



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS

1. A las 19:00 horas del 29 de agosto de 2011, V1, mujer de 32 años de edad, acudió al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, para dar a luz a V2. A la 01:15 y a las 06:55 horas del día siguiente V1 fue valorada, respectivamente, por SP1, médico general del Servicio de Urgencias, y AR1, médico especialista en Ginecoobstetría del turno nocturno, ambos adscritos al nosocomio indicado.
2. Después de la última revisión practicada a las 06:55 horas del 30 de agosto de 2011, esto es, cerca del término del turno nocturno, AR1 indicó a T1, médico interno de pregrado, y a AR2, enfermera, ambos del Área de Tococirugía, que ingresaran a V1 a la sala de expulsión porque V2 nacería después de las 08:00 horas y luego partió, dejando a T1 y a AR2 a cargo de la atención de V1 y V2.
3. Tras la partida de AR1, en repetidas ocasiones V1 solicitó la intervención del personal médico, indicando que sentía que el nacimiento de V2 era inminente, sin embargo, no obtuvo atención del personal médico y, tras aproximadamente 20 minutos, AR2 se acercó y le indicó que abriera las piernas, tras lo cual advirtió que el bebé ya venía y alertó a T1.
4. Justo en el momento que V2 estaba por nacer, V1 fue obligada por T1 y AR2 a cambiarse de camilla por sí misma, lo que provocó la expulsión y caída de V2 al suelo durante su nacimiento y, si bien no se generó afectación alguna en la salud de V2 cuando esto ocurrió, V1 no fue informada al respecto después de que se tomaran las radiografías correspondientes.
5. El 2 de septiembre de 2011, el Diario del Istmo, de Coatzacoalcos, Veracruz, Sección Regional, publicó una nota periodística en que se expuso el caso de V1 y V2, con motivo de la cual esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió un Acuerdo de Atracción y Radicación, mediante el que se inició la investigación correspondiente, dada la naturaleza de los hechos que trascienden el interés de la entidad federativa en donde tuvieron lugar e inciden en la opinión pública nacional.

Observaciones

6. Del análisis lógicojurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/ 2011/8094/Q, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los Derechos Humanos a la seguridad jurídica, a la integridad y seguridad personal, al trato digno y a la protección a la salud, en agravio tanto del recién nacido V2, como de sus padres V1 y V3, atribuibles a servidores públicos adscritos al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, dependiente de la Secretaría de Salud del estado, con motivo de omitir brindar atención médica de urgencia, así como asistencia médica especial en caso de maternidad, negligencia médica y omitir implementar la infraestructura necesaria para la adecuada prestación de los servicios de salud, con base en las siguientes consideraciones:
7. La desatención de la paciente en el momento en que nacería su hijo queda evidenciada con la declaración ministerial del propio médico especialista en ginecoobstetricia AR1, quien indicó que, tras la última valoración que efectuó a V1, procedió a la conducción del parto por ser éste irregular e indicó al personal de enfermería y al médico interno de pregrado, T1, que pasaran a la paciente a la sala de expulsión y precisó al respecto: “ya ahí ya no supe nada porque iba de salida y ya eran las ocho de la mañana”. A pesar que su deber de cuidado y diligencia no sólo consiste en trabajar una jornada laboral de determinadas horas, sino en asegurarse que los pacientes sean atendidos por un médico capacitado, y no por una enfermera y un médico interno de pregrado, AR1 abanó a V1 y a V2 justo cuando el parto estaba por dar inicio.
8. Una vez evidenciado que el nacimiento de V2 fue asistido inadecuadamente por AR2, enfermera de Tococirugía en turno, y por T1, médico interno de pregrado de Tococirugía, cabe hacer la precisión de que este último ejerce sus funciones en el hospital como un estudiante en prácticas hospitalarias, por lo que requiere de la guía y supervisión del médico especialista responsable, en el caso, AR1 o AR3, según el turno correspondiente. En todo momento, el actuar de T1, médico interno de pregrado, debió ser guiado y supervisado por el médico especialista en ginecoobstetricia, independientemente de si correspondía al turno nocturno (AR1) o al turno matutino (AR3).
9. Respecto del personal médico especialista en ginecoobstetricia, disponible para atender emergencias, como la del caso que se analiza, el Subdirector de Atención Hospitalaria del Departamento de Supervisión y Control de Procesos de Atención, de la Coordinación Estatal de Trabajo Social, de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, estableció en su informe que

no existió una plantilla adecuada para cubrir las áreas de mayor riesgo, y que en el momento que se presentó el parto de V1 el Hospital General de Minatitlán, Veracruz, carecía de un médico especialista que asistiera debidamente a la paciente en estado parturiente, derivado de su rol de guardias en las jornadas nocturnas de trabajo que comprenden de las 20:00 a las 08:00 horas y no incluye tiempos extras o dobles turnos en el personal, aunado a que AR3, médico especialista que cubriría el turno a partir de las 08:00 horas, presentó su registro de entrada a las 08:42 horas el día de los hechos.

10. Por los hechos y omisiones el personal que labora en el Hospital General de Minatitlán, Veracruz, que intervino en los hechos materia de esta Recomendación puso en riesgo la integridad y seguridad personal de V2, quien afortunadamente no presentó lesiones graves, sin que ello implique que con su caída no estuvo en riesgo inclusive de perder la vida, por la delicadeza y fragilidad que presenta un bebé a escasos segundos de ser expulsado del vientre materno.

Recomendaciones

PRIMERA. Se proporcione la atención médica y/o psicológica que V2 llegue a necesitar para atender cualquier afectación a su salud, derivada de la caída sufrida a causa de las irregularidades evidenciadas en la atención médica brindada por personal del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, con motivo de su nacimiento.

SEGUNDA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

TERCERA. Se diseñen e impartan, a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General de Minatitlán, Veracruz, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en Materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en sus funciones, así como la diversa Norma Oficial Mexicana NOM004SSA32012 Del Expediente Clínico, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, enviando a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y

evaluación que se apliquen al personal que la reciba, en los cuales se refleje su impacto efectivo.

CUARTA. Se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen los servidores públicos de los hospitales del estado, en particular del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes.

QUINTA. Se implementen las gestiones directivas, administrativas y presupuestarias, a fin de implementar una plantilla de personal suficiente en las áreas de mayor riesgo en el Hospital General de Minatitlán, Veracruz; garantizando con ello la efectiva prestación de los servicios de salud, que satisfagan las necesidades de la población.

SEXTA. Se colabore ampliamente con esta Institución Nacional en la presentación ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Veracruz de una denuncia de hechos basada en las consideraciones lógicojurídicas y periciales contenidas en el cuerpo de este documento.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante la Contraloría General del estado de Veracruz, contra el personal involucrado en los hechos de la presente Recomendación.

OCTAVA. Se realicen las gestiones administrativas y presupuestarias para que se dote al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, de camillas que cuenten con barandales funcionales, para un mejor manejo y traslado de los pacientes.

RECOMENDACIÓN No. 7/2013

SOBRE EL CASO DE NEGLIGENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MINATITLÁN, VERACRUZ, EN AGRAVIO DE V1 Y V2.

México, D.F., a 19 de marzo de 2013

DOCTOR JAVIER DUARTE DE OCHOA
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE VERACRUZ

Distinguido señor gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos, 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracción IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos de evidencia contenidos en el expediente número CNDH/5/2011/8094/Q, derivado de la queja que fuera iniciada de oficio con motivo de la nota periodística publicada por el Diario del Istmo de Coatzacoalcos, Veracruz, Sección Regional, bajo el título "*Grave bebé que cayó al nacer*", el 02 de septiembre de 2011.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y, visto los siguientes:

I. HECHOS

3. A las 19:00 horas del 29 de agosto de 2011, V1, mujer de 32 años de edad, acudió al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, para dar a luz a V2. A la 01:15 y a las 6:55 horas del día siguiente V1 fue valorada, respectivamente, por SP1, médico general del Servicio de Urgencias y AR1, médico especialista en Ginecoobstetría del turno nocturno, ambos adscritos al nosocomio indicado.

4. Después de la última revisión practicada a las 06:55 horas, del 30 de agosto de 2011, esto es, cerca del término del turno nocturno, AR1 indicó a T1, médico interno de pregrado, y a AR2, enfermera, ambos del área de toco-cirugía, que ingresaran a V1 a la sala de expulsión porque V2 nacería después de las 8:00 horas y luego partió, dejando a T1 y a AR2 a cargo de la atención de V1 y V2.

5. Tras la partida de AR1, en repetidas ocasiones, V1 solicitó la intervención del personal médico indicando que sentía que el nacimiento de V2 era inminente, sin embargo, no obtuvo atención del personal médico y, tras aproximadamente 20 minutos, AR2 se acercó y le indicó que abriera las piernas, tras lo cual advirtió que el bebé ya venía y alertó a T1.

6. Justo en el momento que V2 estaba por nacer, V1 fue obligada por T1 y AR2 a cambiarse de camilla por sí misma, lo que provocó la expulsión y caída de V2 al suelo durante su nacimiento y, si bien no se generó afectación alguna en la salud de V2 cuando esto ocurrió, V1 no fue informada al respecto después de que se tomaran las radiografías correspondientes.

7. El 02 de septiembre de 2011, el Diario del Istmo de Coatzacoalcos, Veracruz, Sección Regional, publicó una nota periodística en que se expuso el caso de V1 y V2, con motivo de la cual esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió un Acuerdo de Atracción y Radicación mediante el que se inició la investigación correspondiente, dada la naturaleza de los hechos que trascienden el interés de la entidad federativa en donde tuvieron lugar e inciden en la opinión pública nacional.

8. Con el fin de documentar las violaciones a derechos humanos ocurridas en el caso, visitantes adjuntos y peritos de esta Comisión Nacional realizaron diversos trabajos de campo para localizar y recopilar testimonios y documentos. Además, se solicitó información tanto a la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz como a la Procuraduría General de Justicia de esa misma entidad, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Nota periodística publicada por el Diario del Istmo de Coatzacoalcos, Veracruz, Sección Regional, de 02 de septiembre de 2011.

10. Acta circunstanciada de 7 de septiembre de 2011, en la que se hace constar que personal fedatario de este organismo nacional realizó gestión telefónica con el Agente Tercero del Ministerio Público Investigador de Minatitlán, Veracruz.

11. Acuerdo de Atracción y Radicación de 23 de septiembre de 2011, mediante el que se inició de oficio la investigación correspondiente.

12. Oficio 316, de 27 de septiembre de 2011, a través del cual se solicita la información correspondiente al Secretario de Salud del Estado de Veracruz.

13. Oficio 317, de 27 de septiembre de 2011, por el que se solicita información, en vía de colaboración institucional, al Procurador General de Justicia del Estado de Veracruz.

14. Oficio 65305, de 6 de octubre de 2011, mediante el cual se notifica la atracción y radicación de expediente al Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Veracruz.

15. Oficio número PGJ/VDH/3654/2011-VI, de 11 de octubre de 2011, suscrito por el Ejecutivo de Conciliaciones y Recomendaciones Adscrito a la Visitaduría Encargada de la Atención a Quejas de Derechos Humanos, de la Procuraduría General de Justicia del estado de Veracruz, al que se anexó el diverso 1717, de 07 de octubre de ese año, suscrito por el Agente Tercero del Ministerio Público Investigador, con adscripción en Minatitlán, Veracruz, en que se informa sobre las diligencias practicadas dentro de la Investigación Ministerial IM1, iniciada con motivo de la denuncia que hiciera V3, padre de V2.

16. Oficio SESVER/DAM/SAH/DSCPA/3209/2011, de 14 de octubre de 2011, signado por el subdirector de Atención Hospitalaria, del Departamento de Supervisión y Control de Procesos de Atención, de la Coordinación Estatal de Trabajo Social, de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, al que se anexó el diverso 213/2011, de 07 de octubre de 2011, suscrito por el director del Hospital General de Minatitlán en esa entidad federativa, por el que rinde un informe sobre los hechos constitutivos de la queja, y al que se anexó la siguiente documentación:

16.1. Relatoría de los hechos ocurridos el 30 de agosto de 2011, signada por el director del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, de 07 de octubre de 2011

16.2. Escrito libre de 06 de octubre de 2011, sobre los hechos materia de la queja, signado por AR1, médico Ginecoobstreta del turno nocturno, adscrito al Hospital General de Minatitlán, Veracruz.

16.3. Escrito libre de 06 de octubre de 2011, sobre los hechos motivo de esta recomendación, signado por T1, Médico Interno de Pregrado, del Hospital General de Minatitlán, Veracruz.

16.4. Escrito de 07 de octubre de 2011, dirigido al director del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, sobre los hechos ocurridos el 30 de agosto de 2011, signado por el Médico General del Servicio de Urgencias.

16.5. Oficio sin número, de 01 de septiembre de 2011, dirigido a la jefa de Enfermeras del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, signado por AR2, enfermera general del Hospital General de Minatitlán, Veracruz.

16.6. Nota signada por SP2, médico especialista en pediatría del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, correspondiente a la evaluación médica practicada a V2 a las 8:00 horas del día 30 de agosto de 2011.

16.7. Resumen clínico, sin fecha, sobre la paciente V1, elaborado por la subdirectora Médica del Turno Vespertino del Hospital General de Minatitlán, Veracruz.

16.8. Expediente clínico de la paciente V1, que contiene, entre otras constancias, las notas médicas de los días 30 y 31 de agosto de 2011, signadas por SP1, AR1 y diversos médicos, así como por T1

16.9. Expediente clínico del recién nacido V2, que contiene, entre otras constancias, las siguientes:

16.9.1. Notas médicas elaboradas entre el 30 de agosto y el 02 de septiembre de 2011, signadas por SP2, y diversos médicos especialistas en pediatría.

16.9.2. Solicitud auxiliar de diagnóstico, de 1 de septiembre de 2011, signada por un médico del Hospital General de Minatitlán, Veracruz.

16.9.3. Hoja clínica, resumen de alta y manejo de egreso hospitalario, de 02 de septiembre de 2011.

16.10. Acta Circunstanciada de Hechos, de 6 de septiembre de 2011, en la que intervienen, entre otros servidores públicos, el director, AR1, médico Ginecoobstetra Turno Nocturno "A", SP2, médico Pediatra Turno Matutino, T1, médico Interno de Pregrado, y AR2, enfermera del Servicio de Toco-Cirugía del turno matutino, todos adscritos al Hospital General de Minatitlán, Veracruz.

17. Acta circunstanciada de 10 de noviembre de 2011, elaborada por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se hace constar la búsqueda y localización del domicilio de V1, a efecto de hacer de su conocimiento que en este organismo nacional se iniciaba el trámite de la queja con motivo de los hechos referidos en la nota periodística publicada el 02 de septiembre de 2011, en la páginas 1 y 2, de la sección Regional, del "Diario del Istmo".

18. Oficio PGJ/VDH/4427/2011-VI, de 24 de noviembre de 2011, suscrito por el ejecutivo de Conciliaciones y Recomendaciones adscrito a la Visitaduría Encargada de la Atención a Quejas de Derechos Humanos, de la Procuraduría General de Justicia del estado de Veracruz, al que se anexa el diverso 2135, de esa fecha, mediante el cual el Agente Tercero del Ministerio Público Investigador en Minatitlán, Veracruz informa de las actualizaciones de las diligencias llevadas a cabo dentro de la Investigación Ministerial IM1.

19. Actas circunstanciadas de 6 de diciembre de 2011 y 21 de febrero de 2012, en las cuales personal de este organismo nacional hace constar diversas actuaciones practicadas dentro del expediente de queja.

20. Oficio 112, de 13 de marzo de 2012, por el que se solicita información, en vía de colaboración institucional, al Procurador General de Justicia del Estado de Veracruz.

21. Oficio número PGJ/VDH/888/2012-VI, de 26 de marzo de 2012, suscrito por el ejecutivo de Conciliaciones y Recomendaciones, adscrito a la Visitaduría Encargada de la Atención a Quejas de Derechos Humanos, de la Procuraduría General de Justicia del estado, por el que se informan las diligencias practicadas dentro de la Investigación Ministerial IM1, anexando copias simples de la referida indagatoria, de la que destacan las siguientes documentales:

21.1. Querrela de 30 de agosto de 2011, formulada por V3, ante el Representante Social en Minatitlán, Veracruz.

21.2. Fe de inspección ocular practicada en las instalaciones del Hospital General en Minatitlán, Veracruz, por el Agente del Ministerio Público en tal localidad, de 31 de agosto de 2011 y certificado médico en que un perito médico forense adscrito a la Procuraduría General de Justicia en Veracruz certifica el estado de salud de V2.

21.3. Declaración ministerial de V1, de 23 de noviembre de 2011.

21.4. Declaración ministerial de T1, de 7 de diciembre de 2011 y escrito en que narra los hechos ante el Agente del Ministerio Público Investigador, de 12 del mismo mes y año.

22. Oficios 204 y 229, de 2 y 18 de abril de 2012, respectivamente, por los cuales se solicita ampliación de información al Secretario de Salud del Estado de Veracruz.

23. Oficio SESVER/DAJ/DCA/1470/2012, de 3 de mayo de 2012, suscrito por el director de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud de Veracruz, en respuesta a la solicitud de ampliación de información, al que se anexa el diverso Dir/098/2012, de 24 de abril de 2012, mediante el cual el director del Hospital donde ocurrieron los hechos explica las gestiones realizadas para evitar que vuelvan a suceder.

24. Oficio número PGJ/VDH/1302/2012-VI, de 7 de mayo de 2012, suscrito por el Ejecutivo de Conciliaciones y Recomendaciones Adscrito a la Visitaduría Encargada de la Atención a Quejas de Derechos Humanos, de la Procuraduría General de Justicia del estado de Veracruz, por el que informa sobre la determinación de la reserva de la IM1, de 11 de abril de 2012, así como las notificaciones respectivas formuladas a V1 y V3 con esa misma fecha; y agrega la siguiente documentación:

24.1. Acuerdo de 11 de abril de 2012, mediante el que se determina la investigación ministerial IM1, en el que se incluyen las declaraciones rendidas ante la autoridad ministerial por AR1 y por AR2.

24.2. Certificaciones de 16 de abril de 2012, en que consta que V1 y V3 fueron notificados de la resolución mediante la que se determinó la investigación

ministerial IM1, así como que jurídicamente otorgaron el perdón respecto de los hechos ocurridos.

25. Dictamen Médico Forense de 19 de junio de 2012, suscrito por perito en materia de medicina forense de esta Comisión Nacional.

26. Actas circunstanciadas de 25 de junio, 30 de julio, 15 de agosto de 2012, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que constan diversas diligencias practicadas con V1.

27. Oficio 677, de 3 de septiembre de 2012, mediante el cual se solicita ampliación de información al Secretario de Salud del Estado de Veracruz.

28. Oficio SESVER-DAM/SAH/DSCPA/3292/2012, de 20 de septiembre de 2012, mediante el que el subdirector de Atención Hospitalaria de la Secretaría de Salud del gobierno del estado de Veracruz brinda respuesta a la solicitud de ampliación de información formulada respecto de la atención brindada a V2 con posterioridad a los hechos, al que anexa el diverso DI/222/2012, de 13 de septiembre de 2012 y diversas notas médicas que indican el estado de salud de V2 al 20 de julio de 2012.

29. Oficio 3189/2012, recibido en esta institución nacional el 17 de octubre del 2012, por el que el subdirector de Atención Hospitalaria del Departamento de Supervisión y Control de Procesos de Atención solicita al director del nosocomio complete la información que se le solicitó respecto del expediente de V2.

30. Oficio 974, de 22 de noviembre de 2012, mediante el cual se informa a V1 de los avances de la investigación.

31. Actas circunstanciadas de 17 de diciembre de 2012 y 7 de enero del 2013, en que personal de esta institución nacional hace constar que se intentó localizar a V1, sin que fuera posible.

32. Acta circunstanciada de 10 de enero de 2013, elaborada por personal de este organismo nacional, mediante la que se hace constar la gestión que se practicó con V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

33. El 30 de agosto de 2011, aproximadamente a la 01:15 horas, V1 ingresó al área de urgencias del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, por presentar embarazo de 38 semanas de gestación. Tras diversas valoraciones realizadas durante el transcurso de las primeras horas de ese día, en el trabajo de parto, V1 no recibió la atención médica debida, ni fue asistida correctamente por el personal del servicio de toco-cirugía, lo que ocasionó que al ser expulsado del claustro materno, V2 cayera al suelo y se pusieran en riesgo su salud y su vida.

34. El mismo día, al tomar conocimiento de lo ocurrido, V3, padre del recién nacido, presentó denuncia de los hechos ante el agente Tercero del Ministerio Público Investigador en Minatitlán, Veracruz, quien inició la investigación respectiva, a la que correspondió el número IM1.

35. Según información aportada por la autoridad ministerial, el 11 de abril de 2011, se determinó la reserva de la investigación de mérito, lo cual fue notificado a V1 el 18 del mes y año en cita, quien otorgó el perdón a T1 y AR2, con motivo de los hechos en que están involucrados.

36. No se tiene conocimiento de la existencia de algún procedimiento administrativo de responsabilidad en que se investigaran los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES

37. Previo al estudio de violaciones advertidas en la presente recomendación, destaca que si bien V2, recién nacido, hijo de V1 y V3, al parecer no ha tenido hasta el momento consecuencias en su salud, derivadas de las irregularidades en la atención que recibió él y su familia durante su nacimiento, es preocupante para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos advertir una práctica constante de deficiente atención durante el parto a las mujeres y niños, lo cual ha dado lugar a las recomendaciones números 5/2011, 6/2011, 24/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012 y 1/2013, en diversos casos en los que se han evidenciado irregularidades en ese tipo de servicios, por lo que se busca darles protección a sus derechos humanos en su interacción con las autoridades ya que aun cuando no se provoque el fallecimiento de las personas, se pone en peligro la integridad física y se transgrede el derecho fundamental de protección de la salud.

38. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2011/8094/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la seguridad jurídica, a la integridad y seguridad personal, al trato digno, y a la protección a la salud, en agravio tanto del recién nacido V2, como de sus padres V1 y V3, atribuibles a servidores públicos adscritos al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, dependiente de la Secretaría de Salud del estado, con motivo de omitir brindar atención médica de urgencia, así como asistencia médica especial, en caso de maternidad, negligencia médica y omitir implementar la infraestructura necesaria para la adecuada prestación de los servicios de salud, con base en las siguientes consideraciones:

39. El 02 de septiembre de 2011, se publicó una nota periodística en el Diario del Istmo de Coatzacoalcos, Veracruz, Sección Regional, en la cual se expone la gravedad del estado de salud del recién nacido, V2, quien había caído al piso durante el parto, lo que su madre consideró y denunció como una negligencia médica del personal del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, ya que había

sido obligada por personal del nosocomio a cambiarse de camilla justo en el momento que V2 salió expulsado, lo que provocó su caída. Los familiares del recién nacido acudieron a la Agencia Tercera del Ministerio Público Investigador de Minatitlán, Veracruz, para promover la denuncia penal correspondiente contra el personal médico que atendió a V1.

40. En el contenido de la nota periodística referida se pueden advertir los hechos como los narró V1, así como en su declaración ante el agente del Ministerio Público de 23 de noviembre de 2011, de los que primordialmente se advierte que el personal médico y de enfermería hizo caso omiso de los dolores de parto que la paciente les notificó oportunamente, así como también que omitió atender con la debida diligencia a V1, cuando ésta se encontraba próxima a dar a luz a V2, sin poner en conocimiento de la situación a su esposo V3.

41. Según lo manifestado por V1 y V3 en sus respectivas declaraciones ante el Ministerio Público, el 29 de agosto de 2011, aproximadamente a las 19:00 horas, se presentaron al Hospital General de Minatitlán, en la entidad federativa, para que V1 fuera atendida en el nacimiento de su hijo V2. V1 fue informada de que aún le hacía falta trabajo de parto e instruida a caminar cerca de cuatro horas mientras tomaba líquidos.

42. Aproximadamente a las 01:15 horas del día siguiente, esto es, de 30 de agosto de 2011, V1 fue revisada nuevamente por el médico en turno, quien informó a V3 que se quedaría internada para dar a luz a su bebé. Posteriormente, alrededor de las 7:30 horas, AR1 revisó a V1 e indicó a la enfermera AR2 y al médico interno de pregrado T1 que en cualquier momento nacería V2. Cinco minutos después V1 comentó a AR1 que se le había roto la fuente y tenía ganas de ir al baño, a lo que él le respondió que podía hacerlo y que después nacería su bebé. Luego, AR1 se retiró, dejando a AR2 y a T1, enfermera y médico interno de pregrado atendiendo a V1, pues estaba por terminar su turno.

43. Durante aproximadamente 20 minutos después de que AR1 se retiró, V1 alertó a la enfermera AR2 sobre los fuertes dolores de parto que anunciaban el nacimiento de V2, sin que obtuviera atención alguna. Finalmente, la enfermera AR2 accedió a revisarla, de forma que pudo percatarse que el trabajo de parto se encontraba en etapa avanzada, por lo que, estando sobre una camilla, AR2 y T1 le indicaron que tendría que cambiarse a la mesa de expulsión por sus propios medios.

44. A pesar de que solicitó la ayuda de AR2 y T1 para cambiarse, ésta no le fue proporcionada, sino que le insistieron en que debía hacerlo sola. Así, la agraviada se vio en la necesidad de cambiarse de lugar, y al hacerlo el bebé fue expulsado y cayó al piso, donde se golpeó la cabeza con la pata izquierda de la camilla. Entonces, T1 verificó la hora con AR2: eran las 07:55 horas cuando esto sucedió.

45. Según el informe que hizo llegar a este organismo nacional la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, se puede advertir, en la relatoría del Director del

Hospital General de Minatitlán, Veracruz que, efectivamente, la paciente V1, de 32 años de edad ingresó al servicio de urgencias a la 01:15 horas de 30 de agosto de 2011, siendo valorada por el médico del turno nocturno, con los siguientes antecedentes de importancia: control prenatal irregular, multigesta, con un embarazo de 38 semanas de gestación, en trabajo de parto, abdomen globoso a expensas de PUVI, presentación cefálica, dorso izquierdo, frecuencia cardiaca fetal de 140x', al tacto vaginal con 4 centímetros de dilatación, tannier negativo, con signos vitales estables.

46. Se le ingresó a la unidad de toco quirúrgica a las 02:30 horas, siendo atendida por el personal de enfermería de servicio, ya que el médico especialista se encontraba en un procedimiento quirúrgico.

47. A las 03:30 horas V1 fue valorada por AR1, especialista en ginecoobstetricia, con los antecedentes previos, la exploró y la encontró consciente, palidez leve, hidratación adecuada, al tacto vaginal con 6 centímetros de dilatación, producto en primer plano, membranas íntegras, pelvis ginecoide, e indicó continuar con el trabajo de parto y revaloración posterior.

48. A las 06:55 horas fue valorada nuevamente por el mismo médico especialista en turno nocturno, esto es, por AR1, quien encontró a la paciente con actividad uterina de buena intensidad y duración, frecuencia cardiaca fetal de 140x', al tacto vaginal con 7-8 centímetros de dilatación e indica continuar con el trabajo de parto y vigilancia del mismo por el personal becario asignado a servicio. Tras realizar la valoración de las demás pacientes, el indicado médico especialista AR1 procedió a retirarse del hospital a las 08:02 horas del día 30 de agosto de 2011, por haberse terminado su jornada laboral.

49. AR3, médico especialista ginecoobstetra del turno matutino no se encontraba en las instalaciones del hospital cuando se presentó el parto de V1, ya que registró su entrada hasta las 08:42 horas de ese mismo día 30 de agosto de 2011, de modo que V1 tuvo que ser atendida y asistida por el personal becario de guardia y de servicio, que se encontraba vigilándola por indicaciones del médico del turno nocturno, ya que los médicos responsables se encontraban ausentes.

50. En ese orden de ideas, del acta circunstanciada de hechos signada por AR1, AR2, T1 y SP1, así como por SP2, médico pediatra del turno matutino, y por diverso personal adscrito al hospital, en el punto tercero, se advierte que al terminar su turno AR1 revisó a V1 por última vez a las 07:55 horas de 30 de agosto de 2011, cuando advirtió que la paciente presentaba dilatación completa.

51. Por otra parte, se advierte que T1 manifestó que el 30 de agosto de 2011, a las 08:00 horas, se encontraba sólo como médico interno en el servicio de tococirugía y, siguiendo las órdenes de AR1, médico obstetra en turno, pasó a la paciente con dilatación completa a sala de expulsión junto con la enfermera AR2. En el momento del cambio de camilla a mesa de expulsión, V1 sufrió una intensa contracción que le impidió hacerlo y le indicó a T1 que no podía mover el miembro

pélvico izquierdo. Al extenderse el tiempo de cambio de camilla a mesa de expulsión, T1 le insistió en más de dos ocasiones que debía cambiarse porque la camilla no era el lugar adecuado para dar a luz, por tratarse de un área contaminada. V1 se apresuró a realizar el cambio y, al quedar en posición perpendicular a la mesa de expulsión, repentinamente V2 salió expulsado y cayó al piso envuelto en membranas y sobre el campo que protegía la camilla. Se le proporcionó asistencia y cuidados inmediatos al recién nacido V2 y se solicitó a la enfermera AR2 que le asistiera y diera aviso al médico pediatra en ese mismo momento.

52. Así también, la enfermera AR2, al rendir el informe correspondiente, manifestó que el 30 de agosto de 2011, se encontraba en el servicio de Tococirugía como única enfermera a cargo del mismo, cuando la paciente V1, con diagnóstico de multigesta con embarazo de término, fue trasladada a la sala de expulsión en su camilla.

53. AR2, por su parte, narró que en tres ocasiones se solicitó a V1 que se pasara a la mesa de expulsión, no obstante, la paciente refería tener mucho dolor y que se le permitiera un momento; después, se colocó en mesa de exploración con los miembros inferiores en las pierneras. Agregó AR2 que para terminar de acomodar a V1 se pasó del lado izquierdo de la mesa, cuando la paciente comenzó a pujar y levantar la pierna derecha, siendo el caso que en ese momento expulsó al producto, el cual resbaló y cayó al piso envuelto en la bolsa de membranas; que en el trayecto al piso se rompió el cordón umbilical en la parte media sin presentar sangrado, se levantó el producto y empezó a llorar, se le brindaron los cuidados inmediatos y mediatos y se dio aviso al médico pediatra en turno, SP2.

54. El recién nacido V2, hijo de V1, fue ingresado al Hospital General el mismo día de su nacimiento, esto es, el 30 de agosto del 2011, con diagnóstico de trauma craneal, es decir, indicando que se había golpeado en la cabeza, siendo dado de alta el día 02 de septiembre de 2011. En la hoja clínica del recién nacido, signada por SP2, médico pediatra, puede observarse, en el capítulo de complicaciones, la expresión “caída del producto de aproximadamente 70 centímetros. Traumatismo de cráneo”.

55. A pesar de lo ocurrido, el personal de enfermería que tuvo contacto con V3, padre de V2, omitió informarle sobre los hechos, ya que únicamente se le indicó que el parto había concluido y que todo estaba bien y sólo tuvo conocimiento de la caída que sufrió V2 al nacer cuando V1 se lo contó.

56. Con motivo de los hechos en los que V2 recién nacido, hijo de V3 sufriera una caída al momento del parto, este último presentó denuncia ante el agente Tercero del Ministerio Público Investigador en Minatitlán, Veracruz, quien inició la investigación ministerial a la que correspondió el número IM1. Según aportaciones de la Procuraduría General de Justicia del estado de Veracruz, se llevó a cabo inspección ocular donde se tuvo a la vista al recién nacido, V2, encontrándose en buen estado de salud, así también, el certificado del médico legista dictaminando

que clínicamente no presentaba lesión física así como signos o síntomas neurológicos.

57. En aportación complementaria, la Representación Social hizo del conocimiento de este organismo nacional que dentro de las actuaciones que integran la investigación, se recibieron los expedientes clínicos de V1 y V2, así como que la primera compareció a rendir declaración el 23 de noviembre de 2011; y que el Ministerio Público había citado a T1, médico interno de pregrado y a la enfermera AR2, que se encontraban con la agraviada al momento en que sucedieron los hechos.

58. Ahora bien, de las diversas constancias que obran en el expediente, se advierte que ningún servidor público adscrito al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, que haya estado directamente involucrado en los hechos que motivaron la queja, niega o contradice lo manifestado en la nota periodística que apareciera publicada el 02 de septiembre de 2011, en el *Diario del Istmo*, por el contrario, se robustece la versión manifestada por V1, en el sentido de que no fue auxiliada en el momento que tenía que trasladarse de la camilla a la cama de expulsión, pues el médico pasante T1 y la enfermera AR2, que ahí se encontraban, fueron concordantes en señalar que le indicaron a la paciente hasta en tres ocasiones que tenía que realizar tal maniobra.

59. Llama la atención el hecho de que V1 indicó a personal de esta institución nacional que la hora del nacimiento de su hijo V2 fue antes de las 8:00 horas, mientras que en los informes que aportaron AR1, AR2, T1 y SP2, personal médico del hospital, se informa que V2 nació a las 8:00 horas. La inconsistencia respecto de la hora de nacimiento de V2 es relevante porque en el caso de que hubiera nacido antes de las 8:00 horas, se agrava la responsabilidad del médico especialista en ginecoobstetricia AR1, quien abandonó a V1 y a V2 a pesar de que sabía que el parto tendría lugar durante el turno que le correspondía cubrir y tampoco se cercioró de que AR3, médico especialista del siguiente turno hubiera llegado y atendido la urgencia. También resulta importante la diferencia en el horario del nacimiento de V2 porque las notas médicas tienen la finalidad de guardar constancia de la verdad de los hechos, lo que incluye la hora en que fue atendida V1 y cuando V2 cayó al suelo por no ser atendido por el médico especialista, ya fuera AR1 o AR3, quienes omitieron brindar asesoría a T1, el primero porque se retiró y el segundo porque no llegó dentro del horario al que estaba obligado.

60. La desatención de la paciente en el momento en que nacería su hijo queda evidenciada con la declaración ministerial del propio médico especialista en ginecoobstetricia AR1, quien indicó que tras la última valoración que efectuó a V1, procedió a la conducción del parto por ser éste irregular e indicó al personal de enfermería y a T1 que pasaran a la paciente a la sala de expulsión y precisó al respecto: “ya ahí ya no supe nada porque iba de salida y ya eran las ocho de la mañana”. Resultan insuficientes las manifestaciones de AR1 en cuanto a que terminó su turno para deslindarse de responsabilidad, ya que su deber de cuidado

y diligencia no sólo consiste en trabajar una jornada laboral de determinadas horas, sino en asegurarse que los pacientes sean atendidos por un médico capacitado, y no por una enfermera y un médico interno de pregrado.

61. Según la declaración de AR1, V2 nació incluso después de las 8:00 horas del 30 de agosto de 2011, es decir, con posterioridad al tiempo asentado en el acta circunstanciada de hechos signada por el personal involucrado en la atención de V1, y mucho después de la hora en que V1 declaró que V2 nació, esto es antes de las 8:00 horas de ese día.

62. Particularmente, cobra importancia el dato en cuestión porque V1 refirió haber pedido la intervención de AR2 ante la proximidad del nacimiento de V2 durante aproximadamente 20 minutos, sin que lograra obtener asistencia alguna. Esto significa que la enfermera AR2 pudo percatarse de que era tiempo de atender a V1 si hubiera revisado a la paciente cuando ésta se lo solicitó y verificar las condiciones para trasladarla de un lugar a otro, sin embargo, dejó pasar el tiempo hasta que el parto era inminente y V1 no estaba en condiciones de cambiarse de una camilla a otra por sí misma sin hacer el esfuerzo que implicó la expulsión de V2 del claustro materno.

63. Adicionalmente, el perito médico de este organismo nacional advirtió que el expediente clínico de V1 incluye una nota posparto de las 8:45 horas del mismo día, en la que aparecen los nombres de AR1 y T1 y carece de firmas, que indica que se efectuó la reparación del desgarro que presentó la paciente a nivel de vulva, situación que resulta contradictoria, si se considera que AR1, al rendir su informe, hizo valer que concluyó sus labores a las 8:00 horas.

64. Las irregularidades advertidas en el expediente clínico de V1 han sido una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

65. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud emitidos por este organismo nacional, tales como: 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012 y 24/2012 en que se han señalado precisamente las irregularidades en que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, o simplemente no existen, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

66. La adecuada integración del expediente clínico, en términos de lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, era un deber a cargo

de los citados prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento. Las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de modo que como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, deberá tomar medidas para que la actual Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, sea observada adecuadamente.

67. La sentencia del caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y como fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

68. Debe señalarse que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del artículo 62 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y del reconocimiento de su competencia contenciosa, en términos del decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1999.

69. Por ello, la deficiente integración del expediente clínico, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

70. Adicionalmente, ya en situación de emergencia, el personal médico que asistió a V1 debió atender los procedimientos existentes al efecto, que establecen que las acciones de asepsia y antisepsia del lugar son secundarias respecto de la recepción del producto y la tranquilidad de la madre, tal como se observa en el contenido de la opinión emitida por un perito médico de esta institución nacional de 19 de junio de 2012, particularmente, en el inciso ñ), punto 2; de manera que la caída de V2 al piso pudo evitarse con un manejo y traslado adecuado de la paciente, que era responsabilidad primaria de AR1.

71. Una vez evidenciado que el nacimiento de V2 fue asistido inadecuadamente por AR2 enfermera de toco-cirugía en turno y por T1, médico interno de pregrado de toco-cirugía, cabe hacer la precisión de que este último ejerce sus funciones en el hospital como un estudiante en prácticas hospitalarias, por lo que requiere de la guía y supervisión del médico especialista responsable, en el caso, AR1 o AR3, según el turno correspondiente.

72. Se advierte así que al ausentarse ante el inminente nacimiento de V2, AR1, médico adscrito al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Minatitlán,

Veracruz, dejó de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, en la que se establece que en la enseñanza tutorial proporcionada a los alumnos (internos) no se les debe exponer a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal.

73. De lo anterior, se concluye que en todo momento el actuar de T1, médico interno de pregrado, debió ser guiado y supervisado por el médico especialista en ginecoobstetricia, independientemente de si correspondía al turno nocturno (AR1) o al turno matutino (AR3).

74. Además, AR1 también omitió atender el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, que 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 la atención, tales como propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso.

75. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana tienden a favorecer, entre otros aspectos, el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y a prevenir la aparición de complicaciones; a mejorar la supervivencia materno-infantil y la calidad de vida y, adicionalmente, a brindar una atención con mayor calidez.

76. La normatividad indicada fue omitida en su aplicación por el personal que atendió el nacimiento de V2 y, sabiendo que tal evento no se postergaría, el médico especialista en ginecoobstetricia AR1 omitió atender a V1 conforme los lineamientos que establece tal normatividad, máxime que, como lo observa el perito médico adscrito a esta institución, considerando que la dilatación del cérvix se da por lo regular en un centímetro por hora, era previsible que el parto tuviera lugar alrededor de las 7:30 horas de 30 de agosto de 2011.

77. En relación con la atención que V1 recibió, el perito médico de esta Comisión Nacional estableció en su opinión que no se previó el manejo adecuado del trabajo de parto de la paciente V1 y tampoco se consideraron sus antecedentes ginecoobstétricos, tales como que era su quinto embarazo o que cursaba con un trabajo de parto irregular, anomalías que fueron detectadas en la revisión efectuada por AR1 a las 06:55 horas, del 30 de agosto de 2011, lo que evidencia que no existió un seguimiento de la evolución del estado de la paciente.

78. Respecto del personal médico especialista en ginecoobstetricia, disponible para atender emergencias como la del caso que se analiza, el subdirector de

Atención Hospitalaria, del Departamento de Supervisión y Control de Procesos de Atención, de la Coordinación Estatal de Trabajo Social, de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, estableció en su informe que no existió una plantilla adecuada para cubrir las áreas de mayor riesgo; y, que en el momento que se presentó el parto de V1, el Hospital General de Minatitlán, Veracruz carecía de un médico especialista que asistiera debidamente a la paciente en estado parturiente, derivado de su rol de guardias en las jornadas nocturnas de trabajo que comprenden de las 20:00 a las 08:00 horas y no incluye tiempos extras o dobles turnos en el personal, aunado a que AR3, médico especialista que cubriría el turno a partir de las 08:00 horas, presentó su registro de entrada a las 08:42 horas en el día de los hechos.

79. La lectura del informe indicado revela que la eficiente prestación del servicio público de salud queda supeditada al cumplimiento de los horarios de trabajo, y que, en el caso, V1 resultó agraviada en su derecho a la protección a la salud al no recibir la atención directa de un médico especialista en el momento en que nació V2, siendo aún más grave el descuido de parte de las personas que la asistieron, que pudieron haber causado daños físicos graves o inclusive la muerte del recién nacido al caer al piso.

80. Así lo estableció el perito médico adscrito a esta institución nacional, con base en la indicada norma oficial mexicana: "...se tiene que en este caso se trataba de una emergencia obstétrica y que fue desatendida por el personal del multicitado hospital, existiendo deficiencia en la calidad de la atención médica y que básicamente fue por el personal adscrito en la especialidad aludida".

81. Tomando en consideración que las víctimas tienen derecho a una atención médica digna y en las mejores condiciones posibles, la infraestructura y disponibilidad de los médicos especialistas del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, resulta insuficiente para que se cumpla con los estándares internacionales de protección a la salud, lo que deberá ser objeto de las medidas de reparación y prevención que adopte la institución responsable de las violaciones a derechos humanos que se evidencian en el presente documento.

82. Al respecto, cabe añadir que en relación con la medida tomada en prevención de los casos como el que quedó evidenciado, a que se refiere en el oficio Dir/098/2012, de 24 de abril de 2012, suscrito por el director del indicado nosocomio, consistente en la adquisición del bambineto para el área de tóco-cirugía del hospital donde ocurrieron los hechos para colocar a los recién nacidos después de su nacimiento, esta institución nacional considera la medida insuficiente para prever que eventos como el que se analiza vuelvan a tener lugar pues en el caso particular la responsabilidad institucional versó sobre negligencia médica, falta de probidad y deber de cuidado en la prestación del servicio público de salud, por parte de AR1, AR2 y AR3 y no en la limitación o escasez de recursos materiales del Hospital General de Minatitlán, Veracruz. En todo caso, se requiere incrementar los recursos humanos durante los horarios de guardias nocturnas.

83. Asimismo, en la opinión del perito médico adscrito a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se destacan deficiencias en cuanto al manejo expedito, eficiente y eficaz que cualquier institución que tenga un servicio de urgencias debe observar, según lo establecido en la norma oficial mexicana NOM-206-SSA1-2002, denominada “Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica”, ya que no se cumplió con los requisitos necesarios de la urgencia obstétrica, al no contar el nosocomio con médico especialista que atendiera a V1 cuando V2 nació.

84. En consecuencia, AR1 y AR3, médicos especialistas en ginecoobstetricia, así como AR2, enfermera general, todos adscritos al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, omitieron brindar atención médica de urgencia y asistencia médica especializada en un caso de maternidad; incurrieron en negligencia médica y omitieron implementar la infraestructura necesaria para la adecuada prestación de los servicios que V1, V2 y V3 requerían, de manera que se vulneró el derecho a la protección de la salud, en agravio de las víctimas, contenido en los artículos 4, párrafo cuarto, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33 y 51, párrafo primero, de la Ley General de Salud; 8, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, NOM-234-SSA1-2003, sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, NOM-206-SSA1-2002, sobre la Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica y NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

85. De igual forma, los citados servidores públicos, con sus omisiones, dejaron de observar las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia a las personas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero y segundo, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

86. En este sentido, los numerales I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.2, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en síntesis, ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, señalando la necesidad de asegurar la

plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias.

87. Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado, en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones previstas en el artículo 4, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1 de la misma, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

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

89. En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

90. Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el caso, el personal adscrito al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, debió realizar una adecuada y periódica valoración que le permitiera brindar la atención médica de urgencia y especializada que requería V1 para dar a luz a V2, con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

91. Partiendo de una base que el derecho al trato digno es aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el

orden jurídico, V1 sufrió menoscabo en el mismo, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades mínimas y propias durante el parto, sino que, más bien, según lo refirió en su declaración ante los medios, hicieron caso omiso de su situación, obligándola a que por sí misma realizara movimientos que tuvieron como consecuencia directa la expulsión de su bebé, sin que personal médico especializado atendiera la urgencia, lo que ocasionó que V2 cayera al piso. Este derecho encuentra su sustento en los artículos 1°, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en los que se dispone que toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad y el Estado está obligado no sólo a respetarlo, sino a establecer las condiciones para su pleno goce y ejercicio.

92. Por los hechos y omisiones el personal que labora en el Hospital General de Minatitlán, Veracruz, que intervino en los hechos materia de esta recomendación puso en riesgo la integridad y seguridad personal de V2, quien afortunadamente no presentó lesiones graves, sin que ello implique que con su caída no estuvo en riesgo inclusive de perder la vida, por la delicadeza y fragilidad que presenta un bebé a escasos segundos de ser expulsado del vientre materno.

93. Cualquier afectación al derecho a la integridad personal conlleva una violación al derecho a la protección del nivel más alto posible de salud, entendido como el conjunto de derechos y garantías que protegen la integridad corporal y psicológica, y que prohíben las afectaciones injustificadas, tales como el traumatismo craneal que sufrió V2 al caer al piso luego de nacer, y otorgan al titular el derecho a exigir del Estado una serie de bienes, facilidades, servicios y condiciones para la adecuada satisfacción del propio derecho, como lo es que se cuente con los médicos especialistas necesarios para atender urgencias como el nacimiento de las personas.

94. A este respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la Observación General Número 14, sobre el derecho a la protección de la salud tutelado por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la que determina que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter positivo al Estado de procurar que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud física, mental y social, sino también obligaciones de carácter negativo o de abstención, que se vinculan al derecho a no padecer injerencias arbitrarias ni tratos crueles en su integridad que impidan la efectividad del derecho a la salud.

95. Igualmente, AR1, AR2 y AR3, personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, de la Secretaría de Salud de esa entidad federativa, que intervino en el caso probablemente incumplió las obligaciones contenidas en los artículos 46, fracciones I y XXI, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, que prevén la obligación de los servidores públicos 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 jurídica relacionada con el servicio público.

96. Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 3 y 4, de la Ley de Responsabilidad Patrimonial de la Administración Pública Estatal y Municipal del estado de Veracruz y 30 de la Ley General de Víctimas, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública deberá 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 deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

97. De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante la Contraloría General del estado de Veracruz, además de que formule la denuncia de hechos respectiva, aportando las evidencias de que se ha allegado ante la Procuraduría General de Justicia del estado en contra del personal del Hospital General de Minatitlán, en Veracruz.

98. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera procedente formular a usted, señor Gobernador del estado de Veracruz, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se proporcione la atención médica y/o psicológica que V2 llegue a necesitar para atender cualquier afectación a su salud, derivada de la caída sufrida a causa de las irregularidades evidenciadas en la atención médica brindada por personal del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, con motivo de su nacimiento y se remitan a este organismo nacional las constancias que así lo acrediten.

SEGUNDA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional; asimismo, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan, a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General de Minatitlán, Veracruz, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en sus funciones, así como la diversa Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento; enviando a esta Comisión Nacional, los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que la reciba, en los cuales se refleje su impacto efectivo.

CUARTA. Se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen los servidores públicos de los hospitales a su cargo, en particular del Hospital General de Minatitlán, Veracruz, con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se implementen las gestiones directivas, administrativas y presupuestarias, a fin de implementar una plantilla de personal suficiente en las áreas de mayor riesgo en el Hospital General de Minatitlán, Veracruz; garantizando con ello la efectiva prestación de los servicios de salud, que satisfagan las necesidades de la población; asimismo, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore ampliamente con esta institución nacional en la presentación ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Veracruz, de una denuncia de hechos basada en las consideraciones lógico jurídicas y periciales contenidas en el cuerpo de este documento y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante la Contraloría General del estado de Veracruz, contra el personal involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

OCTAVA. Se realicen las gestiones administrativas y presupuestarias, para que se dote al Hospital General de Minatitlán, Veracruz, de camillas que cuenten con barandales funcionales, para un mejor manejo y traslado de los pacientes.

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

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

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

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

EL PRESIDENTE
DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA