, ya que tales complicaciones condicionaban riesgo para el bienestar fetal y, por tanto, ameritaban un manejo especializado.

86.7. Llama la atención que a pesar de que a V1 durante el control prenatal se le diagnosticó con embarazo normal, en las valoraciones realizadas en la hoja de “evolución del embarazo” no se advirtió que AR1, AR2 ni AR3 hayan indicado el tiempo de evolución ni la exploración de la paciente.

87. En ese sentido, el personal médico de esta Comisión Nacional determinó que, si a V1 se le hubiera referido al siguiente nivel de atención médica desde que presentó la sintomatología reseñada, se le habría brindado una atención oportuna e idónea y mejor pronóstico de sobrevida para el producto de la gestación.

88. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4 y los médicos de quienes se desconoce nombre y cargo, durante el control prenatal de V1, no garantizaron su derecho a la protección a la salud, al no haberle proporcionado la atención médica inmediata que requería desde la fecha en la cual se le suministró medicamento para hipertensión gestacional, así como cuando se determinó la disminución de líquido amniótico y la posible restricción del crecimiento intrauterino, por lo cual incumplieron los puntos 5.1.3, 5.1.5, 5.1.6, 5.1.7, 5.2.2 y 5.3.2.1 de la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”*, vigente en el momento de los hechos, que establecen los factores que se deben considerar durante el control prenatal para detectar posibles factores de riesgo obstétrico, incluyendo la prevención e identificación de signos de alarma, como dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa, hinchazón de cara, manos y piernas, salida de líquido o sangre vía vaginal, fiebre, flujo vaginal y dolor abdominal.

89. También incumplieron con la *Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo*, que establece que la paciente debe ser evaluada durante toda la gestación y en caso de que se detecten factores de alto riesgo, como trastornos hipertensivos del embarazo, se debe considerar su envío a segundo nivel de atención médica, lo que en el caso particular no aconteció por las razones expuestas, y si bien es cierto AR2 el 13 de octubre de 2014 ordenó su valoración

por ginecobstetricia, únicamente fue con motivo de la rinofaringitis aguda que presentó, no por su diagnóstico reportado en el ultrasonido del 9 de ese mismo mes y año.

90. A su vez, la *Guía de Práctica Clínica para la Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo*, establece que uno de los factores de riesgo con mayor probabilidad para que se desarrolle preeclamsia, es la hipertensión arterial con motivo del embarazo, en cuyo caso se debe remitir a la paciente al segundo nivel de atención médica para su control prenatal, lo cual incumplió AR1 cuando le suministró a V1 “hidralazina”.

❖ Atención médica de V1 el 19 de noviembre de 2014 en el área de TRIAGE y en el servicio de urgencias.

91. El 19 de noviembre de 2014, V1 advirtió que cuando orinó le salió líquido, por lo que se dirigió a servicio de urgencias donde llegó a las 08:10 horas, siendo atendida en el área de TRIAGE por SP2, a quien le dijo que se le ponía “dura la panza”, por lo que dicha profesionista la reportó con dolor obstétrico, pérdidas transvaginales compatibles clínicamente con líquido amniótico, “*oligohidramnios*” diagnosticado por ultrasonido del día inmediato anterior, con fecha de última regla el 15 de febrero de 2014 y con fecha probable de parto de 22 de noviembre de 2014.

92. A la exploración física la reportó con 72 kilogramos, frecuencia cardiaca de 61 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto, afebril e hipertensión arterial de 155/78 mmHg., por lo cual integró el diagnóstico de embarazo de 39 a 40 semanas por fecha de última regla y por ultrasonido de 35.3 semanas de

gestación y “*oligohidramnios*”, lo que ameritó su clasificación con código amarillo¹⁴ y debido a que se encontraba ante una urgencia obstétrica¹⁵ absoluta, ordenó su inmediata valoración por urgencias.

93. A las 08:30 horas de ese mismo 19 de noviembre de 2014, SP5 confirmó los datos asentados por SP2 y encontró a V1 con abdomen globoso a expensas de útero gestante con 29 centímetros de fondo uterino, producto único vivo, en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la izquierda, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto (normal), con reporte de ultrasonido de probable retardo del crecimiento intrauterino y “*oligohidramnios*”, placenta con madurez grado III.

94. Asimismo, la diagnosticó con embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última regla, probable ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino y “*oligohidramnios severo*”, por lo que previa firma del consentimiento informado, ordenó su inmediato ingreso a tococirugía para que ginecología normara la conducta a seguir.

95. Personal médico de este Organismo Nacional indicó que SP2 y SP5 le otorgaron a V1 una atención médica adecuada al haberla canalizado a

¹⁴ La Secretaría de Salud en el “*Lineamiento Técnico del Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*”, lo define como toda condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada).

¹⁵ Complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.

ginecobstetricia debido a que se encontraba comprometida la vida del producto de la gestación.

❖ **Atención médica de V1 en el área de “tococirugía”.**

96. A las 08:45 horas del referido 19 de noviembre de 2014, AR5 recibió a V1 procedente del servicio de urgencias por “*ruptura prematura de membranas*”, le realizó una especuloscopia (visualización directa de la vagina y el cuello previa colocación de un espéculo) e indicó que no había salida de líquido transvaginal, al tacto vaginal encontró el cérvix cerrado con producto único vivo longitudinal, cefálico, altura de fondo uterino de 30 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, sin actividad uterina.

97. La diagnosticó con embarazo de 39.5 semanas de gestación por fecha de última regla, sin trabajo de parto, empero ante la evidencia del resultado de su ultrasonido y por ser una paciente de “*término*”, solicitó una prueba de bienestar fetal “*prueba de manning*” para inicio de inductoconducción, le indicó dieta líquida, ayuno, toma de signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina, ultrasonido, estudios de laboratorio básicos¹⁶ y solución intravenosa.

98. Este Organismo Nacional advirtió que en la hoja de partograma AR5 se limitó a asentar la frecuencia fetal del producto de la gestación cada media hora, esto es, de las 10:30 horas hasta las 13:30 horas, la cual osciló entre 145 a 130 latidos

¹⁶ Biometría completa, tiempos de coagulación y química sanguínea.

por minuto e indicó que no hubo variedad de posición en dicho lapso, sin que asentara los signos vitales de V1.

99. Los resultados de laboratorio de las 11:17 horas de ese mismo día, reportaron a V1 con biometría hemática y tiempos de coagulación dentro de parámetros aceptables.

100. A criterio del personal médico de este Organismo Nacional, AR5 omitió en la valoración de V1, lo siguiente:

100.1. La solicitud urgente del ultrasonido obstétrico de V1 para descartar alguna alteración del bienestar fetal, así como para medir la cantidad del líquido amniótico, y no haberlo requerido de manera “ordinaria” como aconteció.

100.2. Ello ocasionó que hasta las 16:00 del 19 de noviembre de 2014, AR4 acudiera por V1 para dicho estudio, esto es, cuarenta y cinco minutos posteriores al momento en que se le extrajo el producto de la gestación, lo que ameritó que AR4 asentara en la referida orden “(...) fui por [la] paciente y me informan que (...) tuvo muerte fetal de su producto [de la gestación] (...)”, lo que sin duda evidenció el inadecuado manejo médico de AR5, ello sin contar que debió realizarle la cesárea desde su primer contacto.

100.3. Indicó inductoconducción sin criterios para ello, sin considerar que dicho procedimiento está contraindicado en pacientes con “oligohidramnios severo” porque eleva el riesgo de morbilidad materno-fetal.

100.4. No realizó una historia clínica y exploración física completa, ni valoró los signos vitales de V1, ni calificó el riesgo obstétrico, aun cuando contaba con síntomas compatibles con embarazo de alto riesgo.

100.5. A pesar de que V1 fue reportada desde las 08:10 horas por SP2 y posteriormente por SP5, con tensión arterial de 155/78 mmHg., AR5 omitió la realización del perfil toxémico indicado en pacientes con hipertensión arterial (biometría hemática completa, tiempos de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático, ácido úrico, creatinina, nitrógeno ureico, depuración de creatinina en orina de 24 horas y examen general de orina) lo cual era útil para corroborar o descartar la presencia de proteinuria, esto es, presencia en la orina de proteínas en cantidad superior a la normal.

100.6. Tampoco solicitó que ginecología valorara la pelvis de V1, ni la prueba de nitrazina y la de cristalografía, pruebas diagnósticas para determinar la ruptura prematura de membranas, cuya combinación de acuerdo a la *Guía de Referencia Rápida de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas*, alcanza una exactitud diagnóstica del 93.1%.

100.7. No consideró que SP5 indicó que V1 presentaba contracciones uterinas, lo que significaba “*trabajo de parto*”.

100.8. AR5 ordenó el inicio de inductoconducción de V1, pero omitió registrar los factores de riesgo que presentaba, la dilatación cervical, la tensión arterial, pulso, contracciones, temperatura, así como algún dato de su evolución y del producto, máxime que desde su llegada al hospital la

paciente presentó hipertensión arterial, lo que condicionó el riesgo del bienestar materno-fetal al no haberle otorgado manejo idóneo, esto es la realización de una cesárea para el mejor pronóstico de sobrevivencia del producto de la gestación.

101. En el partograma reportado por AR5, se evidenció como último registro de la frecuencia fetal a las 13:30 horas, por lo que se infirió que V1 no tuvo vigilancia obstétrica estrecha desde esa hora hasta que entró el siguiente turno laboral, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, provocó que pasara desapercibida la falta de progresión de trabajo de parto, por lo cual dicho profesional incumplió los puntos 5.4.2., 5.4.2.1. y 5.4.2.3. de la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido”*, que especifican la frecuencia con que se deben realizar los registros de la madre como del producto de la gestación.

102. Hasta las 14:10 horas del 19 de noviembre de 2014, AR6 valoró a V1 reportándola con leve dolor tipo cólico intermitente, adecuados movimientos fetales, sin datos de vasoespasmo, con 39 semanas de gestación por fecha de última regla, a descartar ruptura prematura de membranas, pródromos de trabajo de parto, probable retardo del crecimiento intrauterino, *“oligohidramnios severo”*, así como enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

103. A la exploración física, la refirió con tensión arterial de 140/90 mmHg., 70 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, abdomen globoso por útero gestante, fondo uterino de 30 centímetros, actividad uterina de leve intensidad, frecuencia cardíaca fetal 120 latidos por minuto (límite inferior), al tacto vaginal sin modificaciones y sin sangrado.

104. También reportó sus ultrasonidos previos y la diagnosticó con embarazo de término, retraso del crecimiento intrauterino, “*oligohidramnios severo*” y pródromos de trabajo de parto.

105. A pesar de que agregó que cuando V1 ingresó por la mañana presentaba hipertensión arterial de 155/78 mmHg., y que AR5 solicitó a dicho turno se le realizara una prueba de bienestar fetal, optó por esperar la realización del citado estudio para que pudiera realizar una cesárea.

106. En ese sentido, personal médico de este Organismo Nacional señaló que si a V1 se le hubiera realizado la cesárea urgente que requería, se habría evitado la complicación con la que cursó cincuenta minutos más tarde.

107. Debido a que a las 15:00 horas, V1 presentó dolor tipo cólico intenso, sangrado transvaginal abundante (coágulos) de 600 centímetros cúbicos, útero hipotónico (flácido), datos indicativos de desprendimiento prematuro de placenta, y posterior a que AR6 verificó la alarmante disminución de la frecuencia cardiaca fetal, esto es de 70-98 latidos por minuto (bradicardia), ordenó su ingreso a quirófano a las 15:10 horas, previa firma del consentimiento informado, AR7 le suministró anestesia general balanceada.

108. Cinco minutos más tarde, esto es a las 15:15 horas de ese 19 de noviembre de 2014, AR6 le realizó a V1 la extracción manual del producto de la gestación e indicó que “*se obtuvo [producto] único muerto*”, el cual entregó al médico pediatra SP8.

109. Dicho pediatra le realizó somatometría y lo reportó como persona del sexo masculino, de 2,500 gramos, con 38 semanas de gestación, apgar 0/0, sin traumatismo aparentes, “*anhidramnios*” (ausencia total de líquido amniótico), escaso meconio espeso +++ (sic) que tiñó la placenta y el cordón umbilical, datos que indiscutiblemente confirmaron el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

110. AR6 indicó como diagnóstico postquirúrgico, desprendimiento de placenta del 70 al 80%, hipotonía transitoria (disminución significativa en tono muscular) revertida farmacológicamente y con pérdida sanguínea de 800 cc., y ordenó vigilancia del postoperatorio: dieta normal, toma de signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, vigilancia de sangrado transvaginal, cuidados de herida quirúrgica, vendaje abdominal, sonda foley por 8 horas, solución parenteral con oxitocina, antibiótico profiláctico, analgésicos, doble esquema de antihipertensivo, vigilancia estrecha de tensión arterial cada dos horas y la realización de un perfil toxémico.

111. Por lo anterior, personal especialista de Organismo Nacional estableció que AR6 y demás personal que intervino en la atención de V1 desde que le realizó la cesárea urgente hasta que se obtuvo el producto de la gestación sin vida, incurrieron en lo siguiente:

111.1. AR6 solicitó inadecuadamente el perfil toxémico de V1 posterior a la cesárea ya que V1 presentaba hipertensión arterial –documentada- desde su ingreso a urgencias.

111.2. Ante las complicaciones del desprendimiento de placenta y el “*oligohidramnios severo*”, AR6 y AR7 debieron activar el “*código mater*”¹⁷, indicado en casos de urgencia obstétrica absoluta para que se agilizará el manejo integral del binomio materno-fetal hasta su estabilización.

111.3. Misma omisión en que incurrieron AR4 y AR5; por cuanto hace al primero, porque debió activarlo desde el 14 de noviembre de 2014, cuando diagnosticó a V1 con tales padecimientos, y AR5 desde que recibió a V1 en tococirugía con los síntomas que ameritaron su valoración en tococirugía y que requería de atención inmediata.

111.4. Después de siete horas de que V1 ingresó al Hospital General 1, AR6 le practicó la cesárea, a pesar que desde que la valoró (14:10 horas) contaba con criterios absolutos de un caso urgente, y en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, el procedimiento de inductoconducción de AR5 condicionó de forma directa el desprendimiento de placenta normoinserta y la consecuente muerte fetal del producto de la gestación, lo que evidenció su ineficiente atención médica.

112. Las irregularidades señaladas se corroboraron con el certificado de muerte fetal realizado por SP8, en el cual se advirtió lo siguiente:

¹⁷ La Secretaría de Salud en el “*Lineamiento Técnico del Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*”, lo define como la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

112.1. Fecha y hora de expulsión del producto de la gestación, el 19 de noviembre de 2014, a las 15:15 horas.

112.2. El embarazo de V1 fue complicado y la muerte fetal ocurrió durante el parto, debido a que la piel del producto de la gestación estaba fresca.

112.3. Estableció como causa de defunción, *“desprendimiento de placenta (materna) y asfixia severa (fetal)”*.

113. De esta manera, se acreditó que las complicaciones derivaron de las omisiones en que incurrieron de AR5 y AR6, quienes pudieron prevenir el resultado si le hubieran realizado la cesárea a V1 oportunamente, y no ordenar una prueba de bienestar fetal cuando estaban en presencia de una emergencia obstétrica absoluta.

114. Con motivo de lo anterior, el 19 de noviembre de 2014, V2 denunció los hechos en la entonces Procuraduría Estatal y como parte de la integración de la Carpeta de Investigación 1, a las 19:35 horas se le practicó la necropsia al producto de la gestación, en los siguientes términos:

“Se trata de un recién nacido del sexo masculino con características físicas de término, de aproximadamente 5 min. de vida extrauterina de edad, de complexión robusta (...). Se observa marcada presencia de líquido meconial en diferentes partes del cuerpo (...), cavidad [torácica] interna con meconio, (...) dosimacia positiva: esto significa que el producto de la gestación, nació y respiró (...). Abdomen (...) al corte presencia de líquido meconial en su cavidad y tracto intestinal moderadamente distendido (...). Cronotanatodiagnóstico: (...) el tiempo transcurrido entre la defunción y la intervención (...)

fue de 4 hrs. +/- 30 minutos. Conclusiones: La causa directa de la muerte: sufrimiento fetal agudo consecutivo a trabajo de parto prolongado (...)”.

115. El médico legista de Procuraduría General de la República asentó en el certificado de defunción, que el producto de la gestación falleció a las 15:20 horas del 19 de noviembre de 2014, como consecuencia de sufrimiento fetal agudo de 5 minutos.

116. En este sentido, personal médico de este Organismo Nacional precisó que en la necropsia de ley se citó como *“recién nacido”* al producto de la gestación y que desde el punto de vista médico forense, dicha afirmación es incorrecta, debido a que su nacimiento no sucedió porque fue un óbito (muerte fetal intrauterina).

117. Debido a que la causa de la muerte fue secundaria al sufrimiento fetal agudo, al trabajo de parto prolongado, al *“anhidramnios”*, a la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y la inductoconducción, lo que condicionado y favorecido por el desprendimiento de placenta, interrumpió la circulación materno-fetal que derivó en su fallecimiento, complicaciones todas ellas graves que no fueron manejadas oportunamente por el personal médico que intervino en el control prenatal de V1, ni por AR5 y AR6, como se acreditó.

118. La referida opinión médica, se constató con la información que AR6 asentó en la nota de *“terminación del embarazo”*, en la cual indicó que el producto de la gestación *“nació muerto con escaso meconio espeso, placenta y cordón umbilical teñidas de meconio”* (sic); en tanto, SP8 corroboró que el producto de la gestación se encontraba en malas condiciones generales, que no lloró, ni respiró, que su

frecuencia cardíaca era de 0, lo que ameritó su reanimación por diez minutos, sin que mostrara mejoría.

119. Otro dato que denotó la inadecuada atención médica de V1, es que después de 29 horas de que fue hospitalizada, el 20 de noviembre de 2014, SP6 y la propia AR6 le diagnosticaron preeclamsia a pesar de que se documentó que desde su ingreso al hospital presentó hipertensión, la cual no le fue vigilada ni monitoreada.

120. El mal manejo médico de V1 se corroboró también con la interpretación y/o análisis médico de su expediente clínico de 19 de diciembre de 2014, en la cual SP4 concluyó lo siguiente:

120.1. La atención del embarazo de V1 según su expediente clínico, se llevó a cabo de forma regular durante el cual el binomio madre e hijo evolucionaron favorablemente.

120.2. La atención de la evolución del trabajo de parto no se realizó protocolariamente como lo menciona la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”*, porque no se vigiló adecuadamente la evolución del trabajo de parto, aun cuando existió un estudio de ultrasonografía obstétrica que tenía como diagnóstico *“oligohidramnios severo”* (poco líquido amniótico).

120.3. V1 debió haber sido atendida con manejo de urgencia obstétrica y con vigilancia periódica estricta para que se vigilara y detectaran los cambios negativos en el producto.

120.4. Existió un margen muy amplio de tiempo ya que desde las 08:00 hasta las 14:00 horas, no fue atendida y posteriormente se decidió su manejo urgente indicando una cesárea, cuando debió ser atendida desde su ingreso, debido a que el producto ya presentaba sufrimiento fetal agudo.

120.5. La falta de oportunidad en el manejo de la evolución del trabajo de parto de V1, tuvo como resultado las complicaciones que repercutieron en el producto de la gestación, dando como consecuencia su muerte a causa de la hipoxia (disminución de oxígeno a nivel cerebral).

120.6. En relación al diagnóstico del producto de la gestación, en la necropsia de ley del 19 de noviembre de 2014, se describió como “*sufrimiento fetal agudo*”, concepto de orden clínico que comprende algunas alteraciones funcionales del feto durante el embarazo y que son interpretadas habitualmente como traductoras de un estado en el cual hay peligro más o menos próximo de muerte para el feto, como aconteció en el caso particular.

121. Dicha interpretación comprobó que la falta de vigilancia estricta por parte de AR5 hasta el momento en que AR6 ordenó se le realizara una cesárea, ocasionó que las complicaciones que presentaba repercutieran en el producto de la gestación, provocando su lamentable fallecimiento.

122. En ese sentido, AR5 presentó un informe el 1º de abril de 2015 en el que negó los hechos que le atribuyen V1 y V2, en razón de lo siguiente:

122.1. El 19 de noviembre del 2014 le realizó a V1 una exploración ginecológica, sin que observara salida de líquido amniótico, mismo día en que solicitó un ultrasonido para normar la conducta a seguir, esto es, para determinar si ordenaba reposo en cama, inducción del trabajo de parto con ayuda de medicamentos, vigilancia estrecha o interrupción por medio de una cesárea e indicó que se iniciara la inductoconducción con oxitocina para iniciar el trabajo de parto después de que se le realizara dicho estudio.

122.2. La vigiló cada 30 minutos, como consta en el partograma y debido a que la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”*, refiere que no se inicie ningún tratamiento hasta que no se tengan los resultados del ultrasonido, por lo que debe estar bajo vigilancia estrecha.

122.3. En dicha norma se especifica que toda unidad hospitalaria debe contar con criterios médicos y uso racional de cardiotocografía y el ultrasonido.

122.4. Por la patología presentada, V1 requería estudios de apoyo como pruebas de bienestar fetal y perfil biofísico, así como un ultrasonido con una prueba especial llamada *“test de manning”* para verificar en qué condiciones se encuentra el producto.

122.5. Agregó que ha informado a las autoridades en diversas ocasiones que el cardiotocógrafo, aparato que registra la cantidad de latidos y la actividad eléctrica del corazón de los productos de la gestación, requiere un

papel milimétrico, sin que cuente con el mismo, por lo que sólo sirve para escuchar los latidos del corazón.

122.6. Jamás se acercó ningún familiar a solicitar información del estado de salud de V1.

122.7. A pesar de que comentó con el coordinador del estudio solicitado, nunca se realizó y la última valoración que él registró fue a las 13:30 horas, donde se especifica que la frecuencia cardíaca fetal estaba dentro de los parámetros normales (120 a 160 latidos por minuto) y no había actividad uterina.

123. Tal información es coincidente a la que AR5 aportó el 9 de diciembre de 2014, en el área de investigaciones laborales del IMSS, donde agregó que, en cuanto a la probable enfermedad hipertensiva del embarazo, durante su turno nunca documentó presiones arteriales elevadas de V1 y que lo que sucedió con el producto de la gestación, fue una urgencia obstétrica que nadie puede prever, tan es así que falleció por sufrimiento fetal agudo secundario al desprendimiento prematuro de placenta. Contestó a las preguntas que se le realizaron lo siguiente:

123.1. No solicitó el ultrasonido obstétrico de V1 con carácter urgente, porque todos los ultrasonidos de tococirugía son urgentes.

123.2. El ultrasonido era importante para realizar la cesárea a pesar de las condiciones referidas por la paciente.

123.3. El desprendimiento prematuro de placenta no fue consecuencia del retardo del crecimiento intrauterino y el “*oligohidramnios severo*” que V1 presentaba, ya que es una urgencia obstétrica y no hay una causa real que lo condicione.

123.4. V1 siempre estuvo estable y en buenas condiciones durante su turno por eso le extrañaba el comentario en cuanto a su proceder profesional.

123.5. Estuvo al pendiente de V1, revisó la presencia de contracciones uterinas y corroboró la frecuencia cardíaca fetal, la cual siempre se mantuvo dentro de rangos normales durante su turno de las 7:30 a las 14:00 horas.

123.6. El sufrimiento fetal agudo es multifactorial, no se sabe de una causa real, pero hay factores que lo predisponen y en el caso particular se produjo por el desprendimiento de placenta.

123.7. No hay una causa que determine si se pudo haber evitado el desprendimiento prematuro de placenta de V1 y, por ende, la muerte del producto de la gestación.

124. Con tales señalamientos AR5 pretendió justificar el hecho de no haberle practicado a V1 una cesárea desde su arribo a tococirugía, sin embargo, los mismos resultaron ineficaces, pues contrario a su afirmación de que la paciente nunca documentó presiones arteriales elevadas durante su turno, soslayó considerar que uno de los motivos por los cuales fue derivada a dicha área, fue precisamente porque presentaba hipertensión arterial (155/78 mmHg.), sin que obre evidencia alguna que demuestre que le haya tomado los signos vitales

“presión arterial”, lo que dejó entrever una exploración física incompleta, a pesar de la urgencia que ameritaba el caso particular.

125. Respecto a que en todo momento estuvo al pendiente de V1, SP4 concluyó en el análisis del expediente clínico de V1, que la evolución del trabajo de parto desde las 08:00 horas hasta las 14:00 horas no fue vigilada adecuadamente, aun cuando existió un estudio de ultrasonografía obstétrica que tenía como diagnóstico *“oligohidramnios severo”* (poco líquido amniótico), por lo cual V1 debió haber sido atendida con manejo de urgencia obstétrica y con vigilancia periódica estricta, aunado a que desde que V1 ingresó a tococirugía debió realizársele la cesárea porque el producto de la gestación ya presentaba sufrimiento fetal agudo.

126. Por ello, AR5 debió practicarle a V1 una cesárea para asegurar el binomio materno-fetal y no solicitar un ultrasonido para normar la conducta a seguir ante la emergencia obstétrica que la paciente presentaba.

127. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional el informe que, en esa misma fecha, esto es el 1º de abril de 2014, rindió AR6 en el cual indicó lo siguiente:

127.1. A las 14:00 horas del 19 de noviembre de 2014, revisó a V1 y la encontró en buenas condiciones generales y con frecuencia cardíaca fetal de 120 latidos por minuto.

127.2. A las 15:00 horas, personal de enfermería le notificó que de manera súbita V1 presentó dolor importante y sangrado, cuando lo corroboró, advirtió con el tococardiógrafo que la frecuencia cardíaca fetal se

encontraba entre 70 a 89 latidos por minuto, por lo cual ordenó su pase inmediato a quirófano.

127.3. Agregó que V1 ya contaba con factores de riesgo y patologías que incrementaban el riesgo obstétrico:

127.3.1. Presentó a su arribo a tococirugía una presión arterial de 155/78 mmHg. y al inicio del turno vespertino, de 140/90 mmHg., lo que junto con la ruptura prematura de membranas, fueron factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

127.3.2. Desde el 9 de octubre de 2014, inició con disminución de líquido amniótico, reportándose como *“oligohidramnios leve”* y 2 semanas menos por fetometría; el 14 de noviembre de 2014, presentó *“oligohidramnios moderado”* y 5 semanas menos por fotometría, en tanto el 18 de noviembre de ese mismo año, presentó *“oligohidramnios severo”*.

127.3.3. Dichos factores se encuentran relacionados con la muerte fetal, en ese sentido, los consensos internacionales han establecido, que la mortalidad fetal se incrementa cuando el producto de la gestación cuenta con un índice de líquido amniótico menor a 5.

127.3.4. El diagnóstico de retraso de crecimiento intrauterino es *“una indicación absoluta de cesárea”* conforme a la guía de práctica clínica de *“reducción de la frecuencia de operación cesárea”*.

127.4. En la cesárea de urgencia observó el desprendimiento placentario entre 70 a 80%, obteniendo producto único que entregó a personal de enfermería, no observó líquido amniótico, solo escaso meconio +++ (sic) que impregnó la placenta y el cordón umbilical, hipotonía uterina transitoria revertida farmacológicamente y sangrado aproximado de 800 cc.

127.5. Pediatría reportó a las 15:15 horas, como producto del sexo masculino con peso de 2,500 gramos, 38 semanas y apgar 0/0.

127.6. El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se presenta de manera imprevista y es considerando una urgencia obstétrica que compromete la vida de la madre y el producto, por lo cual consideró que actuó de manera inmediata conforme los lineamientos, normas y guías de práctica clínica.

128. Información coincidente con la que AR6 declaró el 9 de diciembre de 2014, en el área de investigaciones laborales del IMSS, donde hizo énfasis que, *“(...) en este tipo de casos, se recomienda de manera unánime la interrupción del embarazo sobretodo, si es un embarazo a término, debido a que el “oligohidramnios” asociado a restricción de crecimiento intrauterino se relaciona con diversos resultados adversos prenatales (...);* a las preguntas formuladas, refirió lo siguiente:

128.1. Consideró pertinente esperar el ultrasonido solicitado por AR5 para conocer el peso y condiciones del “bebé” e informarlo al pediatra para su atención y mejorar su pronóstico.

128.2. No existían datos o condiciones para que V1 realizara el trabajo de parto por todas las patologías mencionadas, aunado a que el retraso de crecimiento intrauterino, es una indicación absoluta de cesárea.

128.3. El ultrasonido solicitado no era de suma importancia para realizar la cesárea, pero sí serviría de apoyo para planificar la atención del “bebé”, esto es, un área con el equipo necesario para un “bebé” con patologías.

128.4. “No sabe a ciencia cierta” qué pudo haber ocasionado el desprendimiento prematuro de la placenta, pero la hipertensión gestacional y la ruptura prematura de membranas son factores de riesgo que influyen en su presentación.

128.5. El tiempo de espera del ultrasonido citado sí influyó considerablemente en la salud de V1 y la del producto de la gestación, porque si se hubiera realizado desde la mañana, se hubiera operado en dicho turno.

128.6. Aun con los antecedentes de V1, no solicitó un ultrasonido urgente, porque AR5 ya lo había solicitado.

128.7. Cuando nació el “bebé” su estado de salud era grave, no lloró, ni respiró al nacer, tenía el cordón, pero con una frecuencia baja, estaba con coloración rosa y lo entregó a enfermería.

128.8. A la pregunta, si pudo haberse evitado el desprendimiento prematuro de placenta y, por ende, la muerte del “bebé”, contestó que *“evitado no, a lo mejor corregir los factores de riesgo que presentaba la paciente”*.

129. Por otro lado, SP8 ese mismo 9 de diciembre de 2014, declaró ante el área de investigaciones laborales del IMSS lo siguiente:

129.1. Cuando entró al área de tococirugía estaba naciendo el “bebé”, se encontraba en malas condiciones generales, pálido, cianótico (morado), hipotónico (músculos flácidos), inició las medidas de reanimación neonatal, aspirado de secreciones boca y nariz, secado del producto y estimulación táctil.

129.2. No presentó llanto, por lo cual le aplicó oxígeno con presión positiva “ambú” por 30 segundos, sin que observara mejoría, debido a que persistía la palidez y la cianosis.

129.3. Auscultó la frecuencia cardíaca, la cual era de 0, lo intubó, le dio masaje cardíaco, le aplicó adrenalina intratraqueal y continuó con la reanimación por diez minutos, sin embargo, al no haber mostrado mejoría, la suspendió.

129.4. En ningún momento lloró, ni respiró o se movió, *“estando como testigo el servicio de enfermería”*.

129.5. Cuando le avisaron de la cesárea, estaba en la consulta externa de pediatría porque es el único pediatra en el turno vespertino.

129.6. Aclaró que si el producto hubiera nacido vivo, cuando le aplicó las medidas de reanimación hubiera respondido con incremento de la frecuencia cardíaca y mejoría en la coloración de piel.

129.7. A las preguntas formuladas, SP8 refirió lo siguiente:

129.7.1. Le solicitaron su presencia en tococirugía desde las 15:00 horas del 19 de noviembre de 2014.

129.7.2. Cuando *“nació el bebé”* lo entregaron a enfermería porque en ese momento él entraba, pero enfermería se lo entregó inmediatamente y lo apreció en malas condiciones, sin movimiento alguno en apnea (sin respiración).

129.7.3. Que determinó muerte fetal por los antecedentes del desprendimiento de placenta y las condiciones en las que lo recibió, aunado a que no respondió a la reanimación neonatal.

129.7.4. Levantó un certificado de muerte fetal y no de defunción, por las condiciones clínicas en que recibió al *“recién nacido, por no responder a la reanimación del recién nacido en ningún momento (...) si hubiera nacido vivo, hubiera respondido a la reanimación”*.

129.7.5. El desprendimiento prematuro de placenta de V1, se originó por la hipertensión materna secundaria al embarazo.

129.7.6. El sufrimiento fetal agudo lo originó el desprendimiento de placenta, la hipertensión materna y el “*oligohidramnios*”.

129.7.7. Es muy probable que, si se hubiera operado antes a V1, se hubiera evitado el desprendimiento prematuro de la placenta y la consecuente muerte del producto de la gestación.

129.7.8. El retraso en el crecimiento intrauterino influye en la obtención con vida del bebé, ya que al haber retraso hay crecimiento anormal de todos sus órganos, lo que influye en su sobrevivencia.

130. A pesar de que AR6 afirmó que actuó conforme a las normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica, de su propia manifestación se infirió su inadecuada atención médica, debido a que fue clara y precisa cuando explicó que la sintomatología que presentaba V1 era indicativa de una cesárea, la cual postergó desde el primer momento en que la atendió hasta que se complicó el embarazo y se produjo la lamentable pérdida del producto de la gestación.

131. En ese mismo sentido, SP8 aseveró que era muy probable que si a V1 se le hubiera realizado la cesárea desde que llegó a tococirugía, esto es, cuando fue atendida por AR5, se hubiera evitado la lamentable pérdida del producto de la gestación, declaraciones que evidenciaron que el estudio de bienestar fetal que solicitó AR5 en lugar de beneficiar la atención médica del binomio materno-fetal,

les causó perjuicio, omisión que también es atribuible a AR6 por las razones señaladas.

132. Por lo tanto, AR5 y AR6 incumplieron 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, que especifica que por urgencia se entiende *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”*.

133. También los artículos 72 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establecen que una urgencia es *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida y por ello requiere atención inmediata, aunado a que los responsables de un hospital gineco-obstétrico están obligados a adoptar medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad materno infantil”*, situación que en el caso particular no sucedió, debido a que la inadecuada atención de V1 repercutió en su derecho a recibir servicios adecuados de atención a su salud como se demostró.

134. En ese sentido la NOM-007-SSA2-1993 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”*, 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 el uso del *“(...) enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos (...)”*, lo que en el

caso concreto no sucedió y que trajo como consecuencia una afectación y la pérdida del producto de la gestación.

135. El artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoció que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*, sin que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y demás personal interviniente cumplieran con su deber de garantizar con calidad y oportunidad los servicios de salud para V1, vulnerando con ello su derecho humano a la protección de la salud.

136. Por lo expuesto, el personal médico interviniente en el control prenatal de V1 incumplieron con los artículos 33, fracción II de la Ley General de Salud, que alude a las actividades de la atención médica y puntualiza que las *“(...) Curativas, tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; (...)”*, 51 y 61 del citado ordenamiento, en los que se dispone que las personas usuarias tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, recibir atención profesional y éticamente responsable, y en el caso de la atención materno-infantil durante el embarazo, el parto y el puerperio, se debe atender la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto, lo que no aconteció.

❖ **Atención médica postoperatoria de V1.**

137. El 21 de noviembre de 2014, SP6 y diverso médico le transfundieron a V1 dos paquetes globulares sin complicaciones y la diagnosticaron postoperada de cesárea, puerperio patológico mediato, anemia en corrección y preeclamsia, lo

que ameritó vigilancia estrecha de la tensión arterial con antihipertensivo, inhibidor de lactancia y analgésico.

138. El 22 de noviembre de 2014, SP7 decidió su egreso con cita a medicina familiar o a urgencias ante cualquier eventualidad. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, la atención médica que SP6 y SP7 le proporcionaron a V1 en las fechas referidas fue adecuada.

A.2. Afectación y pérdida del producto de la gestación.

139. Para esta Comisión Nacional la protección del producto de la gestación, se encuentra interconectada con el hecho de que le sean satisfechos con efectividad los derechos a la protección de la salud de la mujer embarazada, a fin de que se garantice la viabilidad del producto de la gestación y la protección de la expectativa de vida humana.

140. En ese sentido, el referido 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, así como para asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres.

141. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General No. 15 señala que “(...) *durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y*

posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño (...).¹⁸

142. A su vez en la parte introductoria de la NOM-007-SSA2-1993, “*Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*”, indica que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para su atención, como el enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas, a fin de favorecer el desarrollo normal de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones para la sobrevivencia materno-infantil y su calidad de vida.

143. La obligación de cuidar el desarrollo del producto de la gestación deriva del artículo 61, fracción I, de la Ley General de Salud, en el cual se establece que toda atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras acciones, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

144. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico del Hospital General 1, también fueron el soporte para acreditar la afectación a V1 y la pérdida del producto de la gestación, como se analizará enseguida.

¹⁸ Comité de los Derechos del Niño, “*Sobre el Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, artículo 24, párrafo 51.

145. De las evidencias analizadas, se advirtió que la falta de atención médica adecuada y de vigilancia estrecha por parte de AR5 y AR6, fueron la causa directa del desprendimiento prematuro de placenta que V1 presentó y como consecuencia, la pérdida del producto de la gestación.

146. Lo que se confirmó con el certificado de muerte fetal realizado en un primer momento por SP8, quien estableció como causa del fallecimiento del producto de la gestación, desprendimiento prematuro de placenta y asfixia, así como la subsecuente necropsia de ley, en la que SP4 estableció que el producto de la gestación padeció *“sufrimiento fetal agudo consecutivo a trabajo de parto prolongado”*.

147. Tal afirmación se corroboró con la interpretación y/o análisis médico que SP4 realizó al expediente clínico de V1, un mes posterior, esto es, el 19 de diciembre de 2014, donde indicó que la paciente debió haber sido operada desde que ingresó al hospital debido a que desde ese momento el producto de la gestación ya presentaba sufrimiento fetal agudo y la falta de oportunidad en el manejo de la evolución del trabajo de parto, ocasionó las complicaciones que derivaron en su desafortunada pérdida por disminución de oxígeno a nivel cerebral.

148. Personal médico de esta Comisión Nacional aseveró que la pérdida del producto de la gestación igualmente fue condicionada y favorecida por la inductoconducción y el desprendimiento de placenta que interrumpió la circulación materno-fetal al momento de que AR6 realizó la cesárea, aunado a que a V1 no le fueron manejadas las complicaciones graves que presentó desde su control prenatal y que derivaron en la emergencia obstétrica que presentó el 19 de noviembre de 2014.

149. Este Organismo Nacional con base en las evidencias reseñadas y en la opinión médica aludida, acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y personal del cual se desconocen datos, omitieron tratar en tiempo la sintomatología que V1 presentó desde su control prenatal para resguardar el binomio materno-fetal, lo que derivó en el desprendimiento prematuro de membranas que trajo aparejada la desafortunada pérdida del producto de la gestación, por lo que dichos profesionistas incumplieron con su deber de garantizar la atención médica de V1 y con ello se vulneró su derecho a la salud y en consecuencia del producto de la gestación.

150. En ese sentido, AR1, AR2, AR3 y demás personal de quienes se desconocen datos, omitieron en el control prenatal de V1, realizarle una historia clínica y exploración física completa, así como ordenar los estudios obligados en la vigilancia de toda paciente embarazada ya señalados.

151. Tampoco la derivaron a segundo nivel de atención médica para que recibiera atención especializada ante la hipertensión arterial y la disminución del líquido amniótico que presentó y que se fue agravando como se constató.

152. El 14 de noviembre de 2014, AR4 omitió remitirla al servicio de urgencias de ginecobstetricia para su manejo especializado ante la presencia de "*oligohidramnios moderado*" y la posible restricción del crecimiento intrauterino reportados en su ultrasonido obstétrico, lo que trajo como consecuencia que cuatro días posteriores, de moderado pasara a severo.

153. Misma omisión en que incurrió personal que la valoró el 18 de noviembre de 2014, de quien se deberá investigar datos.

154. AR5 omitió realizarle una historia clínica y exploración física completas para que se pudiera calificar el riesgo obstétrico y determinar que cursaba un embarazo de alto riesgo, la toma horaria de la presión arterial debido a que la llevaba elevada desde su ingreso, la solicitud de un perfil toxémico, de la prueba de cristalografía y con papel de nitrazina e indicar una cesárea urgente ante los criterios de emergencia obstétrica que V1 presentaba.

155. La inductoconducción favoreció el desprendimiento de placenta normoinsera y derivó en la desafortunada pérdida del producto de la gestación.

156. A pesar de que AR6 aseveró que para el momento en que valoró a V1 ya presentaba diversas patologías, omitió indicar la cesárea urgente en lugar de continuar en espera del ultrasonido solicitado por AR5, lo que ocasionó que cincuenta minutos posteriores, presentara desprendimiento prematuro de placenta.

157. En la nota médica de AR6 se advirtió que obtuvo producto único muerto por sufrimiento fetal agudo, lo que en la opinión médica de este Organismo Nacional se vio condicionado y favorecido por la inductoconducción y el desprendimiento de placenta que interrumpió la circulación materno fetal, así como la sintomatología con la que V1 llegó a dicha área.

158. AR4, AR5, AR6 y AR7 omitieron en su respectiva intervención la activación inmediata del “*código mater*”, cuya observancia es obligatoria en las unidades

médicas en las cuales se brinde atención obstétrica, máxime que V1 cursaba con datos compatibles con una emergencia obstétrica absoluta.

159. Derivado de lo anterior AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y demás personal interviniente en la atención médica de V1, vulneraron su derecho a la protección de la salud que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, al omitir la prestación del servicio a que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas de V1 para determinar un diagnóstico certero que evitara el desprendimiento prematuro de membranas, así como debieron apegarse a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en acciones o conductas omisas, lo que trajo como consecuencia la afectación y pérdida del producto de la gestación.

160. Incumplieron con el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, del que deriva la responsabilidad del médico como del equipo multidisciplinario que coadyuvaron en su ejercicio de atención a la salud de los pacientes, quienes tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea lo cual evidentemente no sucedió.

161. Así como con las *Guías de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, para la Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, para el Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino y para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea* de la Secretaría de Salud, que especifican los estudios y la forma en la

cual se debe tratar a la paciente embarazada durante su control prenatal y la fase de puerperio, y establecen que en casos de embarazo de alto riesgo, lo indicado es la realización de la cesárea para el buen desarrollo del binomio materno-fetal.

162. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución General de la República, establece que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de las personas usuarias que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas. En el presente caso el personal médico involucrado omitió considerar la sintomatología que presentó V1, la cual fue variando progresivamente hasta que presentó la ruptura de membranas y con ello la afectación y pérdida del producto de la gestación.

163. A fin de garantizar una adecuada atención médica 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 Unidas¹⁹. 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.

¹⁹ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

164. 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 las metas 3.1, 3.2 y 3.7 cuya misión es salvaguardar las condiciones de salud para el binomio madre e hijo en todas las instituciones de salud.

165. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de que en caso de complicaciones durante el control prenatal y subsecuentes, las mujeres puedan acceder de inmediato a un establecimiento de urgencias en buenas condiciones de funcionamiento y que cumpla con las normas de calidad en la atención integral que se le brinde.

A.3. Interconexión entre los derechos de V1 y el producto de la gestación.

166. El personal médico de este Organismo Nacional como se acreditó, señaló que el producto de la gestación fue diagnosticado con *“sufrimiento fetal agudo consecutivo a trabajo de parto prolongado”*, derivado de manera directa de la inadecuada atención de V1.

167. Al existir interrelación del binomio materno-fetal, los médicos tratantes debieron llevar a cabo una serie de procedimientos normados para su atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, las actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, por lo que debieron brindar a una atención oportuna, con calidad y calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para que detectaran y previnieran los factores de riesgo en dicho binomio, lo cual no aconteció.

168. Como se mencionó, este Organismo Nacional considera que existe una interconexión entre los derechos de V1 y el producto de la gestación, en este sentido, el Comité de los Derechos de los Niños señala: “(...) *durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño (...)*” y que “(...) *Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto (...)*”.²⁰

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

170. De las evidencias reseñadas y analizadas, se acreditó la pérdida del producto de la gestación, derivado de la afectación materno infantil por la inadecuada atención que V1 recibió y que influyó en su salud atento a las irregularidades en que incurrió el personal médico de Hospital General 1.

171. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que: “*El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un*

²⁰ Observación General No. 15, “*Sobre el Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, párrafos 51 y 18, respectivamente.

prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido (...)”.²¹ También reconoce que los “(...) derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directamente vinculados con la atención de la salud (...)”.²²

172. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas y prevenir lo que aconteció en el caso concreto.

173. Cabe hacer mención que, conforme al principio de interdependencia, los derechos se encuentran vinculados entre sí, razón por la cual, la afectación de uno repercute en los otros, como en el presente caso, donde la violación del derecho humano a la protección de la salud de V1, de manera transversal transgredió otros derechos, como se analizará enseguida.

B. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA INTEGRIDAD PERSONAL.

174. El derecho humano a la integridad personal implica que cualquier persona tiene derecho a que sea protegida su integridad física y a ser tratada con la dignidad inherente a cualquier ser humano.

²¹ CrIDH. “Caso de los Niños de la calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

²² CrIDH. “Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 117.

175. En el párrafo 92 de la Recomendación 81/2017, se definió el derecho a la integridad personal como: *“aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero”*.²³

176. El derecho a la integridad se encuentra regulado en el artículo I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, así como en el artículo 5, punto 1 de la Convención Americana Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), que en términos generales especifican que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

177. Dicho derecho humano, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la protección de la salud, debido a que deben proporcionarse servicios de salud adecuados y oportunos de salud materna para garantizar el derecho a la integridad personal del binomio madre e hijo.

178. La violación al referido derecho humano en agravio de V1 implicó no haberle garantizado una adecuada atención médica durante su control prenatal como se acreditó y que trajo como consecuencia la urgencia que presentó el 19 de

²³ CNDH. Recomendación 81/2017. Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la libertad personal de V1, V2, V3, V4 Y V5; a la seguridad jurídica de V5, a la integridad personal por actos de tortura cometidos en contra de V1, de V3, niña de 6 años, V4 niña de 8 años y V5, así como el derecho a una vida libre de violencia y el interés superior de la niñez de V2 niña de 1 año, V3 y V4, y a la justicia por inadecuada procuración de justicia, en agravio de V1, V2, V3, V4 Y V5.

noviembre de 2014, que repercutió en la integridad física y consecuente pérdida del producto de la gestación.

C. DERECHO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA

179. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el artículo 4º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el que establece: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

180. El artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

181. En el *“Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos señaló respecto a los derechos reproductivos *“(...) la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”*.²⁴

182. En el caso particular, el derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 se afectó, toda vez que el Estado no le garantizó una atención médica de calidad

²⁴ CrIDH. *“Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012. Párrafos 147 y 148.

durante su control prenatal y en el momento del parto, circunstancias que repercutieron en su derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento.

183. Conclusión a la que se llega debido a que la actuación del personal médico que atendió a V1 incidió en la vulneración a su derecho a decidir el número de hijos, pues de las constancias que integran el expediente se advirtió que a pesar de que presentó “*oligohidramnios*” e hipertensión arterial, le informaron que su embarazo era viable, sin embargo, la deficiente atención médica que recibió, influyó en la gravedad de su estado de salud y la consecuente pérdida del producto de la gestación, lo cual evidenció la violación al derecho materia de análisis.

D. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

184. 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.

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

186. En la Recomendación General No. 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.

187. En el párrafo 90, de la precitada Recomendación se estableció que la modalidad de violencia obstétrica 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 (...)*”.

188. 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.

189. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “*Convención de Belém Do Pará*”, establece en sus artículos 3º, 4º, inciso b), 7º, inciso a), 8º, inciso a) y 9º, 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.

190. El artículo 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como el diverso 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.

191. 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”*.²⁵

192. 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 (...)”*.

193. 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,

²⁵ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 28.

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

194. Este Organismo 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.

195. 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 fue vulnerada por el personal médico que atendió a V1, el 19 de noviembre de 2014, quienes no priorizaron su atención médica para garantizar la integridad del binomio materno-fetal, como se señalará enseguida.

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

196. De las evidencias descritas y analizadas, se advirtió que AR5 y AR6 omitieron proporcionarle a V1 la atención materna con calidad a la que tenía derecho desde su ingreso al área de tococirugía, pues a pesar de que presentaba síntomas compatibles con una emergencia obstétrica absoluta (hipertensión, oligohidramnios severo y restricción del crecimiento uterino), dichos factores fueron minimizados por las personas servidoras públicas en sus diferentes turnos laborales, al no haberle practicado de manera inmediata la cesárea que ameritaba.

197. Tal decisión provocó que después de siete horas de que arribó al hospital y ante la inadecuada atención médica que recibió, presentara ruptura prematura de membranas, lo que trascendió en la afectación y pérdida del producto de la gestación ante sufrimiento fetal agudo por trabajo de parto prolongado, y que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, de haberse realizado a V1 la cesárea de manera inmediata, se habría brindado una atención oportuna y un mejor pronóstico de sobrevivencia del producto de la gestación, por lo que las acciones y omisiones de AR5 y AR6 se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de V1.

198. Este Organismo Nacional no pasa inadvertido que en el escrito presentado por V1, indicó que AR5 le manifestó lo siguiente:

*“[El 19 de noviembre de 2014] (...) a las 9:30 a.m. (...) ingresé al área del ‘tocó’, la enfermera me comentó que el ginecólogo era muy grosero, cuando el ginecólogo llegó me preguntó que qué era lo que tenía, le contesté que había notado en la madrugada al hacer pipí salida de un pequeño líquido que podría tratar a tratarse de líquido amniótico y le iba a explicar lo de los ultrasonidos que ya había visto y sobre todo el comentario del médico particular, **pero me contestó muy grosero ‘a mí no me interesan los ultrasonidos’ ni siquiera me dejó hablar,** (...) me checó con espejos y luego me hizo el tacto, **una vez que terminó me dijo que yo no tenía nada, ni salida de líquido amniótico y se fue** (...), después me empecé a sentir mal, mi panza constantemente empezó a quedar dura y empecé a sentir como un tipo cólico cada vez más fuerte, cada vez que pasaban a checar el corazón del bebé en un período de aproximadamente cada hora, se lo decía pero no me hacían caso, sus latidos de bebé siempre estuvieron normales y yo seguía esperando la decisión del ginecólogo (...).”*

(Énfasis añadido)

199. Al respecto, AR5 en la comparecencia del 9 de diciembre de 2014 ante el área de investigaciones laborales del IMSS, indicó que en ningún momento trató a V1 en forma grosera, ya que se le dio atención inmediata con calidad y un plan de manejo.

200. Sobre el particular, este Organismo Nacional ha reiterado que la actitud de enojo, las expresiones inapropiadas a la paciente, así como el trato descortés, constituyen actos de violencia obstétrica, aunado a que el *“Código de Bioética para el personal de la salud 2002”*²⁶ establece la obligación del personal médico de brindar a los pacientes un trato de consideración, amabilidad y respeto, ante sus angustias e inquietudes, por lo que el dicho de V1 tendrá que investigarse, a efecto de deslindar responsabilidades respecto a una posible violencia obstétrica psicológica.

201. Por tanto, las acciones y omisiones de AR5 y AR6 denotaron prácticas constitutivas de violencia obstétrica en su versión física, ya que no tuvo una vigilancia estrecha del binomio materno-fetal; por cuanto hace a AR5, el último registro del producto de la gestación lo efectuó a las 13:30 horas, sin que AR6 asentara sus registros en un partograma, lo que contribuyó a la ruptura prematura de membranas que trajo aparejada una afectación y la lamentable pérdida del producto de la gestación.

²⁶ Guía de conducta en el ejercicio profesional realizada por la Secretaría de Salud en conjunto con diversas instituciones, entre las que se destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social.

202. En consecuencia, AR5 y AR6 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 los profesionistas mencionados.

203. También 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 guías de práctica clínica partiendo siempre del respeto a los derechos humanos de V1 y al no hacerlo vulneraron su derecho a una vida libre de violencia .

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

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

205. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²⁷, párrafo 27, estableció que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente*

²⁷ CNDH. Recomendación General 29/2017. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*.

vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico (...)”.

206. 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”*.²⁸

207. 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”*.²⁹

208. 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*

²⁸ 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). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

²⁹ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

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 (...)”.

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

210. Igualmente, precisó 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.³⁰

211. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso

³⁰ CNDH. Recomendación General 29/2017. Op.Cit. párrafo 34.

particular, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que remitió a este Organismo Nacional el IMSS con motivo de la queja presentada por V2.

E.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

212. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que diversas notas médicas y de evolución respecto a la atención médica otorgada a V1, presentaron las siguientes irregularidades:

212.1. En las notas médicas del 3 y 10 de octubre, 3, 10 y 18 de noviembre de 2014, no sólo se omitió el nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula del personal que las realizó, también se encuentran ilegibles, con abreviaturas y en hojas blancas sin membrete de la unidad hospitalaria correspondiente.

212.2. En algunas notas suscritas por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango, matrícula y/o cédula profesional, aunado a que en su mayoría se apreciaron ilegibles y con abreviaturas.

213. En consecuencia, 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, que establecen 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

autógrafo, electrónica o digital, con lenguaje técnico-médico, letra legible, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras.

214. AR1, AR2 y AR3 durante el control prenatal de V1, así como AR5 y AR6 en el área de tococirugía, en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, omitieron la realización de una adecuada historia clínica, así como búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio de V1 para verificar aquellos que pudieran incidir en la evolución de su embarazo, tampoco le realizaron una exploración física completa para la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal, la detección de complicaciones y signos de alarma, ni calificaron el riesgo obstétrico en aras de privilegiar el binomio materno-fetal, por lo cual contravinieron los puntos 6, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3 y 6.2.6 de la referida Norma Oficial Mexicana, en los que se especifican los requerimientos para la realización de la revisión de la paciente y la determinación de su pronóstico y plan terapéutico.

215. Respecto a las cartas de consentimiento informado derivadas de la atención médica de V1, se advirtieron las siguientes omisiones:

215.1. El *“consentimiento informado en planificación familiar”* de 24 de octubre de 2014, expedido por la Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS, en el cual se precisó que V1 señaló *“(…) que era su decisión libre, consiente e informada aceptar el uso de OTB (...)”*, carece de las formalidades que requiere para su validez, debido a que solamente se encuentra firmado por V1, sin datos de los testigos, ni del personal que la elaboró.

215.2. No se omite señalar que el personal que atendió a V1 posterior al ultrasonido del 14 de noviembre de 2014, en el cual AR4 emitió el diagnóstico de *“restricción del crecimiento intrauterino”*, fue omiso en la elaboración de la carta de consentimiento bajo información con la finalidad de que se enviara a la paciente al segundo nivel de atención médica y se le explicara la naturaleza de dicha enfermedad, la secuencia de eventos, las posibles repercusiones para la vida fetal como la postnatal y las posibilidades de seguimiento, por lo cual se incumplió con la *Guía de Práctica Clínica de Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas*.

215.3. Llama la atención la existencia de dos cartas de consentimiento bajo información (se advirtieron sombreadas en color obscuro en su denominación) a nombre de V1 del 19 de noviembre de 2014, debido a que la primera, solamente se encuentra firmada por la anestesióloga AR7, sin mayores datos, en tanto que, la segunda, contiene los datos de identificación de V1 y la autorización para que el personal de salud del Hospital General 1, efectuara los procedimientos médicos necesarios para su atención y la del producto de la gestación, atención de contingencias y urgencias, advirtiéndose las firmas de V1 y AR6, sin que obren las de los testigos.

215.4. En ese sentido, V1 refirió en su escrito de queja, que cuando AR6 ordenó que se le realizara una cesárea, le dijo que la iban a *“(...) empezar a dormir y me pusieron una mascarilla y no supe más, al despertar se me acercó [AR6] y me dijo que me habían hecho cesárea y me hizo firmar un papel, yo aún me sentía demasiado mareada y sin saber el contenido*

del documento lo firmé, es decir estaba completamente sedada cuando firmé, y luego me dijo que el bebé no logró sobrevivir porque ya venía malito, aparte que se me desprendió la placenta y que se había tragado su popó, por lo que se asfixió (...)”.

215.5. En este sentido, se infiere que el momento en el cual V1 “firmó” dicho consentimiento informado, fue posterior a la cirugía a la que se le sometió.

(Énfasis añadido)

216. Por tanto, AR6, AR7 y personal de quien se desconocen datos incumplieron con los puntos 10, 10.1, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la precitada Norma Oficial Mexicana, que establecen las formalidades de la “*Carta de consentimiento bajo información*”, lo que evidenció la falta de formalidad administrativa en un documento relevante, máxime que constituye un derecho humano que se vulnera cuando no se realiza al amparo de la ley, debido a que nulifica la capacidad de la paciente a decidir respecto de los procedimientos que se realicen en su persona, irregularidad que deberá investigarse para deslindar las responsabilidades correspondientes.

217. Al respecto, la *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, establece que a través del consentimiento informado “*el personal de salud le informa en calidad y en cantidad suficiente al paciente competente, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento*

*diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva, así como las posibles alternativas”.*³¹

218. Es así como dichas personas servidoras públicas transgredieron el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, que establece que en los casos de urgencias dicho documento debe ser firmado por el familiar, y en caso de que no estuviera, con anuencia de dos médicos autorizados quienes deberían dejar constancia, lo cual evidentemente no aconteció, ya que como se mencionó, AR6 recabó la firma de V1 posterior a la cesárea, cuando aún seguía sedada.

219. Tampoco pasa inadvertido que en las notas médicas de las 07:50 y las 12:38 horas de 20 de noviembre de 2014, SP6 indicó que no contaba con el expediente de V1, sólo con una nota previa, por lo que desconocía sus antecedentes quirúrgicos, situación que deberá investigarse para deslindar la responsabilidad correspondiente, dada la relevancia del expediente clínico en cuya integración las personas intervinientes deben colaborar con sentido de responsabilidad porque contiene información específica y las acciones que se tomarán para su adecuado seguimiento.

220. Por lo expuesto, se vulneró el derecho a la información en materia de salud de V1 y V2 al no haberles brindado información adecuada sobre el estado de salud de la primera, aunado a que V2 aseveró que nadie le explicó la situación clínica de su esposa mientras estaba en el área de tococirugía.

³¹ Publicada por la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Bioética en el año 2012. Anexo 4, pág. 46.

221. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional, que AR5 en la comparecencia que rindió el 9 de diciembre de 2014 en el área de investigaciones laborales del IMSS; indicó que jamás le comentaron que algún familiar de V1 haya solicitado información, afirmación no se sustentó en evidencia alguna, por lo cual deberá de ser investigada para deslindar la responsabilidad correspondiente.

222. 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.

223. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, 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.

224. No obstante tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana "*Del expediente clínico*", la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la

protección de la salud. Asimismo, 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.

225. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 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. DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN DE JUSTICIA.

226. El acceso a la justicia es un derecho fundamental previsto en el artículo 17, párrafo segundo de la constitución, el cual estatuye la prerrogativa a favor de las y los gobernados de acudir y promover ante las instituciones del Estado, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sus pretensiones o los derechos que estime le fueron violentados.

227. Este derecho también se encuentra reconocido en el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual precisa, en términos generales, que toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la determinación de sus derechos y obligaciones. Asimismo, el artículo 25.1. del mismo ordenamiento, señala que: *“Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales”*.

228. La obligación del Ministerio Público de investigar delitos, se encuentra prevista en el artículo 21, párrafos primero y segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los cuales establecen: *“La investigación de los delitos corresponde al Ministerio Público y a las policías, las cuales actuarán bajo la conducción y mando de aquél en el ejercicio de esta función (...). El ejercicio de la acción penal ante los tribunales corresponde al Ministerio Público (...).”*

229. A nivel estatal, el artículo 96, apartado B) de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, establece que *“Corresponde al Ministerio Público la persecución, ante los tribunales, de todos los delitos del orden común (...).”*

230. Respecto a las funciones de los agentes del Ministerio Público para el Estado de Quintana Roo, el diverso 16 del Código de Procedimientos Penales para el

Estado Libre y Soberano de Quintana Roo³², vigente al momento de los hechos, refiere que *“cuando los funcionarios del Ministerio Público tengan conocimiento de la probable existencia de un delito que deba perseguirse de oficio, deberán: I. Proporcionar seguridad y auxilio a las víctimas; II. Impedir que se pierdan, destruyan o alteren las huellas o vestigios del hecho delictuoso, los instrumentos o cosas objeto o efectos del mismo; III. Informarse sobre qué personas fueron testigos; IV. Impedir que se dificulte la averiguación; y V. Evitar que el delito se siga cometiendo (...)”*.

231. En relación con la función del Ministerio Público, el Poder Judicial de la Federación, ha señalado que *“Conforme a los artículos 21 y 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el Ministerio Público tiene a su cargo la persecución e investigación de los delitos, lo que significa que es el único órgano estatal competente para formular e impulsar la acusación o imputación delictiva (...) los artículos constitucionales aludidos deben leerse en el sentido de que establecen obligaciones a cargo del Ministerio Público, de manera que la investigación y persecución de los delitos no constituyen una prerrogativa a su cargo y, por tanto, no puede renunciar a su ejercicio, el cual es revisable en sede constitucional (...)”*.³³

232. El derecho de las víctimas a una investigación adecuada y efectiva, se encuentra previsto en el artículo 7, fracciones XXVI y XXVII de la Ley General de

³² Publicado en el Periódico Oficial para esa entidad el 12 de septiembre de 2006.

³³ Tesis constitucional penal: Registro: 165954 “Ministerio Público. Es el único órgano del estado competente para formular e impulsar la acusación penal. Semanario Judicial de la Federación, noviembre de 2009.

Víctimas, que establece que es derecho de las víctimas *“Una investigación pronta y efectiva que lleve a la identificación, captura, procesamiento y sanción de manera adecuada de todos los responsables del daño, al esclarecimiento de los hechos y a la reparación del daño”,* así como *“participar activamente en la búsqueda de la verdad de los hechos y en los mecanismos de acceso a la justicia que estén a su disposición, conforme a los procedimientos establecidos en la ley de la materia”.*

233. Por su parte el artículo 7º, fracciones I, III y XXVI de la Ley de Víctimas del Estado de Quintana Roo, establece que las víctimas tienen derecho a una investigación pronta y eficaz que lleve a la identificación, captura, procesamiento y sanción adecuada de los responsables del daño para conocer la verdad de lo ocurrido acerca de los hechos en que les fueron violados sus derechos humanos, así como a la reparación del daño.

234. El acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia, también se encuentra reconocido en los artículos 1, 2, 7, fracciones I, III, V, VII, IX y X, 8, tercer párrafo, 10, 18, 19, 20 y 21 de la Ley General de Víctimas; 3, 8 y 10 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 1, 2, 3, 4 y 6 de la *“Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y abuso del poder”* de las Naciones Unidas y 3, inciso b), inciso c), 10 y 12, inciso c) de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos”,* que establecen la obligación del Ministerio Público para tomar las medidas necesarias para la integración de la averiguación previa, dar seguimiento a las denuncias y allegarse de elementos para el esclarecimiento de los hechos; debiendo facilitar a las

personas con motivo de actos que violen sus derechos fundamentales acceso a los mecanismos de justicia y en dado caso a la reparación del daño.

235. En la Recomendación General 14, *“Sobre los derechos de las víctimas de delitos”*, esta Comisión Nacional reconoció que el trabajo de investigación del delito en la averiguación previa constituye *“(...) la etapa medular en la fase de procuración de justicia, porque de ella depende el ejercicio de la acción penal en contra del probable responsable, o bien para ubicarlo y lograr la solicitud de la reparación del daño (...)”*.

236. Existe una inadecuada procuración de justicia en aquellos casos en que las personas servidoras públicas encargadas de la investigación y persecución de los delitos no actúan con debida diligencia, omiten realizar las acciones pertinentes para el esclarecimiento de los hechos delictivos, o las realizan de manera deficiente, generando que los hechos denunciados continúen impunes.

237. La CrIDH ha sostenido que la obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad, *“(...) una vez que las autoridades estatales tengan conocimiento del hecho, deben iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la persecución, captura, enjuiciamiento y eventual castigo de todos los autores de los hechos (...)”*³⁴

³⁴ Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 290.

238. En el caso que nos ocupa, personal de la entonces Procuraduría Estatal posterior a su intervención para la realización de la necropsia de ley al producto de la gestación de V1, incurrió en las siguientes irregularidades.

F.1. Violación al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia, en agravio de V1 y V2.

239. Esta Comisión Nacional acredita la violación al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia, atribuible a personal de la entonces Procuraduría Estatal dentro de la Carpeta de Investigación 1 y su subsecuente Carpeta de Investigación 2, como se analizará enseguida.

240. Con motivo de la inadecuada atención médica que V1 recibió en el Hospital General 1 y que derivó en afectación y la pérdida del producto de la gestación, V2 denunció los hechos en la entonces Procuraduría Estatal, por lo que se registró el Número Único el Caso y subsecuente Carpeta de Investigación 1.

241. A fin de verificar el estado que guardaba dicha indagatoria, este Organismo Nacional solicitó a la actual Fiscalía General del Estado de Quintana Roo, informara el estado de la Carpeta de Investigación 1.

242. El 12 de enero de 2018, dicha autoridad informó a este Organismo Nacional, su imposibilidad para rendir el informe solicitado, bajo el argumento que la Carpeta de Investigación 1 podría ser clasificada en definitivo “*bajo reserva*” conforme al artículo 118 del Código Nacional de Procedimientos Penales, aunado a que sólo las partes podrían tener acceso a la misma, sin embargo, indicó que el 8 de enero de 2018, AR8 la remitió por incompetencia a la Procuraduría General de la

República, bajo el Número de Carpeta de Investigación 2, por hechos posiblemente constitutivos del delito de homicidio cometido en agravio del producto de la gestación de V1, y en contra de AR5. Misma información que reiteró a través del oficio FGE/VFZS/DDH/059/2018 de 8 de febrero de 2018.

243. En ese sentido, el 9 de febrero de 2018, la Procuraduría General de la República informó a este Organismo Nacional, que el 8 de enero de ese mismo año, recibió la Carpeta de Investigación 2, la cual radicó en esa misma fecha como Carpeta de Investigación 3 e indicó que el 9 de ese mismo mes y año, requirió al director del Hospital General 1 los estudios obstétricos de V1 y solicitó a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, la designación de asesor jurídico para V1 y V2.

244. En cuanto al estado procesal de la Carpeta de Investigación 2, la Procuraduría General de la República, enunció las diligencias realizadas, de las que este Organismo Nacional advirtió las siguientes irregularidades:

244.1. El 19 de noviembre de 2014, V2 denunció los hechos cometidos en agravio del producto de la gestación de V1 por personal del Hospital General 1, y no obstante la importancia que revestía la declaración de V1, al ser víctima directa, fue hasta el 12 de marzo de 2015, cuando recabó su comparecencia.

244.2. AR8 no consideró conveniente esclarecer el resultado de la necropsia de ley realizada por SP4 al producto de la gestación, a las 19:35 horas del 19 de noviembre de 2014, con el resultado del certificado de muerte fetal elaborado por SP8, debido a que en el primero, se concluyó

que se trataba de *“recién nacido”* del sexo masculino, *“(…) de aproximadamente 5 min. de vida extrauterina de edad, (…) dosimacia positiva: esto significa que el producto de la gestación, nació y respiró (…)”*, en tanto, en el segundo, se estableció que la muerte fetal ocurrió durante el parto.

244.3. Por otra parte, el 26 de noviembre de 2014, la apoderada legal del IMSS informó a la representación social estatal, el nombre de los médicos que intervinieron en la atención médica de V1, y el 15 de marzo de 2015, la policía ministerial remitió las entrevistas realizadas a diversos testigos relacionados con los hechos.

244.4. No obstante la trascendencia que revestía la citación de dichos médicos, la autoridad ministerial fue omisa al respecto, ya que únicamente se encontró documentado que el 28 de mayo de 2015, entrevistó a AR5, quien presentó su declaración por escrito el 11 de junio de ese mismo año, por lo que al no haber citado a la totalidad del personal médico que participó en la atención de V1, causó perjuicio a las víctimas, al haber hecho nugatoria la posibilidad de justicia a su favor.

244.5. Después de nueve meses de que V2 denunció los hechos, fue hasta el 17 de agosto de 2015 cuando SP15 solicitó la intervención de un perito de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico *“CONAMED”* para que determinara lo siguiente:

244.5.1. Si la evolución del trabajo de parto de V1 se realizó como lo menciona la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”*.

244.5.2. Si de acuerdo a la norma oficial mexicana señalada se vigiló adecuadamente a V1, el 19 de noviembre de 2014.

244.5.3. Si la atención que recibió V1 desde que llegó al IMSS hasta que fue intervenida para el *“nacimiento del bebé”*, fue en tiempo y forma.

244.5.4. Cuál debió de haber sido el procedimiento adecuado para una correcta atención médica de acuerdo al estado de gestación de V1.

244.5.5. Si del momento en que V1 fue atendida, influyó en la muerte del producto de gestación.

244.5.6. Explique lo que considere necesario referente al punto principal que se investiga y, en conclusión, determine si derivado del tratamiento y el procedimiento realizado en el IMSS, se le ocasionó a V1 la pérdida del producto de la gestación.

244.6. Llama la atención de este Organismo Nacional, que como se estableció con antelación, a pesar de que SP15 tenía conocimiento del resultado de los certificados de muerte fetal y el de defunción, haya omitido

solicitar a la “CONAMED”, indicara si el producto de la gestación fue viable o no.

244.7. Tampoco pasa desapercibido que el 13 de octubre de 2015, la “CONAMED” le solicitó diversos requerimientos para que entrara al estudio del caso particular, sin que obre evidencia alguna que acreditara que SP15 haya dado seguimiento a dicha petición, lo cual genera perjuicio a V1 y V2, quienes al día en que se emite la presente Recomendación no conocen la verdad de los hechos.

245. De las evidencias reseñadas, es evidente que la autoridad ministerial estatal realizó diligencias en la integración de la Carpeta de Investigación 1, del 19 de noviembre de 2014 al 17 de agosto de 2015, cuando solicitó la intervención de la “CONAMED”, sin que obre seguimiento posterior en la integración de la investigación solicitada por V2.

246. De las constancias que reseñó la autoridad federal, en ningún momento se observó que AR8 reconociera a V1 y V2 su calidad de víctimas, por lo cual vulneró el artículo 20, apartado C, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en consonancia con el diverso 2, fracción I, de la Ley de Víctimas del Estado de Quintana Roo.

247. Por tanto, del 17 de agosto de 2015 hasta el 11 de diciembre de 2017, la autoridad ministerial estatal del conocimiento, dejó inactiva la investigación de los hechos denunciados por V2 el 19 de noviembre de 2014, ya que se infiere que fue con motivo de la solicitud de información de este Organismo Nacional, que reactivó el seguimiento de la Carpeta de Investigación 1, para el único efecto de

que AR8 la remitiera por incompetencia a la Procuraduría General de la República, el 8 de enero de 2018.

248. Cabe mencionar que V2 denunció los hechos acontecidos el 19 de noviembre de 2014 en contra de las personas servidoras públicas federales adscritas al IMSS, lo que ameritaba la investigación del caso particular por un agente del Ministerio Público de la Federación, por lo cual causa extrañeza que AR8 y el demás personal que intervino en la integración de la Carpeta de Investigación 1 y la subsecuente Carpeta de Investigación 2, hayan omitido declararse incompetentes posterior a la realización de la necropsia de ley realizada al producto de la gestación y su entrega a sus progenitores, siendo tales diligencias ministeriales las que eran procedentes.

249. Dicha omisión provoca inseguridad jurídica a V1 y V2, debido a que se les obstaculizó allegarse de un efectivo acceso a la justicia, máxime que en el caso particular, es evidente que la autoridad estatal dejó de impulsar el proceso de la investigación durante más de dos años sin justificación alguna, lo que denotó impunidad.

250. En este sentido en el “Caso *Ivcher Bronstein vs. Perú*”, reconoció que la impunidad es “(...) *la falta, en su conjunto, de investigación, persecución, captura, enjuiciamiento y condena de los responsables de violaciones a los derechos protegidos por la Convención Americana (...) el estado tiene la obligación de combatir tal situación por todos los medios legales disponibles, ya que la*

*impunidad propicia la repetición crónica de las violaciones de derechos humanos y la total indefensión de las víctimas y sus familiares”.*³⁵

251. Cabe mencionar que aun cuando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la ley no precisan un plazo determinado para que el Ministerio Público resuelva lo que corresponda dentro de una averiguación previa, el solo transcurso del tiempo afecta la esfera jurídica de las víctimas, en virtud de que los efectos de tal omisión los dejan en total incertidumbre respecto del derecho que tiene toda persona a que se le procure justicia pronta y expedita.

252. Del análisis que antecede, se acreditó que AR8 y demás personal de la entonces Procuraduría Estatal de quienes se deberá investigar sus nombres, incumplieron en el desarrollo de sus funciones de investigación el contenido del artículo 5º, fracción I de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Quintana Roo, así como el diverso 15 Bis, fracciones II y III, del Código de Procedimientos Penales del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, todos vigentes al momento de los hechos, que en términos generales establecen la obligación asignada al Ministerio Público para la realización de una minuciosa investigación para acreditar el cuerpo del delito de que se trate y la identificación del probable responsable con la debida intervención de sus auxiliares, a fin de cumplir con el objetivo de la institución del Ministerio Público.

253. Resulta preocupante la falta de exhaustividad en la investigación de los hechos denunciados por V1 y V2, debido a que AR8 y demás personas servidoras públicas encargadas del caso omitieron en el desarrollo de la investigación

³⁵ Sentencia de 24 de noviembre de 2009, párrafo 12.

acciones suficientes, urgentes y eficaces para esclarecer los hechos, a pesar de que contaban con datos de prueba idóneos para ello, por lo cual incumplieron con lo dispuesto en los artículos 2, 5, 7º, fracciones I, III y XXVII y 11 de la Ley de Víctimas del Estado de Quintana Roo, que en términos generales establecen su derecho a la verdad y a la justicia, por lo cual el Estado está obligado a realizar sus actuaciones en un tiempo razonable, así como remover los obstáculos que lo impidan hasta que se identifique, procese y sancione a los responsables.

254. Las irregularidades en que incurrieron las personas servidoras públicas de la entonces Procuraduría Estatal, vulneraron el derecho a una adecuada procuración de justicia y afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez, respeto a los derechos humanos, lealtad e imparcialidad en el desempeño de su cargo, conforme a lo dispuesto en los artículos 21, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 Bis, fracción II del Código de Procedimientos Penales para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo y 47, fracción I, 48 y 51, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Quintana Roo³⁶, y por ende, incurrieron en responsabilidad por las razones expuestas.

G. RESPONSABILIDAD.

255. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y otros médicos de quienes se desconoce sus nombres, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1, como se acreditó en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección

³⁶ Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el 6 de septiembre de 2013.

de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, que le provocó afectación y la desafortunada pérdida del producto de la gestación.

256. Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 y quien resulte responsable, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, respecto a la elaboración de las notas médicas, integración de la historia clínica y exploración física de V1, así como la falta de notas médicas como quedó acreditado.

257. La responsabilidad de AR8 y personal que intervino en la integración de la Carpeta de Investigación 1, derivó de las irregularidades observadas en la integración de misma como quedó precisado.

258. En consecuencia, 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:

258.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y quien resulte responsable, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

258.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR5, AR6 y demás personal que resulte responsable con motivo de la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General 1.

258.3. Queja en contra de AR8 y demás personas servidoras públicas que integraron la Carpeta de Investigación 1, ante la Fiscalía General Adjunta de Visitaduría de la Fiscalía General del Estado de Quintana Roo, para que se determine lo que en derecho proceda.

259. Las autoridades administrativas y ministeriales encargadas de realizar las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación a fin de determinar las responsabilidades de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1 y V2.

260. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS y de la Fiscalía General Adjunta de Visitaduría de la Fiscalía General del Estado de Quintana Roo, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

H. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

261. Por otra parte, se considera la responsabilidad institucional por parte del IMSS, debido a que AR5 indicó en el informe que rindió el 1º de abril de 2015, que en el Hospital General 1, el cardiotocógrafo no contaba con papel milimétrico para registrar la cantidad de latidos y la actividad eléctrica del corazón del producto en

gestación, por lo que únicamente servía para escuchar los latidos del corazón, lo que informó a las autoridades en diversas ocasiones.

262. En tanto SP8 indicó que es el único médico pediatra en el turno vespertino, aseveraciones que contravienen lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, cuyo artículo 26 refiere que, los establecimientos que presten servicios de atención médica contarán con los recursos físicos, tecnológicos y humanos; así como el punto 5.4.1.5 de la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”*, respecto a que *“En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido”*.

263. En consecuencia, las autoridades del IMSS deberán remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital General 1, concretamente en el área de ginecobstetricia, a fin de verificar si cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

I. REPARACIÓN DEL DAÑO.

264. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad

con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 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, de conformidad a los artículos 1º, 7, fracciones I, III, VII, XII, 11, párrafo primero, 12, fracciones I, 19, 27, fracciones IV y V, 78, fracción V, 79, de la Ley de Víctimas del Estado de Quintana Roo.³⁷

265. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, 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, al acreditarse violaciones a los derechos humanos de la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio

³⁷ Publicada en el Periódico Oficial para esa entidad, el 7 de abril de 2014.

de V1, afectación y pérdida del producto de la gestación, a la integridad personal, a la libertad y autonomía reproductiva, a una vida libre de violencia obstétrica, al derecho de acceso a la información en materia de salud de V1, así como a la procuración de justicia en agravio de V1 y V2, se deberá inscribir a V1 y V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

266. 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 Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

267. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“[...] toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“[...]”*

*las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.*³⁸

268. Sobre el “*deber de prevención*”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos sostuvo que: “[...] *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...]*”.³⁹

269. No se omite señalar que el IMSS ha manifestado su mejor disposición de proceder a la reparación del daño y para tal efecto ordenó:

269.1. El pago por concepto de indemnización a V1.

269.2. La investigación de los hechos a la Oficina de Investigaciones Laborales de dicho Instituto.

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

³⁹ CrIDH. “Caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafo 175.

269.3. La implementación de medidas preventivas y correctivas a las autoridades del Hospital General 1.

270. En ese sentido, este Organismo Nacional considera de igual forma procedente la reparación de los daños ocasionados a V1 y V2 en los términos siguientes:

i. Rehabilitación

271. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V1 y V2, 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 total sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que trajo como consecuencia la afectación y la desafortunada pérdida del producto de la gestación.

272. 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

273. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de las quejas administrativas y la denuncia que se presenten ante las autoridades ya precisadas

en el apartado de responsabilidad correspondiente, y en contra de las personas servidoras públicas citadas, así como se dé cabal cumplimiento a lo ordenado.

iii. Garantías de no repetición

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

275. En el caso particular, la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS remitió a este Organismo Nacional, los memorandos internos con número de folio 506, 507, 508, 511, 512 y 514 de 31 de mayo de 2016, a través de los cuales se realizó la difusión, entre otras, de la *Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo; Guía de Práctica Clínica, Evidencia y Recomendaciones, Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas*, de la NOM-004-SSA3/2012, “*Del expediente clínico*”, NOM-007-SSA2-1993, “*Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*”, *Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Tromboembolia Pulmonar Aguda en el Embarazo, Parto o Puerperio*, al personal a su cargo.

276. Derivado de lo anterior, y si bien las autoridades del IMSS difundieron el contenido de la normatividad señalada, deberán también implementar un curso integral en el término de tres meses a todo el personal médico y de enfermería del Hospital General 1 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”*, NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido”* 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 Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

277. Respecto al personal de la actual Fiscalía General de Justicia del Estado de Quintana Roo, se deberá diseñar e impartir al personal ministerial en el término de tres meses un curso integral sobre capacitación de derechos humanos en materia de procuración de justicia, derechos de las víctimas y competencia, a fin de prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

278. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

279. Se deberá adoptar 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.

280. Deberán emitir en el término de un mes, diversa circular en la que se exhorte al personal médico del Hospital General 1 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 similares al que nos ocupa con la debida diligencia. 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, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley⁴⁰, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

281. Deberán remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital General 1, a fin de verificar si cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

iv. Compensación

282. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial.

283. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que, en el caso particular, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, el 16 de julio de

⁴⁰ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

2015, determinó procedente la queja de V1 desde el punto de vista médico, por lo cual se procedió a la indemnización el 8 de diciembre de 2015.

284. Sin embargo, no se consideró el daño moral que le fue ocasionado a V1 con motivo de la violencia obstétrica de que fue objeto, por 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, y proceder al pago del daño moral o inmaterial a V1 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 y Fiscal General Interino del Estado de Quintana Roo, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

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

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar de manera integral los daños ocasionados a V1 y V2 conforme a la Ley General de Víctimas, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General 1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, en la que se incluya una compensación justa y suficiente por pago de reparación de daño moral para V1, así como la atención psicológica y tanatológica para V1 y V2, con base

en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral de capacitación al personal médico y de enfermería adscrito al Hospital General 1, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, *“mala praxis”*, emergencias obstétricas, responsabilidad profesional, trato digno a las pacientes, atención del recién nacido y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para que 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.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita diversa circular dirigida al personal médico del Hospital General 1, 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 similares al que nos ocupa con diligencia, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital General 1, concretamente en el área de ginecobstetricia, a fin de verificar si cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de las y los derechohabientes con calidad.

SÉPTIMA. Se colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra del personal médico involucrado en la atención de V1, así como del personal que incurrió en las omisiones señaladas en la integración del expediente clínico precisadas en la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

OCTAVA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la denuncia de hechos ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal médico involucrado y quien resulte responsable, y remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, así como de la Procuraduría General de la República, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, por lo cual se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. 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 sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted señor Fiscal General Interino del Estado de Quintana Roo:

PRIMERA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se formule ante la Fiscalía General Adjunta de Visitaduría en contra de AR8 y del personal que integró la Carpeta de Investigación 1, por las irregularidades precisadas en la presente Recomendación, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se deberá diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral sobre capacitación de derechos humanos en materia de procuración de justicia, derechos de las víctimas y competencia, dirigido al personal ministerial a dicha Fiscalía, a fin de prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, los manuales y contenido del curso deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados

con facilidad, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Con independencia de la resolución de la Fiscalía General Adjunta de Visitaduría, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, así como al Gobernador del Estado de Quintana Roo, para su conocimiento, por lo cual se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. 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 sustituido, deberá notificarse oportunamente.

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

286. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a ustedes 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.

287. Con el mismo fundamento jurídico, les 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.

288. 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