RECOMENDACIÓN No.35 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL ENTONCES HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES[1] NÚMERO 66 DEL IMSS, EN SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA.

Ciudad de México, a 27 julio de 2016

MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto 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, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128, 129, 130,

[1] En el Acuerdo ACDO.IN2.HCT.270515/111.P.DA y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico del IMSS, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de junio de 2015, relativo al Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2014, se menciona que: *"En 1990, el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a IMSS-Solidaridad* (…) *Mediante acuerdo 365/2002 de fecha 10 de julio de 2002* (…) *se aprobó el cambio de denominación a Programa IMSS-Oportunidades* (…) *El 5 de septiembre de 2014, se publicó en el DOF el Decreto por el que se crea la 'Coordinación Nacional de PROSPERA Programa IMSS-PROSPERA, mediante acuerdo 240914/219 en sesión celebrada el 24 de septiembre del mismo año."* Lo que significa que el programa de ejecución de hospitales rurales de oportunidades actualmente se denomina "Prospera".

131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2014/3070/Q, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de los establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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 ser identificados como sigue: a) Hospital Rural Oportunidades número 66 del IMSS, en Santiago Juxtlahuaca, Oaxaca (HRO 66)[2]; b) Hospital General de Zona número 1 “Dr. Demetrio Mayoral” en Oaxaca del IMSS (HGZ-1); c) Ley General de Salud (LGS); d) Ley General de Educación (LGE); e) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS-MPSAM); f) Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS (RPM-IMSS); g) Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio* (NOM-007-SSA2-1993); h) Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de la Anestesiología (NOM-006-SSA3-2011); i)

[2] Actualmente Hospital Rural IMSS Prospera No. 66 (HRP 66).

Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Prestación de Servicios de Atención Médica en Unidades Móviles Tipo Ambulancia, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas (NOM-237-SSA1-2004); j) Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas (NOM-001-SSA3-2012); k) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente Clínico* (NOM-004-SSA3-2012); l) Lineamiento Técnico de Cesárea Segura (LTCS); m) Guía de Referencia Rápida Valoración Perioperatoria en la Cirugía no Cardíaca en el Adulto (GRR-VPCCA); n) Guía de Práctica Clínica: Preeclampsia-eclampsia (GPC-PE); ñ) Guía Práctica Clínica. Control Prenatal con Enfoque de Riesgo (GPC-CPER), o) Guía de Referencia Rápida, Vigilancia y Manejo del Parto y Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (GRR-VMP-DEHE); p) Acuerdo por el que se Crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud que requiere el Sistema Nacional de Salud (Acuerdo) y q) Bases para la Instrumentación del Servicio Social de Profesiones para la Salud (Bases).

I. HECHOS

4. El 31 de agosto de 2012 a las [redacted] horas, V1 ([redacted]) cursaba su [redacted], por lo que acudió a su primer control prenatal en la consulta externa de medicina familiar del HRO 66 del IMSS en el Municipio de Santiago Juxtlahuaca, Oaxaca, con antecedentes de "[redacted]" y "[redacted]".

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

5. Ese mismo día, V1 fue valorada por MPSS1, quien de acuerdo a ultrasonido pélvico realizado de forma particular el 27 de agosto de 2012, la diagnosticó con [redacted] *y de* [redacted] [más] [redacted]", le indicó cita en un mes, reposo y medicamentos, además de proporcionarle información sobre los datos de alarma obstétrica, sin señalar en qué consistían.

6. El 13 de diciembre de 2012, V1 acudió nuevamente a control prenatal y la atendió MR3MF1, quien solicitó pruebas de funcionamiento hepático por probable descenso de plaquetas, indicó que debía valorarla el especialista de ginecoobstetricia, la diagnosticó con *"(…)* [redacted] *de* [redacted] *semanas de* [redacted] *por fecha de* [redacted] y la reportó con [redacted] de *"*[redacted]*"* [redacted]).

7. El 17 de enero de 2013, V1 fue valorada en la consulta externa del servicio de Ginecobstetricia del HRO 66 por MPSS2, quien la diagnóstico como *"*[redacted]*,* [redacted] *de* [redacted] *por* [redacted] [redacted]*,* [redacted] *y* [redacted] *en* [redacted]*"* y le indicó continuar con su control en primer nivel, con cita abierta a urgencias y medicamentos.

8. El 14 de marzo de 2013, Q1-V4 acompañó a V1 al HRO 66 para valoración y debido a los antecedentes de V1 de [redacted] y [redacted] en su primer [redacted], V1 manifestó a AR1 su voluntad de programar la [redacted] para el nacimiento de V2 antes de semana santa, ya que V1 refirió que en *"(…) vacaciones no hay personal suficiente para brindar atención obstétrica (…)"*, por lo que AR1 programó la intervención quirúrgica para el 15 de marzo de 2013.

9. El 14 de marzo de 2013, aproximadamente a las 16:00 horas V1 ingresó al HRO 66 y a las 17:30 horas fue atendida por MPSS1, quien la diagnosticó como *"[redacted], [redacted] de [redacted] semanas de [redacted] por [redacted]* [fecha de última *[redacted]], [redacted] previa* [y] *desproporción [redacted] (…)"*.

10. Ese mismo día, a las [redacted] horas, V1 fue atendida por MR3EA1, quien la reportó con *"(…) [redacted]previa programada de forma electiva (…)*" y colocación de dispositivo intrauterino (DIU), además señaló que V1 tenía espacios intervertebrales adecuados para la anestesia, le otorgó una calificación de *"(…) [redacted] (…)" y* riesgo anestésico quirúrgico de [redacted]*".*[3]

11. El 15 de marzo de 2013, aproximadamente a las [redacted] horas, V1 ingresó a [redacted] y MR3EA1 intentó realizarle en múltiples ocasiones "[redacted]" por más de media hora, lo que favoreció la "[redacted] [redacted] [redacted]"; al momento de la punción, V1 refirió dolor por lo que MR3EA1 suspendió la cesárea.

12. Ese mismo día, V1 continuó con cefalea y a las 10:30 horas pasó a la sala de recuperación para vigilancia, donde sólo se le colocó oxígeno y monitorización de signos vitales. A las [redacted] horas, V1 señaló que no percibía movimiento [redacted]; a las [redacted] tuvo presión arterial [redacted] de [redacted] mm/Hg y a las [redacted] horas presentó paro [redacted] por lo que fue trasladada a quirófano de manera urgente.

[3] Lo que significaba que la paciente tenía una enfermedad sistémica grave pero no incapacitante.

13. En el quirófano, AR2 aplicó [redacted] a V1 mientras MR4GO1 le practicaba la [redacted]; a las [redacted] horas se obtuvo a V2 ([redacted]), quien pasó a valoración por el pediatra y se dio por terminado el procedimiento quirúrgico a las [redacted] horas.

14. Ese mismo día, V1 fue reportada *"*[redacted]*"* con variaciones de presión arterial, por lo que se solicitó su traslado al HGZ-1, el que se realizó vía aérea e ingresó al mismo a las [redacted] horas, *"*[redacted]*"* [[redacted] mmHg] con [redacted], [redacted]*"* [[redacted]], con *"*[redacted]*"* [problemas de [redacted]] y con *"*[redacted]*"*.

15. SP1 realizó a V1 estudios de [redacted] simple y [redacted] de [redacted], los que documentaron *"(…)* [redacted]*,* [redacted]*".*

16. El 19 de marzo de 2013, V1 fue valorada por SP2 quien indicó que V1 presentaba probable *"(…)* [redacted] *(…)"*, la que debía confirmarse con estudio de angiotomografía, pero debido al riesgo que implicaba para la salud de V1, éste no fue autorizado por Q1-V4.

17. V1 permaneció en el HGZ-1 del 15 al 20 de marzo de 2013, y este último día, presentó *"(…)* [redacted] *(…)"*, por lo que falleció a las [redacted] horas; se asentaron como causas de la defunción: *"*[redacted] *(*[redacted]*),* [redacted] *(…)* [redacted]*".*

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

18. El 20 de marzo de 2014, Q1-V4 y Q2-V5 presentaron escrito de queja ante este Organismo Nacional, el que se radicó con el expediente CNDH/1/2014/3070/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se obtuvieron informes y expedientes clínicos de V1 y V2 que remitió el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

19. Escrito de Queja presentado ante esta Comisión Nacional por Q1-V4 (Estado civil de V1) y Q2-V5 (parentesco de V1), representados por la ONG, de 20 de marzo de 2014, a través de la cual denunciaron la negligencia médica por parte de personal médico del HRO 66 que atendió a V1 y V2, señalaron que Q1-V4 es representante de V2 parentesco de V1 y Q1-V4) y vive con él, mientras que Q2-V5 es representante de V3 y vive con él y con V6, al que adjuntaron una opinión técnica particular del caso que nos ocupa.

20. Oficio 095217614621/0977 recibido en este Organismo Nacional el 3 de junio de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó la documentación que se describe a continuación:

> **20.1.** “Informe de Atención Médica” sin fecha, signado por AR5, en el que informó los antecedentes, diagnósticos, y tratamientos brindados a V1 en ese hospital.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

20.2 Informe de 26 de mayo de 2014, signado por SP3, dirigido a AR5, en el que asentó la atención médica y de enfermería otorgada a V1.

20.3. Informe Médico de 27 de mayo de 2014, signado por AR2, dirigido a AR5, en el que reportó su intervención en la atención médica de V1.

20.4. Informe Médico de 27 de mayo de 2014, elaborado por AR4 dirigido a AR5, en el que informó antecedentes de V1 y los trámites para su traslado al HGZ-1.

20.5 Informe Médico de 27 de mayo de 2014, signado por AR6, dirigido a AR5, en el que asentó el estado y traslado de V1 al HGZ-1.

20.6 El expediente clínico de los servicios médicos proporcionados a V1 en el HRO 66 y en el HGZ-1, del que destaca lo siguiente:

20.6.1. Estudios de "Ultrasonido Obstétrico" de 27 de agosto de 2012, elaborado por un médico particular, en el que indicó que V1 debía *"guardar reposo"* acudir a consulta el 18 de septiembre del mismo año e indicó que tenía [redacted] de "[redacted]" semanas de [redacted] por ultrasonido.

20.6.2. "Nota de Evolución" de las 12:50 horas de 31 de agosto de 2012, elaborada por MPSS1, en la que asentó el primer control [redacted] de V1, que cursó (una [redacted]) con "[redacted]"

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

y *"diagnóstico de* [redacted]*"* el que fue tratado con reposo y la diagnosticó con *"*[redacted]*"*.

20.6.3. Estudios de Laboratorio privado de las 08:14 horas de 23 de agosto de 2012, en los que se registró a V1 con leucocitos de [redacted] y plaquetas de [redacted].

20.6.4. Estudios de Laboratorio particular de las 8:43 horas del 1º de diciembre de 2012, en los que se indicó que V1 presentaba *"(…) Leucocitos* [redacted] *campo (…)"*.

20.6.5. "Nota de Atención Médica Medicina Familiar" de 13 de diciembre de 2012, suscrita por MR3MF1, en la que detectó *"(…)* [redacted] *de las* [redacted] *(…)"*, solicitó pruebas de funcionamiento [redacted] diagnosticó a V1 con *"*[redacted] *de* [redacted] *semanas de* [redacted] *por fecha de última* [redacted] y estableció [redacted] o [redacted] de *"(…)* [redacted] *(…)"*.

20.6.6. Hoja de "Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico" de 13 de diciembre de 2013, elaborada por AR7 (omitió anotar su nombre completo y especialidad), en la que señaló intervalo entre el último [redacted] y el [redacted] actual de V1 *"(…) más de* [redacted] *meses (…)"* y riesgo reproductivo de *"*[redacted]*"*.

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

20.6.7. Estudios de Laboratorio particular de las [redacted] horas del 5 de enero de 2013, en los que se indicó que V1 tenía leucocitos de "[redacted]-[redacted]campo" y plaquetas de "[redacted]".

20.6.8. Resultados de Ultrasonido particular, en el que se indicó como diagnóstico que V1 tenía *"[redacted] único de [redacted] [redacted] [redacted] de g[redacted]] peso (…) [redacted] G* [gramos]*."*

20.6.9. Nota de "Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia" de 17 de enero de 2013, suscrita por MPSS2, en la que señaló que V1 tenía antecedentes de *"(…) [redacted] [redacted] (…)"*, con *"(…) [redacted] (…)"* y la diagnosticó con *"(…) [redacted] en [redacted]] (…)"*.

20.6.10. "Registros Clínicos y Notas de Enfermería en el Control Prenatal y el Puerperio" de 12 de noviembre y 13 de diciembre de 2012, 17 de enero, 1 de marzo y 14 de marzo de 2013, elaborada por personal de enfermería que omitió anotar su nombre, en la que se registró la somatometría[4] y signos vitales de V1.

20.6.11. Nota Médica de 5 de febrero de 2013, elaborada por MR3MF2, en la que se señaló que V1 tuvo *"[redacted] hace* Narración de Hechos *por [redacted] leve"*.

[4] Técnica para realizar mediciones exactas de las dimensiones de un cuerpo.

20.6.12. Nota de "Consulta Externa Ginecología y Obstetricia", de 14 de marzo de 2013, signada por AR1, quien indicó que V1 *"(…) es* Referencia laboral [redacted] *y por antecedente de* [redacted] *y* [redacted] *previa solicita la realización de* [redacted] *no desea trabajo de* [redacted] *(…)"*, por lo que programó la cesárea para el 15 de marzo de 2013.

20.6.13. "Nota de Ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia" de las 17:30 horas de 14 de marzo de 2013, elaborada por MPSS1, quien refirió que V1 acudió al HRO 66, programada para [redacted] con antecedentes de *"(…)* [redacted] *(…)* [redacted]*"*, y la diagnosticó con *"(…)* [redacted] *(…)"*.

20.6.14. "Consentimiento Informado en Planificación Familiar", sin fecha, suscrita por MR4GO1, en el que consta la leyenda: *"(…)* Narración de He [redacted] *(…)"*, sin que obre en este documento la firma de V1.

20.6.15. "Carta de Consentimiento Bajo Información de Procedimiento Quirúrgico", sin fecha, elaborada por MR4GO1 y suscrita por V1.

20.6.16. "Carta de Consentimiento Bajo Información (Procedimientos Anestésicos)", sin fecha, firmada por MR3EA1, en la que anotó como

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

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

procedimiento anestésico: *"[redacted]"* y como procedimiento quirúrgico *"(…)* [redacted]*"*.

20.6.17. Hoja de "Signos Vitales y Obs. [Observaciones] de Enfermería en Toco-Quirófano y Terapia Intermedia" de 14 de marzo de 2013, elaborada por personal de enfermería que omitió anotar su nombre, en la que registró que V1 presentó presión [redacted] de [redacted] mmHg a las 10:55 y 11:00 horas.

20.6.18. "Nota de Valoración Preanestésica" de las 20:00 horas de 14 de marzo de 2013, elaborada por MR3EA1, en la que asentó que a V1 se le realizaría *"(…)* [redacted] *programada de forma electiva (…)"*.

20.6.19. Nota Quirúrgica de Enfermería de las 8:20 horas de 15 de marzo de 2013, signada por SP3, en la que indicó la atención médica proporcionada a V1 de las 9:00 a las 12:30 horas.

20.6.20. Hoja de "Evaluación y Monitoreo de Signos Vitales en el Puerperio" de las 11:08 de 15 de marzo de 2013, suscrita por SP3, en la que asentó como hora de expulsión de V2, las 12:30 horas.

20.6.21. Hoja de "Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería" de 14 y 15 de marzo de 2013, elaborada por SP3 y personal de enfermería que no anotó su nombre

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

completo y en algunos casos éstos son ilegibles, en la que asentaron que V1 se encontraba *"(…)* [redacted] [sic] [redacted]

20.6.22. Hoja de "Procedimiento Quirúrgico: Lista de Verificación" sin fecha y hora, suscrita por AR2, MR4GO1, personal de enfermería instrumentista y AR11 (quienes omitieron anotar su nombre completo y las matrículas son ilegibles), en la que se asentó que se estaba en espera de *"(…) eliminación de medicamentos para obtener automatismo respiratorio (…)"* de V1.

20.6.23. "Referencia a Especialidad" elaborada por AR4, en la que indicó el traslado urgente de V1 del HRO 66 al HGZ-1 a quien se le había suministrado analgésico.

20.6.24. "Informe Detallado y Completo" de 28 de mayo de 2014, elaborado por SP5 y SP6, en el que señalaron que V1 ingresó al HGZ-1 a las 18:00 horas de 15 de marzo de 2013, con diagnóstico de *"(…)* [redacted] *(…)"* y que falleció el Narración de Hechos del mismo año por *"(…)* [redacted], [redacted], [redacted] *(…)."*

20.6.25. "Nota de Ingreso a Urgencias Adultos" de las 18:00 horas de 15 de marzo de 2013, suscrita por SP7, MR3MF3, MIP y AR8 (omitió anotar su nombre completo y la matrícula es ilegible), quienes hicieron constar que V1 ingresó al HGZ-1 a las 18:00 horas [redacted], con presión arterial de *"*[redacted] *mmHg"*, con [redacted] sin

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

[redacted] [redacted] por lo que solicitaron tomografía de cráneo, activaron el procedimiento de paciente [redacted] y la reportó [redacted]”.

20.6.26. Informe de “Gabinete de Tomografía Computarizada” de 15 de marzo de 2013, signada por SP1, quien reportó a V1 con “[redacted] *en* [redacted] [redacted]. [sic] [redacted] [redacted] [redacted]”.

20.6.27. “Nota de Valoración y de Ingreso a UCI [Unidad de Cuidados Intensivos] Vespertino” de las 19:30 horas de 15 de marzo de 2013, elaborada por SP8 y SP9, en la que asentaron como antecedentes de V1 que en el HRO 66 se había realizado un “[redacted] [sic] [redacted] *(en* [redacted]*) por lo cual se administra mayor dosis de* [redacted] *(…)*”, por lo que solicitaron valoración a Neurocirugía y se inició manejo médico.

20.6.28. Nota de Valoración de las 21:00 horas de 15 de marzo de 2013, signada por personal del HGZ-1 (que omitió anotar su nombre) en la que refirió que V1 presentó *“*[redacted]*”*.

20.6.29. “Nota de Reporte de Electroencefalograma” de las 12:15 horas de 16 de marzo de 2013, elaborada por SP10, en la que concluyó que V1 se encontraba en: *“(…)* [redacted] *por presentar* [redacted] *generalizada de la actividad* [redacted]

[redacted]. *Los ritmos de mayor frecuencia sobreimpuestos pueden ser efecto residual de sedación (…)",* por lo que indicó que los hallazgos *"(…) no apoyan el diagnóstico clínico de* [redacted]*"*.

20.6.30. Nota de "Neurología" de las 7:00 horas del 19 de marzo de 2013, signada por SP2, en la que indicó como plan para V1 la realización de un *"*[redacted]*"* para demostrar ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

20.6.31. "Nota UCI" [Unidad de Cuidados Intensivos] de las 8:30 horas de 20 de marzo de 2013, suscrita por personal del HGZ-1 que omitió anotar su nombre, en la que asentó que *"Se explica ampliamente a los familiares* [de V1] *del estudio de* [redacted] [[redacted]], *de los riesgos de mover a la paciente fuera de la institución y (…) del estudio en sí (…) de el* [sic] *medio de contraste. Por lo que no aceptan* [Q1-V4, parentesco de V1] *que se realice el estudio (…)"*.

20.6.32. "Nota de Defunción de Terapia Intensiva" de 20 de marzo de 2013, signada por SP8, en la que se reportó que V1 presentó *"(…)* [redacted] *hasta peresentar* (sic) [redacted] *se realiza* [redacted] [[redacted]] *avanzado por* [redacted]*. Se declara defunción (15:15 hrs)."*

20.6.33. "Certificado de Defunción" de V1, en el que se estableció como hora y fecha de fallecimiento las Narración de He horas del Narración de Hechos

de 2013, y como causas de la muerte: *"[redacted]bral ([redacted]), [redacted], [redacted]".*

20.6.34. "Nota Subsecuente" de 20 de marzo de 2013, suscrita por SP11, en la que asentó que *"(…) argumentan* [los familiares de V1] *de querer efectuar autopsia por lo que se les informa que la unidad no cuenta con la infraestructura para llevarla a cabo (…)."*

21. Opinión Médica de 17 de septiembre de 2014, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención que se proporcionó a V1 en el HRO 66 y el HGZ-1 del IMSS.

22. Oficio 095217614BB1/1266 recibido en este Organismo Nacional el 18 de julio de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, por el que señaló las medidas preventivas tomadas por esa unidad para fortalecer la calidad de la atención que se proporciona a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y adjuntó la documentación siguiente:

22.1. Oficio HRO66/814/2014 de 7 de julio de 2014, suscrito por AR5, dirigido al Titular de la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación del Derechohabiente del IMSS, con el que adjuntó las siguientes constancias:

22.1.1. Lista de Control de Participantes al Curso de “Atención del Embarazo Normal”, de 12 de junio de 2013.

22.1.2. Lista de Control de Participantes al Curso de “Atención del Parto Puerperio Fisiológico”, de 18 de junio de 2013.

22.1.3. Lista de Control de Participantes al Curso de “Dx Txde Enf (sic) Hipertensiva Incucida (sic) por el Embarazo”, de 19 de junio de 2013.

22.1.4. Lista de Control de Participantes al Curso de “Métodos de Planificación Familiar Temporales y Permanentes”, de 16 de julio de 2013.

22.1.5. Lista de Control de Participantes al Curso de “Vigilancia y Manejo de Parto”, de 10 de septiembre de 2013.

22.1.6. Minuta de las 14:30 horas de 3 de octubre de 2013, por la que se realizó la “Sesión de Reintegración de ERIEO” [Equipo de Respuestas Inmediata en Emergencia Obstétrica] en el HRO 66.

22.1.7. Lista de Control de Participantes al Curso de “Enfermedad Hipertensiva del Embarazo”, de 9 de octubre de 2013.

22.1.8. Lista de Control de Participantes al Curso de “Caso Clínico Hemorragia Obstétrica”, de 17 de octubre de 2013.

22.1.9. Lista de Control de Participantes al Curso de “Hemorragia Obstétrica”, de 19 de diciembre de 2013.

22.1.10. Lista de Control de Participantes al Curso de “Comité de Lactancia Materna”, de 30 de enero de 2014.

22.1.11. Lista de Control de Participantes al Curso de “NOM-004-Expediente Clínico”, de 20 de marzo de 2014.

22.1.12. Lista de Control de Participantes al Curso de “Sesión de Reintegración ERIEO (Reintegración del Equipo de Respuestas Inmediata en Emergencia Obstétrica)”, de 1º de abril de 2014.

22.1.13. Minuta de las 16:30 horas de 1º de abril de 2014, por la que se realizó la “Sesión de Reintegración de ERIEO” [Equipo de Respuestas Inmediata en Emergencia Obstétrica] en el HRO 66.

22.1.14. Lista de Control de Participantes al Curso de “Criterios de Elegibilidad M.P.F (sic)”, de 2 de abril de 2014.

22.1.15. Lista de Control de Participantes al Curso de “Hemorragia Obstétrica”, de 15 de abril de 2014.

22.1.16. Lista de Control de Participantes al Curso de “Cong. Clínico-Dx-Tx Sesión NOM-004-NOM-006 (sic)”, de 28 de abril de 2014.

22.1.17. Lista de Control de Participantes al Curso de “Comité de Mortalidad Materna”, de 29 de abril de 2014.

22.1.18. Lista de Control de Participantes al Curso de “Criterios de Elegibilidad.- Métodos Planificación Familiar”, de 29 de abril de 2014.

22.1.19. Lista de Control de Participantes al Curso de “Atención y Vigilancia de Trabajo de Parto”, de 6 de mayo de 2014.

22.1.20. Lista de Control de Participantes al Curso de “Atención de Parto”, de 27 de junio de 2014.

22.1.21. Lista de Control de Participantes al Curso de “Preclampsia (sic) Eclampsia”, de 30 de junio de 2014.

22.1.22. Memorándum Interno de 1º de julio de 2014, elaborado por AR5 y dirigido a SP12, a través del cual solicita otorgar a las pacientes gineco-obstétricas durante el turno correspondiente, una atención acorde con NOM-004-SSA3-2012, NOM-007-SSA2-1993, NOM-005-SSA2-1993, las Guías Prácticas Clínicas relacionadas con el mismo fin y Estrategias y Plan Institucional para abatir la morbimortalidad materna.

22.1.23. Minuta de las 14:30 horas de 2 de julio de 2014, por la que se realizó la “Sesión de Análisis de Atención de Pacientes Gineco-Obstetricas” en el HRO 66.

22.1.24. Lista de Control de Participantes al Curso de “Vigilancia de Puerperio”, de 4 de julio de 2014.

23. Oficio 095217614BB1/0637 recibido en este Organismo Nacional el 14 de abril de 2015, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó el expediente clínico de V2, quien fue atendido en el HRO 66 y que consta de la documentación siguiente:

23.1. “Certificado de Nacimiento” de 15 de marzo de 2013, elaborado por SP20, en el que hizo constar que V2 nació a las 11:32 horas de ese mismo día con 3,000 gramos.

23.2. “Hoja de Valoración para el Recién Nacido” de las [redacted] horas de 15 de marzo de 2013, suscrita por AR14 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y especialidad) y MPSS3, en la que asentaron que V2 nació por [redacted], con evolución [redacted], apgar de [redacted] y con peso de [redacted] gramos.

23.3. “Nota de Recepción del Recién Nacido e Ingreso a Neonatos” sin hora de 15 de marzo de 2013, elaborada por AR14 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y especialidad) y MPSS3, quienes asentaron que*: “(…) se obtuvo producto único vivo* [V2] *vía abdominal producto que*

[redacted] y [redacted], se lleva [redacted] donde se [redacted] obteniendo adecuada respuesta (…)”.

23.4. Hoja de “Indicaciones Médicas” sin hora de 15 de marzo de 2013, suscrita por AR14 (omitió anotar su nombre completo matrícula y especialidad) y MPSS3, quienes asentaron los cuidados médicos para V2.

23.5. Hoja de “Indicaciones Médicas” de las 8:00 horas de 16 de marzo de 2013, elaborada por MR4PM1 y MPSS4, en la que asentaron los cuidados y vigilancias médicas para V2.

23.6. “Nota de Evolución Pediatría” de las 9:30 horas de 16 de marzo de 2013, signada por AR15 (omitió anotar su nombre completo y especialidad), en la que asentó que V2 había evolucionado estable sin contradicciones de egreso.

23.7. “Hoja de Egreso de Recién Nacido” de 16 de marzo de 2013, suscrita por AR15 (omitió anotar su nombre completo y especialidad), por la que dio indicaciones para el egreso y cuidado de V2 con citas para acudir a revisión.

23.8. Hoja de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, de 15 y 16 de marzo de 2013, elaborada por SP13, SP14 y SP19, en la que anotaron la atención brindada a V2.

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

24. Oficio 00641/30.102.19/228/2015 recibido en este Organismo Nacional el 16 de abril de 2015, signado por el Jefe de Grupo del Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS en Oaxaca, a través del cual informó que el expediente de queja EQ1 se encontraba en trámite.

25. Oficio 09521761-4BB0/0819 de 2 de julio de 2015, suscrito por el Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, por el cual notificó a Q2-V5 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del mismo Instituto, resolvió por acuerdo de 1º de junio de 2015, que su queja resultó procedente *"(…) desde el punto de vista médico"*, motivo por el cual se consideró el pago de la indemnización *"(…) que será entregada a quien demuestre su legítimo derecho previa firma de convenio y documento finiquito (…)"*.

26. Escrito de ampliación de queja de Q1-V4 y Q2-V5 recibido en este Organismo Nacional, el 26 de agosto de 2015, mediante el cual solicitan a través de la ONG *"(…) se continúe con la tramitación de la queja (…)"*.

27. Oficio 011043/15 DGPCDHQI, recibido en este Organismo Nacional el 23 de diciembre de 2015, suscrito por el Director General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos Quejas e Inspección de la Subprocuraduría de Derechos Humanos, Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad de la PGR, al que adjuntó el siguiente documento:

> **27.1** Oficio NO. DEO/7336/2015 de 5 de diciembre de 2015, suscrito por el Delegado Estatal en Oaxaca de la Subprocuraduría de Control Regional,

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

Procedimientos Penales y Amparo de la PGR, por el que remitió el siguiente documento:

27.1.1. Oficio 4542/2015 de 25 de noviembre de 2015, elaborado por SP15, mediante el cual informó que la averiguación previa AP se encuentra en integración, así como las diligencias realizadas hasta ese momento.

28. Acta Circunstanciada de 29 de enero de 2016, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se certificó la llamada telefónica sostenida con la abogada de Q1-V4 y Q2-V5, quien informó que sus representados no habían iniciado ningún juicio sucesorio por el fallecimiento de V1 y, por tanto no han cobrado la cantidad fijada por el IMSS como indemnización.

29. Acta Circunstanciada de 6 de junio de 2016, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se certificó la llamada telefónica sostenida con SP18, quien informó que la AP continúa en integración.

30. Oficio 095217614BB1/1218 recibido en este Organismo Nacional el 6 de junio de 2016, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó informe del personal médico que atendió a V1 el 15 de marzo de 2013 en el HRO 66 y que consta de la documentación siguiente:

30.1. “Informe de Datos del Personal de Salud” e “Informe de la Participación del Personal Involucrado [en la atención de V1]” de 2 de

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

junio de 2016, suscrito por AR5, respecto al personal médico que atendió a V1 en el entonces HRO 66.

31. Opinión Médica de 7 de junio de 2016, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención que se proporcionó a V2 en el HRO 66 del IMSS.

32. Oficio 05454/16 DGPCDHQI, recibido en este Organismo Nacional el 1º de julio de 2016, suscrito por el Director General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos Quejas e Inspección de la Subprocuraduría de Derechos Humanos, Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad de la PGR, al que adjuntó el siguiente documento:

32.1 Oficio NO. DEO/3653/2016 de 22 de junio de 2016, suscrito por el Delegado Estatal en Oaxaca de la Subprocuraduría de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo de la PGR, por el que remitió el siguiente documento:

32.1.1. Oficio 1305/2016 de 21 de junio de 2016, elaborado por SP21, mediante el que adjuntó el siguiente informe:

32.1.1.1. Oficio 1360/2016 de 21 de junio de 2016 elaborado por SP18, mediante el que informó que la AP se encuentra en integración, así como las diligencias realizadas hasta el 8 de junio de 2016.

33. Oficio 00641/30.102.19/407/2016 recibido en este Organismo Nacional vía correo electrónico, el 15 de julio de 2016, suscrito por el Jefe de Grupo del Área de Auditoría de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control del IMSS, por el que señaló que en el EQ1 se consideró *"(…) que no existe sustento jurídico, ni elementos de convicción que motivaran el inicio del procedimiento de responsabilidad administrativa contra servidores públicos adscritos al Hospital Rural de Oportunidades ahora Prospera número 66 en Santiago Juxtlahuaca, y del Hospital General de Zona No. 1 ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social en Oaxaca, en consecuencia, se procedió* [a] *archivar el asunto como total y definitivamente concluido"* y agregó que en la investigación laboral número 1, integrada por el entonces Titular Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS en Oaxaca, con fecha 18 de junio de 2014, se *"(…) determinó el archivo del expediente como (…) total y definitivamente concluido."*

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

34. De acuerdo con las evidencias recabadas con motivo de la investigación de los hechos que dieron origen al presente asunto, este Organismo Nacional identifica que se iniciaron los siguientes procedimientos.

a) Queja número QC1 ante el IMSS.

35. Por Oficio 09521761-4BB0/0819 de 2 de julio de 2015, el Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, notificó a Q2-V5 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del mismo Instituto, resolvió por acuerdo de 1º de junio de 2015,

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

que la queja QC1: *"(…) PRIMERO.- Con base en la investigación médica, la queja se declara 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 indemnización (…) que será entregada a quien demuestre su legítimo derecho previa firma de convenio y documento finiquito (…)"*.

36. En la resolución del 1º de junio de 2015, además se indicó: *"(…) TERCERO.- La atención médica para beneficiarios hijos se otorgará con base en la Ley del Seguro Social. CUARTO.- Esta Comisión no está facultada para resolver el pago de daño inmaterial, ni para ordenar pronunciamientos públicos por parte de servidores de la Institución o para establecer medidas de carácter legislativo, administrativo o judicial (…) SEXTO.- Respecto de la solicitud de atención médica adecuada en todas las unidades médicas, el presente caso deberán difundirlo las Autoridades Delegacionales del Programa del IMSS Prospera a las unidades médicas a fin de evitar que casos como el presente se repitan (…) SÉPTIMO.- La pensión por orfandad deberá solicitarla el interesado en Control de Prestaciones de su UMF* [Unidad de Medicina Familiar] *de adscripción que resolverá con base en la Ley del Seguro Social, y su normatividad vigente. OCTAVO.- Otórguese la atención psicológica a los* Parentesco [redacted] *de* [V1]*, hasta obtener su máximo beneficio (…)."*

37. El 29 de enero de 2016, la ONG informó a este Organismo Nacional que sus representados (Q1-V4 y Q2-V5) no han iniciado ningún juicio de sucesión por el fallecimiento de V1 y no han cobrado la cantidad fijada por el IMSS como indemnización.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

b). Expediente de Queja EQ1.

38. Por oficio 09521761-4BB0/0819 de 2 de julio de 2015, el Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, notificó a Q2-V5 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del mismo Instituto, resolvió por acuerdo de 1º de junio de 2015: *"QUINTO.- El Titular de la Delegación deberá dar conocimiento del caso al Órgano Interno de Control Delegacional* [del IMSS]".

39. El 15 de julio de 2016, este Organismo Nacional recibió informe del Jefe de Grupo del Área de Auditoría de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS, por el que refirió que en el EQ1 se consideró: *"(…) que no existe sustento jurídico, ni elementos de convicción que motivaran el inicio del procedimiento de responsabilidad administrativa contra servidores públicos adscritos al Hospital Rural de Oportunidades ahora Prospera número 66 en Santiago Juxtlahuaca, y del Hospital General de Zona No. 1 ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social en Oaxaca, en consecuencia, se procedió* [a] *archivar el asunto como total y definitivamente concluido".*

c) Investigación Laboral Número 1.

40. El 15 de julio de 2016, esta Comisión Nacional recibió informe del Jefe de Grupo del Área de Auditoría de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS, por el que señaló que en la investigación laboral número 1, integrada por el entonces Titular Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS en

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

Oaxaca, con fecha 18 de junio de 2014, se *"(…) determinó el archivo del expediente como (…) total y definitivamente concluido."*

d) Averiguación Previa AP.

41. El 7 de agosto de 201 3, se dio inicio a la averiguación previa AP, instruida en contra de quien o quienes resulten responsables por el delito de homicidio culposo cometido en agravio de V1, la que aún se encuentra en integración.

IV. OBSERVACIONES

42. De la queja interpuesta por Q1-V4 y Q2-V5, se observa que se alega la violación de diversos derechos humanos en contra de V1, siendo éstos: **a)** el derecho a la vida, **b)** el derecho a la protección de la salud, **c)** el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, **d)** a la integridad personal y e**)** a la información en materia de salud.

43. Por cuestión de método, esta Comisión Nacional analizará las evidencias del expediente **CNDH/1/2014/3070/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, conforme a lo siguiente:

A. En primer lugar se examinará la violación del derecho a la protección de la salud de V1, y se incluirán las alegadas violaciones a los derechos a la información en materia de salud, a la libertad y autonomía reproductiva.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

B. En segundo término se examinarán las violaciones al derecho a la vida de V1, y

C. El derecho a una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1 y el derecho a la integridad personal, atendiendo las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la protección de la salud en agravio de V1.

44. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho a toda persona a la protección de la salud. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *"de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población."*[5]

45. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido el derecho a la protección de la salud *"como un derecho al disfrute de toda una gama*

[5] Época: Décima Época. Registro: 2004683. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3. Materia(s): Constitucional. Tesis: I.4o.A.86 A (10a.). Página: 1759. DERECHO A LA SALUD. FORMA DE CUMPLIR CON LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14 DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA GARANTIZAR SU DISFRUTE.

de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud."[6]

46. En cuanto al derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *"el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer".*[7] También observó que: *"muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad"*; y recalcó 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"*.[8]

47. 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*

---

[6] 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), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

[7] Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General Nº 24, párr. 1

[8] *Ibídem*, párr. 27.

materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas".[9]

48. Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador")[10], reconocen que *"toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".*

49. Este Organismo Nacional se ha pronunciado sobre la protección al derecho a la salud en la Recomendación General 15, del 23 de abril de 2009, destacando que debe entenderse como el derecho a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que "*el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad".*[11]

---

[9] Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe *"Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos"*. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

[10] Adoptado por la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988, y vigente para México desde el 16 de noviembre de 1999.

[11] Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 15 *"Sobre el derecho a la protección de la salud".*

50. En consecuencia, el derecho a la protección de la salud se analizará de la siguiente forma:

A.1) Atención médica brindada a V1 en el Hospital Rural Oportunidades No. 66 del IMSS en Santiago Juxtlahuaca, Oaxaca;
A.1.1) Atención médica brindada por MPSS1;
A.1.2) Atención médica brindada por MR3MF1;
A.1.3) Atención médica brindada por MPSS2;
A.1.4) Atención médica brindada por AR1;
A.1.5) Atención médica brindada por MPSS1;
A.1.6) Atención médica brindada por MPSS1, MPSS2 y AR1;
A.1.7) Atención médica brindada por MR3EA1;
A.1.8) Atención médica brindada durante el bloqueo peridural a V1 por MR3EA1;
A.1.8.1 Responsabilidad Institucional del HRO 66 del IMSS y atención médica de MR3EA1, AR1, AR5 y AR9 respecto al bloqueo peridural;
A.1.9) Atención médica brindada posterior al intento de bloqueo peridural;
A.1.10.) Atención médica brindada a V1 posterior al paro cardiorrespiratorio;
A.2) Atención médica brindada a V1 en el Hospital General de Zona Número 1 (HGZ-1) “Dr. Demetrio Mayoral” en Oaxaca del IMSS;
A.3). Sobre la alegada violación de los derechos humanos a:
A.3.1) Derecho a la información en materia de salud;
A.3.2) Derecho a la libertad y autonomía reproductiva: colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) a V1;
A.4) Conclusión respecto al derecho a la protección de la salud de V1;
A.5) Atención médica brindada a V2 en el Hospital Rural Oportunidades No. 66 del IMSS en Santiago Juxtlahuaca, Oaxaca, el 15 y 16 de marzo de 2013, y

A.6) Derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica de V1 y V2. Inadecuada integración del expediente clínico.

A.1) Atención médica brindada a V1 en el Hospital Rural Oportunidades número 66 del IMSS, en Santiago Juxtlahuaca, Oaxaca.

51. El 31 de agosto de 2012, V1 Sexo, edad y referencias laborales [redacted] cursaba su [redacted] por lo que acudió junto con Q1-V4 Estado civil de V1) a la consulta externa de medicina familiar del HRO 66 del IMSS para su primer control [redacted], lugar en el que fue atendida por MPSS1, quien la reportó con antecedentes de *"*[redacted] *previo en el año* Narración de Hechos [redacted] *fecha de última menstruación* Narración de Hechos *"*, con [redacted] *tipo* [redacted] *importante"* y [redacted] *"* hacía una semana.

52. Estos hechos fueron confirmados con el "Informe de Atención Médica" remitido a este Organismo Nacional el 3 de junio de 2014, suscrito por AR5, y con la "Nota de Evolución" del 31 de agosto de 2012 suscrita por MPSS1 en la que se indicó que los síntomas presentados por V1 fueron tratados con reposo y se le indicó fumarato ferroso y ácido fólico.

A.1.1) Atención médica brindada por MPSS1.

53. AR5 asentó en el "Informe de Atención Médica" que V1 inició su control prenatal en la consulta externa de medicina familiar del HRO 66, el 31 de agosto de 2012 y de acuerdo a la "Nota de Evolución" de la misma fecha, fue valorada por MPSS1 quien la encontró con signos vitales en parámetros normales, consciente,

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

orientada, con presión arterial de *"110/70 mmHg"*, *"abdomen con presencia de dolor a nivel de cuadrantes inferiores"* y en relación con los estudios de laboratorio de 23 de agosto de 2012 destacó que tenía *"(…) HB:* [hemoglobina de] [redacted] *HTO:* [hematocrito de] [redacted] *PTL:* [plaquetas de] [redacted] *mil, leucos:* [redacted] *mil,* EGO: [examen general de orina] *normal (…)"* y reportó ultrasonido pélvico, el que utilizó para diagnosticarla con: *"(…)* [redacted] *de* [redacted] [semanas de gestación] *por FUR* [redacted] *y* [redacted] *por USG* [ultrasonido] [y] [redacted]".

54. MPSS1 estableció como plan para V1, cita en 1 mes, incapacidad por una semana, guardar reposo, dio indicaciones de datos de alarma y toma de fumarato ferroso y ácido fólico.

55. Respecto a la atención brindada por MPSS1, los médicos de esta Comisión Nacional destacaron que indebidamente diagnosticó a V1 con *"amenaza de aborto"*[12], ya que no se contaba con criterios clínicos, de laboratorio o gabinete que justificaran dicho diagnóstico pues debía precisar su causa e indicar el tratamiento a seguir.

56. Si bien V1 presentó presión arterial de [redacted] mmHg, MPSS1 debió indicar además como plan, el monitoreo de la misma con el fin de prevenir la preeclampsia, enfermedad que constituye una causa importante de mortalidad materna y perinatal de acuerdo con la GPC- PE[13]. Asimismo, MPSS1 debió

[12] *"Es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina, sin modificaciones cervicales."* De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica, *Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente*, Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-088-08, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), 2009, p. 36.

[13] Publicada en la Revista Médica del IMSS, Soc 2012; 50 (5): 569-579.

detectar y calificar el riesgo obstétrico, lo que le habría permitido ofrecer un adecuado tratamiento a V1.

57. Para esta Comisión Nacional, no pasa desapercibido que la "Nota de Evolución" del primer control prenatal de V1, fue suscrita por un Médico Pasante del Servicio Social (MPSS1), sin que se advierta en ésta, que haya sido supervisado por un médico de base toda vez que MPSS1 es un médico que se encuentra en formación y, por tanto, debió atender a V1 un médico de medicina familiar de base o adscrito (AR12) lo que no aconteció en los hechos.

58. En la Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud[14] emitida por este Organismo Nacional se señaló, que uno de los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a que los médicos titulares, de base o adscritos delegan su responsabilidad en médicos pasantes del servicio social, lo cual corresponde a una desviación del servicio público en materia de salud.

59. Por ello, se vulneraron los artículos 24 de la LGE[15], 84[16] de la LGS[17], el tercero, fracción XIII[18] del Acuerdo[19] y las Bases 20a. fracción III y 23a. fracción

---

[14] De 23 de abril de 2009.

[15] *"Los beneficiados directamente por los servicios educativos deberán prestar servicio social, en los casos y términos que señalen las disposiciones reglamentarias correspondientes (…)".*

[16] *"Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta Ley."*

[17] Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de febrero de 1984.

[18] *"Artículo Tercero.- La Comisión será el órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública de la Secretaria (…), así como de otras dependencias e instituciones del sector público para el desarrollo de las*

V[20] que señalan que los pasantes de las profesiones para la salud deberán prestar su servicio social tal y como señala la ley, y deberán ser supervisados por médicos de base, ya que de no hacerlo pueden provocarse graves consecuencias a la salud de los pacientes.

60. Asimismo es aplicable el artículo 7 del RPM-IMSS[21] que dispone: *"Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes".*

61. Además AR12 omitió supervisar a MPSS1 para que este último realizara lo previsto en la GPC-PE respecto a la prevención de la preeclampsia y el monitoreo

---

siguientes funciones: XIII. Propiciar que el servicio social sea una etapa académica de la formación profesional de las carreras de áreas de la salud y que sus acciones lleguen prioritariamente a los grupos humanos que carecen de atención, bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado que labore en las instituciones de salud;"

[19] Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 19 de octubre de 1983.

[20] Publicadas en el Diario Oficial de la Federación, el 2 de marzo de 1982, base 20ª: *"El Programa Nacional del Servicio Social, comprende el conjunto de actividades por medio de las cuales habrá de lograrse la utilización de los recursos humanos y materiales en dicho servicio, tomando en consideración, los siguientes aspectos: (…) III.- La corresponsabilidad de las Instituciones de Servicio y de las de Educación Superior en la planeación, asesoría, supervisión, control y evaluación del servicio social; y (…)"* y base 23a.: *"De acuerdo con la Base anterior, cada Institución de Servicio y de Educación Superior elaborará su programa específico de servicio social, en el que precisará lo siguiente: (…) V.- Procedimientos de supervisión, asesoría y evaluación permanente del servicio social (…)".*

[21] Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de noviembre de 2006.

de la presión arterial, lo previsto en el punto 5.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993[22], vigente al momento de los hechos, que señala las actividades que deben realizarse durante el [redacted] como: *"(…) identificación de signos y síntomas de alarma (…) medición y registro de presión arterial (…)",* la *"(…) valoración del riesgo obstétrico (...)"*, así como el punto 5.2.2 del mismo ordenamiento que señala: *"El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico,[23] a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, (…) y otras patologías intercurrentes con el embarazo"*, y lo relativo a la GPC-CPER[24], ya que en la primera consulta, el médico familiar debe identificar los riesgos que puedan incidir en resultados adversos del embarazo, así como los factores que impliquen la necesidad de derivar a la paciente a otro nivel de atención.

A.1.2) Atención médica brindada por MR3MF1.

62. El 13 de diciembre de 2012, V1 acudió nuevamente a consulta con médico familiar del HRO 66[25], donde la valoró MR3MF1, quien indicó en su "Nota de Atención Médica Familiar", que V1 tenía antecedentes de *"(…)* [redacted] *en el*

[22] Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, misma que fue sustituida por la NOM-007-SSA2-2016, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de abril de 2016.

[23] El factor de riesgo es la: *"(…) característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño. Por lo que el riesgo obstétrico alto es un aumento real o potencial en la probabilidad de sufrir daños a la salud de la madre o del producto."* Manual de Atención. Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros. Recién Nacido Sano. Secretaría de Salud, 2001, p. 19

[24] Publicada por la Secretaría de Salud, CENETEC, 2009.

[25] Si bien en el "Informe de Atención Médica" AR5 hace mención a que V1 fue atendida por segunda ocasión en la consulta de medicina familiar el 12 de noviembre de 2012, dicha nota médica no fue remitida a este Organismo Nacional.

[redacted] *previo"* y la encontró con *"plaquetas* [redacted] *"* de acuerdo con estudios de laboratorio de V1, realizados de forma particular el 1º de diciembre de 2012; MR3MF1 notó en estos estudios, un descenso de las plaquetas en comparación con los realizados del 23 de agosto de 2012, que eran *"*[redacted]*"*, por lo que solicitó pruebas de funcionamiento hepático para descartar algún síndrome de descenso de plaquetas y valoración por especialista de gineco-obstetricia, además la diagnosticó con *"(…)* [redacted] *de* [redacted] *semanas de* [redacted] *por fecha* [redacted] *(…)"*.

63. Ese mismo día, AR7 reportó en la Hoja de "Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico", que V1 tenía [redacted] [de] [redacted] [sic]*"*, lo que implicaba que V1 tenía un [redacted] (sustentado además con el antecedente de su primer embarazo de preclampsia) por lo que MR3MF1 debió diagnosticarla así, pero anotó en su nota médica, que V1 tenía un riesgo [redacted] el que si bien es un "*(…)* [redacted] *(…)"* de acuerdo con la opinión de los expertos de esta Comisión Nacional, MR3MF1 no señaló los criterios que utilizó para otorgar dicha calificación y el tratamiento que debía proporcionársele frente al mismo.

---

[26] Por antecedentes de enfermedades como *"(…) diabetes mellitus, hipertensión arterial, preeclampsia, síndrome de Down, etc."* de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-08. El riesgo reproductivo es: *"(…) la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo."* López Canales, J. Rubén y Cárcamo Mejía, Arnulfo, "Riesgo Reproductivo: su aplicación en la salud materno infantil", *Revista Médica Hondureña*, vol. 60, 1992, p. 112.

[27] *"(…)* [redacted] *Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la* [redacted]*, que aumentan los peligros para la salud de la* [redacted]*, o bien, cuando la* [redacted] *de un medio socioeconómico precario."* Punto 4.3 de la NOM-007-SSA2-1993.

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

64. Además, MR3MF1omitió prescribir a V1 antibióticos debido a que los estudios de laboratorio de 1º de diciembre de 2012 evidenciaban *"(…) Leucos 4-5 por campo (…)"*, es decir, una enfermedad urinaria que podría complicar el embarazo.

65. Asimismo, la "Nota de Atención Médica Medicina Familiar" fue suscrita por MR3MF1 médico residente en adiestramiento[28], la que carece de la firma del médico de base (AR13) lo que significa que MR3MF1 no fue supervisado durante su capacitación por AR13, por ello se contravino lo previsto en los numerales 9, 9.3.1[29], 9.5[30], 10[31], 10.5[32], 11[33] y 11.4[34] de la NOM-001-SSA3-2012,[35] que en

[28] De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, artículo 353-A, fracción I: *"Para los efectos de este Capítulo, se entiende por: I. Médico Residente: El profesional de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia."* Las fracción II y III del mismo numeral disponen: *"II.- Unidad Médica Receptora de Residentes: El establecimiento hospitalario en el cual se pueden cumplir las residencias, que para los efectos de la Ley General de Salud, exige la especialización de los profesionales de la medicina; y III. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en período de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de postrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas."*

[29] *"9. Disposiciones para los profesores titulares y adjunto. 9.3.1 Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente."*

[30] *"Para el desarrollo óptimo de la residencia médica, el profesor titular debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes."*

[31] *"Derechos de los médicos residentes".*

[32] *"Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias."*

[33] *"Obligaciones de los médicos residentes".*

[34] *"Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes (…) siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residencias (…)".*

[35] Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de enero de 2013.

términos generales prevén que los médicos residentes[36] estarán bajo la dirección y supervisión del profesor titular, quien debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes, a fin de disponer permanentemente con la asesoría de médicos de base durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias, lo que en el presente caso no ocurrió dado que en la nota médica no obra alguna otra firma distinta a la de MR3MF1, por lo que el HRO 66 debía contar con recursos humanos suficientes y adecuados para atender a V1.

66. En la citada Recomendación General 15, este Organismo Nacional señaló que en las quejas recibidas por violación al derecho a la protección de la salud se observa la insuficiente supervisión de los médicos residentes, quienes si bien son profesionales en la medicina, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, asisten a los especialistas para auxiliarlos en la atención de los enfermos en calidad de alumnos dado que se encuentran en periodo de capacitación. Por ello, es preocupante que el personal médico de base, como en el presente caso, delegue su responsabilidad en médicos residentes como MR3MF1, lo que aumentó el riesgo de causar un daño irreparable a la salud de V1, debido a que MR3MF1 carecía de los conocimientos y la práctica necesaria para hacer frente a las necesidades de V1.

67. Por lo anterior, un médico familiar de base (AR13) debió atender a V1, lo que no aconteció en los hechos, por lo que se omitió la referida supervisión de

[36] Es el: *"(…) profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiemplo completo"*, punto 4.4 de la NOM-001-SSA3-2012.

MR3MF1, por ello es aplicable el artículo 7 del RPM-IMSS, ya que el IMSS es corresponsable con el personal médico referido de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

68. Asimismo, AR13 omitió supervisar al MR3MF1 para que este último realizara lo previsto en los puntos 4.3, 5.1.6 y 5.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993 que indican señalar los criterios que se utilizan para otorgar la calificación y tratamiento del riesgo obstétrico alto, así como el punto 5.1.2 de la norma anteriormente citada en cuanto a que: *"En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos (…)"* ya que debió prescribirse a V1 el antibiótico que requería pues cursaba con una [redacted].

A.1.3) Atención médica brindada por MPSS2.

69. El 17 de enero de 2013, V1 acudió a valoración en la consulta externa del servicio de ginecobstetricia del HRO 66, donde fue atendida por MPSS2[37] y no por un especialista en ginecoobstetricia como era lo obligado dado que V1 tenía un [redacted] de [redacted].

70. MPSS2 auscultó a V1 y la encontró con *"(…) TA 100/70, FC* [frecuencia cardiaca] [redacted] *(…) frecuencia cardiaca* [redacted] *(…)* [redacted] *(…)"*, y de acuerdo con los resultados de laboratorio y ultrasonido -ambos de 5 de enero de 2013-,

[37] De acuerdo a su Nota de "Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia" de las 11:19 horas y al "Informe de Atención Médica" de AR5.

con *"(…) Plaq* [plaquetas] *de* [redacted] *Leu* [leucocitos] [redacted] *(…)"* y con *"(…) embarazo de* [redacted] *SDG* [[redacted] de [redacted]], [redacted] *aprox* [aproximado] [redacted] *(…)."*

71. MPSS2 diagnosticó a V1 como *"(…)* [redacted], [redacted] *de* [redacted] [redacted] [redacted], [redacted] *y* [redacted] *en remisión"* e indicó como plan: *"Cita abierta a urgencias, control en el 1er* [primer] *nivel (…)"*, y pese a que V1 había sido remitida a valoración a esa área con criterio de plaquetas [redacted] y con antecedentes de [redacted] de su [redacted], MPSS2 omitió *"(…) referirla de inmediato con el especialista en Ginecobstetricia* [como lo había señalado MR3MF1] *o derivarla al siguiente nivel de atención como era obligatorio, ya que la paciente cursaba con un* [redacted], *con patología agregada por estudiar* [plaquetopenia][38].

72. Para este Organismo Nacional, no pasa por desapercibido que la Nota de "Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia" del 17 de enero de 2013, fue suscrita por MPSS2, sin que se advierta en aquélla que haya sido emitida conjuntamente con AR10 (médico de base de gineco-obstetricia), o que este último haya supervisado a MPSS2, ya que es un médico que se encuentra en formación por lo que es aplicable el artículo 7 del RPM-IMSS.

73. En este caso también se vulneraron los artículos 24 de la LGE, 84 de la LGS, el tercero, fracción XIII del Acuerdo y las Bases 20a. fracción III y 23a. fracción V, dado que los pasantes de las profesiones para la salud deben prestar su servicio social como lo señala la ley y deben ser supervisados por los médicos de base

[38] De acuerdo a la nota de MPSS2, debía tratarse a V1 en el primer nivel y no en un hospital de segundo nivel como el HRO 66.

responsables de las unidades de servicio médico en todo momento, ya que pueden provocarse graves consecuencias a la salud de los pacientes, como en el presente caso.

74. En consecuencia, AR10 omitió supervisar al MPSS2 para que este último observara lo previsto en los puntos 5.1.6, 5.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993 en relación a las actividades que deben realizarse durante el control prenatal para identificar signos y síntomas de alarma, establecer un diagnóstico integral, realizar un control prenatal dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico y otras patologías intercurrentes con el embarazo, referir a V1 con un especialista (Gineco-Obstetra) o derivarla al siguiente nivel de atención dado que V1 cursaba con un [redacted] de [redacted] y con patología por estudiar como la plaquetopenia.

A.1.4) Atención médica brindada por AR1.

75. En la queja presentada por Q1-V4 y Q2-V5, el primero señaló que: *"*Narración de Hechos [redacted] *abíamos que en vacaciones no hay personal suficiente para brindar atención obstétrica. Fue así que el día de su última cita de control prenatal, el* Narración de Hechos [redacted]*, bajo la supervisión del Dr.* [AR4]*, quien fue el encargado del control prenatal de mi pareja. Es así que* [V1] *ingresó al hospital* Narración de Hechos *marzo de 2013, a las* Narración de *de la tarde aproximadamente y yo permanecí con ella hasta las* Narración de Hechos *de la noche, de ese mismo día (…).*"

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

76. Del Informe Médico presentado por AR4, de fecha 27 de mayo de 2014, se desprende que éste fungió como encargado de la dirección del HRO 66 *"(…) a solicitud del Dr.* [SP16] *(…) debido a la resición* [sic] *de contrato del director* [SP17] *(…)"* y que AR4 atendió a V1 en dos ocasiones: *"(…) una el 03 de septiembre de 2013 (sic), en donde otorgué una incapacidad por 7 días y otra el 01 de marzo de 2013 en donde otorgué una incapacidad por 90 días por maternidad, pues soy el único médico encargado de otorgar incapacidad en el hospital (…)".*

77. De acuerdo con la Nota Médica de 14 de marzo de 2013, se observó que el médico que atendió a V1 en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del HRO 66, fue AR1; ese mismo día pero a las 17:30 fue atendida por MPSS1 como se asentó en la "Nota de Ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia", y a las 20:00 horas por MR3EA1 de acuerdo a la "Nota de Valoración Preanéstesica"; los controles prenatales los realizaron MPSS1, MR3MF1 y MPSS2, como quedó anotado líneas arriba.

78. El 14 de marzo de 2013, AR1 encontró a V1: *"(…)* [redacted], [redacted] [redacted], *sin datos de* [redacted], *con* [redacted] *de* [redacted] *mmHg, con producto* [redacted] [V2], [redacted], *con frecuencia cardiaca* [redacted] *de* [redacted] *latidos por minuto, presentando un ultrasonido que reportó placenta* [redacted] [redacted] *y las últimas plaquetas reportadas de* [redacted] *(…)"* y refirió que V1 *"(…)* Referencias laborales [redacted] *y por antecedente de* [redacted] *y*

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

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

[redacted][39] *previa, solicita la realización de* [redacted] *no desea* [redacted]*. Ingresa en este momento se solictan* [sic] *laboratorios y vigilancia y se prepara para realizar* [redacted][el] *día de mañana* [15 de marzo de 2013] *con* [redacted] *SDG* [semanas [redacted]] *por* [redacted] *(…).”*

79. En opinión de los expertos de este Organismo Nacional, AR1 inadecuadamente indicó el ingreso hospitalario de V1 el 14 de marzo de 2013 por la tarde, para la realización de la cesárea el 15 del mismo mes y año, sin que realizara un “*(…) adecuado interrogatorio y exploración física, preguntar si tuvo* [redacted]*, establecer el diagnóstico de* [redacted]*, calificar el riesgo* [redacted] *y solicitar valoración preoperatoria por medicina interna ante la eventual cirugía (…)”*, ya que con estos elementos AR1 habría podido contar con mayores datos para establecer un adecuado diagnóstico e implementar las medidas médicas adecuadas para V1, por ello AR1 incumplió con los puntos 5.1.6, 5.2.2, 5.3.2 y 5.3.2.1 de la NOM-007-SSA2-1993, relativos a la calificación del riesgo obstétrico, establecer el diagnóstico de [redacted] y asegurar una atención obstétrica acorde con el estado de V1.

80. Además, AR1 no contaba con datos que contraindicaran una prueba de trabajo de parto[40] dado que el Lineamiento Técnico para la Cesárea Segura (LTCS)

---

[39] De acuerdo con el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, publicada por la Secretaría de Salud en 2002, la cesárea: *“(…) es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.”*

[40] *“*[redacted] *a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del* [redacted]*, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables. Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación.”* Lineamiento Técnico, Cesárea Segura, publicada por la Secretaría de Salud en 2002, p. 18.

señala que debe privilegiarse aquel y no la interrupción del embarazo vía abdominal; asimismo, el periodo intergenésico de V1 era de [redacted] y no había presentado -hasta ese momento-, datos de tensión [redacted], por lo que AR1 debió indicar un [redacted] y observar lo previsto en el párrafo tercero del numeral 2 del LTCS que señala: *"(…) Se* [redacted] *permitir* [redacted] *en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo* [HRO 66] *o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse,"* por lo que AR1 infringió el LTCS al exponer a V1 a un riesgo anestésico innecesario con la práctica de la cesárea".

81. AR1 incumplió con el punto 5.4.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993 que señala: *"Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores"*, parámetros que no fueron atendidos en el caso de V1, dado que no había criterios clínicos para la indicación de la cesárea, por lo que debió privilegiarse el parto normal.

A.1.5) Atención médica brindada por MPSS1.

82. El 14 de marzo de 2013 a las 17:30 horas, MPSS1 asentó en la "Nota de Ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia", que V1 *"(…) quien ingresa a piso programada para realización de cesárea, al interrogatorio directo refiere (…) cesárea hace* [redacted] *por* [redacted] *(…) sin actividad* [redacted]*, sin datos de* [redacted]*, no pérdidas* [redacted]*, refiere percibe movimientos* [redacted] *(…)*

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

adecuado estado de [redacted]*, cardiorrespiratorios* [redacted] *(…) abdomen globoso a expensas de* [redacted]*, con FU* [[redacted]]: Narración de Hechos [redacted] *(…)",* por lo que MPSS1 la diagnosticó como *"(…) Secundigesta, embarazo de* [redacted] *semanas de* [redacted] *por FUR* [fecha [redacted]] [redacted] *previa,* Narración de Hechos [redacted] *(…)",* sin embargo, debió realizar un adecuado interrogatorio y exploración física para sustentar el diagnóstico de [redacted] y [redacted] de [redacted], así como calificar el riesgo obstétrico y solicitar la correspondiente valoración preoperatoria por parte de medicina interna ante la eventual cirugía de V1.

83. La "Nota de Ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia" de 14 de marzo de 2013, fue suscrita por MPSS1, sin que se advierta en ésta que haya sido supervisado por el médico de base AR16, ya que MPSS1 se encuentra en formación y atendió a V1, AR16 médico especialista en gineco-obstetricia de base, omitió la referida supervisión, por ello también es aplicable el artículo 7 del RPM-IMSS dado que el HRO 66 es corresponsable con el personal referido de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

84. Asimismo, AR16 omitió supervisar a MPSS1 para que este último observara lo previsto en los puntos 5.1.6 y 5.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993 respecto a la necesaria calificación del riesgo obstétrico, la detección y control de factores de riesgo o patologías intercurrentes con el embarazo, en el LTCS respecto a la

[41] Es la *"condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal"*, LTCS.

especificación de las causas maternas, fetales o mixtas por las que procede realizar cesárea por desproporción [redacted], dado que ninguno de los médicos que valoraron previamente a V1 hicieron mención a ella y en la GRR-VPCCA[42] respecto a la valoración preoperatoria por medicina interna.

85. Por lo anterior, además se vulneraron los artículos 24 de la LGE, 84 de la LGS, el tercero, fracción XIII del Acuerdo y las Bases 20a, fracción III y 23a, fracción V, que señalan que los pasantes de las profesiones para la salud deben prestar su servicio social tal, y como señala la ley, y deben ser supervisados por los médicos de base responsables de las unidades de servicio.

A.1.6) Atención médica brindada por MPSS1, MPSS2 y AR1.

86. AR1 y AR16 incumplieron con el punto 5.1.3 de la NOM-007-SSA2-1993, ya que no ofrecieron atención médica de calidad a V1 y no elaboraron el respectivo partograma como lo señala el numeral 5.4.1.1 de la citada norma oficial; asimismo, AR10 y AR16 omitieron supervisar a MPSS1 y MPSS2 para que éstos últimos brindaran atención de calidad a V1.

87. Asimismo, MPSS1, MPSS2 y AR1 no analizaron la causa de la plaquetopenia que detectó MR3MF1 desde la valoración del 13 de diciembre de 2012, por ello AR1 incumplió con los puntos 5.1.2, 5.1.6 y 5.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993, relativos a establecer adecuados controles prenatales, calificar y valorar los riegos obstétricos con el fin de otorgar la atención médica oportuna que requería V1.

[42] Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS: 455-11.

AR10 y AR16 omitieron supervisar a MPSS1 y MPSS2 para que éstos últimos observaran los puntos anteriormente señalados.

A.1.7) Atención médica brindada por MR3EA1.

88. El 14 de marzo de 2013, a las 20:00 horas, MR3EA1 valoró a V1 y la encontró con: *"(…)* [redacted] *de* [redacted] *más* [redacted] *previa programada de manera electiva para realización de* [redacted] [redacted] *más colocación de Dispositivo* [redacted] *(…) palpación adecuada de espacios intervertebrales, extremidades superiores* [redacted] *y* [redacted] *presente (…) exámenes de laboratorio (…) Plaq.* [plaquetas] [redacted] *(…)"* y le otorgó la calificación [redacted] de *"(…) ASA III y riesgo* [redacted] *(…)",* lo que en opinión de los expertos de esta Comisión Nacional significa que V1 presentaba: *"(…) enfermedad* [redacted]*, pero no incapacitante (…)"*, sin que MR3EA1 especificara cuál era esta enfermedad, la que además no había sido reportada en las notas médicas previas.

89. Además, la calificación de ASA III otorgada por MR3EA1 de acuerdo a la GRR-VPCCA implicaba que *"Los pacientes con ASAIII con cirugía electiva no cardiaca deben ser referidos para su atención a Tercer Nivel (…)"* y el HRO 66 es un nosocomio de segundo nivel, por lo que MR3EA1 debió referir a V1 al siguiente nivel de atención.

90. MR3EA1 debió iniciar un protocolo de estudio y solicitar valoración del área de *"hematología y medicina interna"* con el fin de conocer el origen de la [redacted]*"* que hasta ese momento presentaba V1.

91. Asimismo, la “Nota de Valoración Preanestésica” fue suscrita por MR3EA1, médico en formación y adiestramiento, sin que se advierta que haya sido emitida conjuntamente con AR9 (médico de base de anestesiología) o que este último haya supervisado a MR3EA1, lo que contraviene los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la NOM-001-SSA3-2012, que prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del médico de titular, quien debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes, a fin de contar permanentemente con la asesoría de médicos de base durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias de los médicos residentes como MR3EA1.

92. Asimismo, AR9 omitió supervisar a MR3EA1 para que este último observara los puntos 5.1.2, 5.1.6 y 5.2.2, de la NOM-0007-SSA2-1993 relativos a las necesarias valoraciones del riesgo obstétrico y la utilización de medicamentos acordes a las necesidades de la paciente, como la aplicación de la sustancia anestésica para el bloqueo peridural, la detección y especificación de otras patologías intercurrentes con el embarazo como la enfermedad sistemática grave pero no incapacitante reportada por MR3EA1, la solicitud de estudios de laboratorio para identificar los signos y síntomas de alarma que pudiera presentar V1 ante la proximidad de la cirugía a realizarle, la valoración por los especialistas de hematología y medicina interna con el fin de conocer el origen de la plaquetopenia que hasta ese momento presentaba la paciente, la prevención y detección de patologías intercurrentes con el embarazo con el fin de establecer un diagnóstico integral, y observar la GRR-VPCCA respecto a la remisión de V1 al

siguiente nivel de atención ante la calificación de ASA III reportada, lo que habría permitido brindar a V1 la atención médica adecuada y oportuna que requería.

A.1.8) Atención médica brindada durante el bloqueo peridural a V1 por MR3EA1.

93. Q1-V4 en su queja del 20 de marzo de 2014 señaló que: *"(…) Al día siguiente* [15 de marzo de 2013]*, siendo aproximadamente las* Narración de H*de la mañana,* [V1] *me llamó por teléfono para avisarme que* [redacted] *y que* Narración de Hechos *de la mañana le* [redacted]*, por lo que me trasladé al hospital, llegando aproximadamente a las* Narración de Hechos *la mañana, pero ya no alcancé a ver a* [V1]*. Cabe señalar que* [redacted]*, me percaté que* [redacted] *a* [redacted]*), se encontraba* [redacted] *por lo que* [redacted]*.* [AR4] [redacted] *a* [V1] [redacted] *(…)."*

94. Al respecto, de la "Nota de Enfermería" de SP3 y de la "Lista de Verificación del Procedimiento Quirúrgico" suscrita por AR2, MR4GO1, AR11 y personal de enfermería, se desprende que no fue AR4 quien realizó la cesárea sino MR4GO1.

95. En la "Nota de Enfermería" de SP3 se asentó que a las Narración de Hechos, V1 ingresó *"(…) a sala de quirófano* [redacted] *se coloca en mesa quirúrgica. Inicia* Narración de Hechos] *BPD* [redacted] *Termina* Narración de Hechos [horas] *Previa se realiza* [redacted] *y* [redacted]*, se colocada* [redacted] *y a derivación se cierra circuito estéril. La paciente refiere* [redacted]*. Inicia acto quirúrgico 9:08 hrs* [sic] *la paciente refiere dolor al momento de prueba y se suspende la cirugía por indicación del* [MR3EA1] [redacted] [sic]*, esperando tranquilizar a la paciente*

para que pase el efecto de [redacted] [sic]*, continua con cefalea* [redacted] *cuando el* [MR3EA1] *anesteciólogo* [sic] *indica verbalmente buscar a la anesteciólogа* [sic] *de base* [AR2] *y se le avisa al Dr.* [AR5] *Ginecólogo Jefe de Enseñanza (…)"*.

96. Asimismo, Q1-V4 señaló en su escrito de queja que: *"(…) pasaron varias horas, antes de que tuviera conocimiento* [redacted]*, ya que hasta las* [redacted]*(…) me informaron que las cosas se habían complicado y que al parecer le había* [redacted] *a* [V1]. *Siendo aproximadamente la* [redacted] *de la tarde,* [redacted] [SP4], *quien al parecer era* [redacted] *y* [redacted]*, quien tomó fotos con su celular del* [redacted] [V1], *y me informó que quienes habían atendido a* [V1]*, eran médicos residentes y no los titulares, momento en el que me enteré que el Dr.* [AR4] *si estaba a cargo de la* [redacted]*ja, pero no se* [redacted]*, ya que por dicho de esta persona,* [redacted] *(…)."*

97. Del "Informe de Atención Médica" de AR5 pudo confirmarse que el anestesiólogo que realizó el bloqueo peridural a V1 no fue un especialista en ese materia sino MR3EA1, ya que según explicó AR5, no se contaba con médico anestesiólogo de base dado que el especialista tenía un horario de las 11:30 a las 19:30 horas, y pese a ello, V1 fue programada para el bloqueo y la cesárea a las 8[redacted] horas del 15 de marzo de 2013. Lo anterior se confirma con el Informe Médico de AR2, quien indicó que su horario iniciaba a partir de las 11:30 horas y con los Informes de "Datos del Personal de Salud" y de "Participación del Personal Involucrado" suscritos por AR5 respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el HRO 66, el día 15 de marzo de 2013.

A.1.8.1) Responsabilidad Institucional del HRO 66 del IMSS y atención médica de MR3EA1, AR1, AR5 y AR9 respecto al bloqueo peridural.

98. El HRO 66 del IMSS incurrió en responsabilidad institucional dado que a V1, paciente con [redacted] de [redacted]o, la intentó puncionar en varias ocasiones MR3EA1, sin que pudiera lograrse el bloqueo peridural que se requería para proceder a realizar la cesárea previamente programada, lo que evidenció la falta de pericia de MR3EA1, quien llevó a cabo los referidos intentos entre las 8:[redacted] y las 9[redacted] horas (por más media hora) el 15 de marzo de 2013, circunstancia que fue confirmada con la "Nota de Valoración y de Ingreso a UCI [Unidad de Cuidados Intensivos] Vespertino" suscrita por SP8 y SP9, quienes indicaron como antecedentes que de acuerdo a la "Nota preanéstesica" del HRO 66[43] se realizó *"[redacted] [redacted] en múltiples ocasiones"*, lo que provocó la *"[redacted] accidental de la* [redacted]", la que se manifestó clínicamente con *"[redacted] de* [redacted]*".*

99. La Suprema Corte de Justicia de la Nación[44] ha sostenido que del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4° Constitucional, derivan una serie de estándares jurídicos[45], como lo es el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional

[43] La que no fue remitida a este Organismo Nacional como se señaló anteriormente.

[44] Registro No. 2 007 938. Tesis: 2ª. CVIII/2014 (10a.). SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.

[45] Tesis aislada XVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXIV, agosto 2011. Pág. 29

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[46], derecho que para el Estado representa *"la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado."*

100. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que la obligación de realizar, implica que el Estado debe garantizar que *"los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan capacitación adecuada"*[47]. Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 sobre *"el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud",* enumera los elementos básicos del derecho a la salud, siendo estos: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad. En cuanto a la disponibilidad, el Comité indicó que en los *"establecimientos públicos de salud"*, no puede faltar *"personal médico y capacitado"*.

101. El artículo 7 del RPM-IMSS dispone: *"Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán*

[46] Adoptado el 16 de diciembre de 1996, vigente para México desde el 23 de junio de 1981.

[47] Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: http://www.ohchr.org/Documentos/Publications/Factsheet31sp.pdf Visita realizada el 12 de febrero de 2016.

responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes."

102. El artículo 70, fracción I, del RLGS-PSAM[48], señala que los Hospitales Generales *"(…) son establecimientos de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización"*, y si bien el HRO 66 no tenía una denominación de Hospital General de acuerdo al numeral 70, fracción I antes señalado, si está considerado como uno de segundo nivel, por lo que debía contar con personal y con las especialidades básicas anteriormente señaladas.

103. Esta Comisión Nacional de Derechos Humanos advierte que la falta de personal médico ginecológico y de anestesiología que debió atender a V1 ante la atención de urgencia requerida y generada por el inadecuado intento de bloqueo peridural a la paciente, así como la falta de supervisión de MR3EA1 por parte de médico de base adscrito (AR9), constituyen responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que teniendo en cuenta los elementos anteriormente plasmados, se considera que se violó el derecho a la protección de la salud de V1, quien presentaba un

[48] Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de mayo de 1986.

embarazo de alto riesgo, que está asociado a la muerte materna de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993.

104. Asimismo, se confirma la responsabilidad institucional porque AR5 asentó en su informe que en el HRO 66 no se contaba con anestesiólogo de base y no obstante AR1 programó a la paciente para la realización de la punción, y en consecuencia, la cesárea a las 8:00 horas del 15 de marzo de 2013; además AR9 no llevó a cabo una nueva valoración pre-anestésica antes de iniciar el procedimiento de bloqueo peridural, tal y como lo prevé el punto 5.4 de la NOM-006-SSA3-2011 que dispone: *"En los casos de cirugía programada* [como el de V1]*, la valoración o consulta preanéstesica, se deberá realizar con suficiente anticipación a la fecha del procedimiento quirúrgico; en todos los casos, se requerirá que el médico responsable de aplicar la anestesia, lleve a cabo una nueva valoración pre-anestésica antes de iniciar el procedimiento",* no obstante, se permitió que sin tal valoración, MR3EA1 –médico en formación y adiestramiento-, realizara el multicitado bloqueo, sin la supervisión de un médico adscrito.

105. La referida responsabilidad institucional derivó en el incumplimiento de AR1 y AR9 del IMSS de los puntos 8, 8.6, 8.7, 9, 9.1, 9.2 y 12.2 de la NOM-006-SSA3-2011, que disponen respectivamente: *"De los prestadores de servicios de anestesiología"; "Iniciar el procedimiento anestésico, únicamente cuando se cuente con la presencia del médico tratante* [AR1]*, en función del procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación"; "Asegurar que durante el procedimiento anestésico, el médico anestesiólogo a cargo del paciente* [AR9]*, debe estar presente en la sala quirúrgica o gabinete, durante todo el procedimiento médico o quirúrgico";*

"Analizar el expediente clínico del paciente, para conocer su historial médico, así como interrogar y realizar examen físico, con la finalidad de obtener toda aquella información pertinente y útil para el procedimiento anestésico", y *"Evaluar el estado físico del paciente, así como, los factores que pueden afectar la toma de decisiones para el manejo anestésico (…)"*, ya que debían realizar las valoraciones respectivas con el fin de prevenir y evitar la urgencia obstétrica que se suscitó por la punción accidental de la duramadre a V1.

106. Asimismo, al no contarse con médico de base de anestesiología a la hora que se programó a V1 para el bloqueo peridural –de acuerdo al informe de AR5-, debió referirse a V1 a otro nosocomio que contase con dicho especialista, o bien, prever lo conducente para que a la hora programada para el bloqueo estuviera presente AR9 para realizar un adecuado procedimiento de anestesiología. Por ello, no se previó y gestionó adecuadamente los recursos humanos para prevenir y evitar riesgos obstétricos a V1, sobre todo si previamente se había calificado a V1 con ASA III, por lo que se incumplió con la GRR-VPCCA respecto a referir a la paciente a un hospital de tercer nivel.

107. También se vulneró de la NOM-006-SSA3-2011 con el punto 14 *"Criterios específicos para la administración de anestesia en gineco-obstetricia"* en cuanto a que *"La anestesia regional (bloqueo epidural, subaracnoideo y mixto) (…) únicamente podrá ser iniciado y mantenido hasta que el gineco-obstetra responsable* [AR1] *de la paciente haya evaluado la condición materno-fetal y el progreso del período de labor* (punto 14.2.1), el punto 14.2.3 porque: "*La responsabilidad primaria del anestesiólogo será proveer los cuidados anestésicos a la madre (…) Por lo tanto, se debe contar con personal calificado (…)* y el

diverso, 14.2.5 *"Todas las pacientes que hayan recibido un procedimiento anestésico de conducción, deberán ser valoradas conjuntamente por el anestesiólogo y el obstetra para determinar el área de recuperación post-anestésica que resulte más conveniente, de acuerdo al estado físico-clínico de la misma",* aspectos que inobservaron AR1 y AR9, y si bien en el expediente clínico no obra el nombre de AR9, éste deberá ser motivo de investigación por parte de la autoridad correspondiente.

108. Por lo anterior, el personal médico AR1 y AR9 incumplieron con el numeral 5.1.2 de la NOM-0007-SSA2-1993, ya que debieron vigilar estrechamente el suministro de medicamentos a V1 con el fin de ponderar los riesgos y beneficios de la administración de la sustancia analgésica regional para el bloqueo peridural y, además, omitieron las directrices del LTCS respecto a los cuidados preoperatorios que requería V1.

109. Al permitirse a MR3EA1 la realización del bloqueo peridural sin la supervisión de un médico anestesiólogo de base adscrito (AR9) al HRO 66, se transgredió lo previsto en los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, que prevén que los médicos residentes estarán sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes, en el caso de AR9.

110. En opinión de los expertos de este Organismo Nacional, una vez que MR3EA1 intentó realizar el bloqueo peridural a V1, la paciente presentó *"cefalea intensa de presentación súbita, misma que a pesar de haber sido advertida, no fue manejada de ninguna forma"* ni por MR3EA1 ni por AR5, y en el caso particular,

por AR1 y AR9 dado que la NOM-006-SSA3-2011 prevé que dichos especialistas en anestesiología y obstetricia debían estar presentes y valorar a la paciente antes, durante y después de la operación, conductas que omitieron por lo que transgredieron los puntos 5.4, 14.2.1 y 14.2.5 de la citada norma oficial, además de la supervisión a MR3EA1 de acuerdo con la NOM-001-SSA3-2012.

111. Asimismo, en el expediente clínico no obra evidencia de que se haya otorgado manejo médico de algún tipo o procedimiento terapéutico a V1 en la sala de quirófano de las 9:08 horas (momento en que se suspendió el evento quirúrgico) a las 10:30 del 15 de marzo de 2013, y sólo se suministró oxígeno a V1 y se le realizó monitorización pese a que la paciente presentaba sintomatología indicativa de que había cursado por una "[redacted]" la que *"(…) constituye una de las principales causas de morbilidad en anestesiología regional, sobre todo en la mujer joven"*; asimismo en la hoja de "Referencia a Especialidad" elaborada por AR4, se asentó que V1 cursaba con deterioro neurológico hasta la pérdida del estado de alerta, el que en ningún momento fue advertido y atendido por AR1, AR5 y AR9 médicos del HRO 66, por lo que incumplieron con el punto 5.1.2 de la NOM-0007-SSA2-1993, relativo a la vigilancia estrecha que debían proporcionar al binomio materno-fetal ante el riesgo originado por la [redacted] y el artículo 72 del RLGS-MPSAM[49] que señala que ante una urgencia y problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida de un paciente como V1, se debe proporcionar atención inmediata.

[49] Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986.

112. Además infringieron el artículo 51 de la LGS que dispone: *"Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (…) de los profesionales, técnicos y auxiliares"*, el numeral 61 párrafo primero de la citada ley, que establece: *"La atención materno-infantil tiene carácter prioritario (…)"*; el artículo 61 Bis, que dice: *"Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos"*; el numeral 90 del RPM-IMSS que dispone: *"Las unidades médicas institucionales, en los casos en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar problemas de salud que pongan en peligro la vida, un órgano o una función, deberán proporcionar atención médica inmediata";* el diverso 21 del mismo ordenamiento señala: *"En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo con las normas oficiales mexicanas correspondientes, con personal suficiente e idóneo";* el numeral 26 que dice: *"Los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, contarán para ello con recursos físicos (…) y humanos que señale el Reglamento y las normas oficiales mexicanas (…)",* así como el punto 5.1.1, de la NOM-007-SSA2-1993, que dispone que: "*La atención de la mujer con emergencia obstétrica* debe ser prioritaria (…)".

A.1.9) Atención médica brindada posterior al intento de bloqueo peridural.

113. En la Nota de Enfermería de SP3 se asentó que después del intento de bloqueo peridural a V1, la paciente continuó con cefalea a las 10.25 horas, por lo que MR3EA1, sin la supervisión de un médico adscrito (AR9), indicó buscar al

anestesiólogo de base AR2 y al ginecólogo jefe de enseñanza AR5, lo que fue confirmado con el Informe de AR4, quien indicó que dio instrucciones a AR2 y AR5 para que apoyaran con el manejo de la paciente.

114. AR2 indicó en su informe que se encontraba en su domicilio cuando le llamaron del HRO 66 para que se presentara a dicho nosocomio porque un paciente se había puesto mal durante un procedimiento anestésico y que arribó al mismo hasta las 11:00 horas, media hora antes de su horario de trabajo; una vez en el hospital, pasó a la sala de quirófano y encontró a V1 *"(…)*[redacted] *(…)*".

115. AR5 en su "Informe de Atención Médica" no hizo mención a la atención que brindó a V1 por instrucciones de AR4, sólo hizo una descripción de la atención médica proporcionada por otros pasantes, residentes y especialistas a V1 de acuerdo a las Notas Médicas de los días 31 de agosto, 12 de noviembre y 13 de diciembre de 2012, 17 de enero, 5 de febrero, 7 de marzo, 14 de marzo y 15 de marzo de 2013[50] y destacó que se decidió –por parte de los directivos del HRO 66-, realizar las gestiones para trasladar a V1 al HGZ-1.

116. En la Nota de Enfermería de SP3, se asentó que a las *"(…) 10:30 hrs. Se pasa* [a V1] *a sala de recuperación para vigilancia, se coloca* [redacted] *con* [redacted] *continua de signos vitales (…)"*, sin embargo, de acuerdo con la opinión de los médicos de este Organismo Nacional, a V1 no le fue

[50] Como se mencionó anteriormente, alguna de estas notas médicas no fueron remitidas a este Organismo Nacional.

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

realizado *"(…)* [redacted] *(…) o* [redacted] [para medir] *la frecuencia* [redacted] *(…)"* con el fin de proteger al [redacted], y a las 10:35, V1 indicó que *"(…)* [redacted] *(…)"* por lo que se avisó a MPM1 y AR5, pero esta última no otorgó manejo médico a la paciente a pesar de que para ese momento ya se habían advertido los datos clínicos indicativos de la [redacted] y pese a que en dos ocasiones se avisó a AR5 de la urgencia médica (a las 10:25 y 10:35 horas) no existe constancia en el expediente clínico de la atención a V1.

117. Por lo anterior, AR5 incumplió con el numeral 27 fracción III de la LGS respecto a la atención de urgencia que debía proporcionarse a V1, quien cursaba por una urgencia obstétrica, así como los artículos 51, 61, párrafo primero y 61 Bis del mismo ordenamiento jurídico, en cuanto a que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea, recibir atención profesional y éticamente responsable, a la protección materno-infantil y salud materna que abarca el parto, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encontraban V1 y V2, así como al derecho de obtener servicios de salud con estricto apego a sus derechos humanos y los puntos 2[52], 5.7[53] y 5.7.3[54] de la

---

[51] *"(…)* [redacted] *consiste en la pérdida de solución de continuidad de las membranas meníngeas duramadre y aracnoides, que se produce accidentalmente durante la identificación del espacio epidural, o bien, en el momento de colocar el catéter. La consecuencia de la punción de la duramadre, es la salida de líquido cefalorraquídeo, la pérdida excesiva conduce a hipotensión y reducción del volumen intracraneal. El grado de pérdida de líquido cefalorraquídeo a través de la perforación dural, generalmente es mayor que su producción (…) esto puede desencadenar aparición de un cuadro de cefalalgia, que se conoce como cefalalgia postpunción de duramadre (CPPD)"*, de acuerdo a la opinión médica de los peritos de este Organismo Nacional.

[52] *"Esta norma es de observancia obligatoria para el responsable de enseñanza, así como para quienes convengan e intervengan en los procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza y tutoría de las residencias médicas en los establecimientos para la prestación de servicios de atención médica considerados como unidades médicas receptoras de residentes que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas."*

NOM-001-SSA3-2012 por lo que hace a la falta de cumplimiento de los programas operativos de la residencia en el HRO 66.

118. Asimismo, se incurrió en responsabilidad institucional ya que se inobservaron los numerales 21 y 72 del RLGS-MPSAM, dado que debía contarse con personal suficiente e idóneo para atender la urgencia inmediata médico-quirúrgica que presentaba V1 y no con médico pasante de medicina como MPM1, ya que este último se encuentra en formación para ser médico.

119. A las 10:55 horas, V1 presentó presión arterial alta de *"[redacted] mmHg"* (la normal es de 100/60-139/89 mm/Hg), además *"[redacted]"*, motivo por el cual se avisó a MPM2; a las 11:00 se avisó a MRG1 y a MRA1, *"(…) al revisarla* [V1] *presenta* [redacted] Narración de Hech *horas (…)"*.

120. De acuerdo con la opinión de los expertos de este Organismo Nacional, ninguno de los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a la paciente (MR3EA1 sin la supervisión correspondiente de AR9) y AR5, corrigieron el descontrol hipertensivo que presentaba, tampoco solicitaron valoración urgente por terapia intensiva o medicina interna y solamente se limitaron a avisar a MPM2, al MRG1 y al MRA1 –sin experiencia y adiestramiento especializado en este tipo de complicaciones graves, por encontrarse en formación- (lo que implicó una responsabilidad institucional en los términos de los numerales 21 y 72 del RLGS-MPSAM), por lo que AR5 y AR9 inobservaron los artículos 27 fracción III, 51, 61,

---

[53] *"Para coadyuvar a la organización y funcionamiento de las residencias médicas, los responsables de enseñanza de las unidades médicas receptoras de residentes deberán desarrollar las siguientes funciones:"*

[54] *"Colaborar en la elaboración y en el cumplimiento de los programas académicos y operativos de las residencias médicas".*

párrafo primero y 61 bis de la LGS respecto a la atención de urgencia oportuna, de calidad e idónea que debían proporcionar a V1 con el fin de proteger al binomio materno-fetal, servicios que debían proporcionarse con estricto apego a sus derechos humanos; el artículo 90 del RPM-IMSS y 72 del RLGS-MPSAM, en cuanto a que las unidades médicas del IMSS deben brindar atención médica de inmediato ante una urgencia médica que ponga en peligro la vida de los derechohabientes como V1 y V2, la GPC-PE[55] y la GRR-VMP-DEHE[56] por lo que hace a las medidas generales que debían asumirse para controlar la presión arterial alta que presentó V1, que también es atribuible a AR9, quien no supervisó a MR3EA1 para que este último actuara conforme a los ordenamientos antes señalados.

A.1.10) Atención médica brindada a V1 posterior al paro cardiorrespiratorio.

121. En su queja, Q1-V4 y Q2-V5 señalan: *"En cuanto se identifica el paro respiratorio no se estabiliza a la paciente, se realiza intubación y sin verificar el estado integral se realiza cesárea (…)"*. Al respecto personal médico de este Organismo Nacional refirió que con *"descontrol hipertensivo*" y con *"parocardiorrespiratorio*" V1 fue traslada de manera urgente al quirófano, de acuerdo a la Nota de Enfermería de SP3, lugar en la que se la intubó y aplicó anestesia general por AR2, agregando que *"(…)* [AR2] *paso a (…) quirófano en donde encuentro a la paciente en la sala (…) sin* [redacted]*, por lo que procedo a* [redacted] *con* [redacted] *y procede a la* [redacted] *(…) el primer en forma atraumática (sic), se conecta* [redacted]

[55] Publicada en la Revista Médica del IMSS, Soc 2012; 50 (5): 569-579.

[56] Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-058-08.

mecánica (…) [redacted] *(…) cursando el transoperatorio estable (…) cabe mencionar que la paciente* [redacted] *antes de* [redacted] *(…)"*; asimismo, MR4GO1 realizó cesárea a V1, por la que se obtuvo a V2 a las 11:32 horas, quien pasó al médico pediatra y a las 12:30 horas, terminó el procedimiento quirúrgico pero MR4GO1, AR2, AR11 y el personal de enfermería omitieron escribir sus nombres en la "Lista de Verificación Procedimiento Quirúrgico" de la cesárea, por lo que incumplieron con los puntos 5.10 y 8.8.17 de la NOM-004-SSA3-2012.

122. Para esta Comisión Nacional, no pasa desapercibido que AR3, debió supervisar a MR4GO1 con el fin de que este último observara la normatividad aplicable en este tipo de procedimientos, es por ello que es aplicable el artículo 7 del RPM-IMSS y se contravino lo dispuesto en los artículos 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la NOM-001-SSA3-2012 que señalan que los médicos residentes estarán sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los médicos adscritos del servicio correspondiente, en el caso de AR3.

123. En consecuencia, AR2 y AR3 omitieron asentar y describir, en las respectivas notas médicas, la técnica anestésica utilizada, la duración de la misma, registrar el estado clínico y de conciencia de V1, sus signos vitales y calificarla mediante la escala ALDRETE[57], por ello infringieron el punto 12.6 de la NOM-006-SSA3-2011 que indica: *"El anestesiólogo deberá firmar la nota de alta o egreso del área de recuperación, considerando la calificación de ALDRETE"*, y el 12.3.2.9 *"Que el estado del paciente se encuentre en condiciones aceptables, evaluadas mediante*

[57] Clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, coloración y estado de la conciencia, al llegar a recuperación. NOM-006-SSA3-2011, punto 4.3

la calificación de ALDRETE, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico", por lo que contribuyeron al desconocimiento de la verdad sobre la atención que se brindó a V1 durante el evento quirúrgico y post-quirúrgico de la cesárea.

124. SP3 refirió en su Nota de Enfermería, que después que se realizó la cesárea a V1, a las 12:30 horas del 15 de marzo de 2013, se le *"(…) coloca vendaje abdominal compresivo, continúa en sala de quirófano para vigilancia por anesteciologo (sic)* [AR2] *se brinda cuidados postquirúrgicos. Estado de salud muy grave signo (sic) con variación de presión arterial, continua monitorizando, valorando por servicio de medicina interna, se decide traslado a tercer nivel. En espera transporte aéreo pasa siguiente turno."*

125. Por lo que hace a la referida vigilancia y cuidados post-quirúrgicos a V1, en la "Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería" de 14 y 15 de marzo de 2013, SP3 y personal de enfermería que no anotó su nombre, asentaron que V1 inició la toma de sus medicamentos a las Narración de Hechos de marzo de 2013 (8 minutos después del nacimiento de V2) con [redacted] y a las 12:00 con [redacted] cada 8 horas, sin embargo, de este último medicamento no obra constancia en el expediente clínico que se hubiese aplicado, lo que contradice la "Hoja de Referencia a Especialidad" suscrita por AR4, quien asentó que a V1 sí se le había dado manejo [redacted] y se había controlado la [redacted], sin embargo, AR4 incumplió con el numeral 72 del RLGS-PSAM que dispone: *"Se entiende por una urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que*

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

requiere de atención inmediata", al no prestarle a V1 los cuidados que requería y que eran necesarios ante la punción de la duramadre que había sufrido.

126. AR2, AR3 y AR11 omitieron elaborar las notas post-quirúrgicas, por lo que incumplieron con el punto 6.2.6 de la NOM-004-SSA3-2012 ya que debieron precisar los medicamentos, las dosis, las vías de administración y la periodicidad de los mismos con el fin de estabilizar a V1, en consecuencia, vulneraron el derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica proporcionada a la paciente durante el post-operatorio.

127. AR3 y AR11 de quienes no pudo establecerse sus nombres completos, cargos, rangos, matrículas o especialidad[58] porque no obran en el expediente clínico sus notas médicas y de enfermería, debieron elaborar las mismas y especificar en ellas el estado de salud de V1, su gravedad, pronóstico y manejo de acuerdo con el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012; asimismo, AR2 y AR3 inobservaron la NOM-006-SSA3-2011 en el punto 12.2 que señala: *"La supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área* [post-anestésico quirúrgico]*, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano"*, y el punto 12.3.2 que indica: *"El anestesiólogo y el cirujano con base en el estado clínico del paciente, determinará el momento de su traslado y lo acompañarán al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica (…)"*, por ello AR2, AR3 y AR11 vulneraron el derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica proporcionada a V1 durante el post-operatorio.

[58] Lo que será materia de investigación por la autoridad correspondiente de acuerdo a este Recomendación.

128. A las 12:30 horas del 15 de marzo de 2013, SP3 asentó en la multicitada Nota de Enfermería que *"(…) se decide traslado a tercer nivel. En espera transporte aéreo para siguiente turno."*

129. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, no hay evidencia de la hoja de traslado y de valoración previa de la paciente que permita conocer el estado en que V1 egresó del HRO 66, y si bien AR6 (médico encargado de realizar el traslado vía aérea de V1) señaló que encontró a V1 -en el referido nosocomio- entubada y conectada a ventilador mecánico, que al momento del traslado se encontraba estable, que se utilizó ventilación mecánica controlada y que el mismo transcurrió sin incidentes, estas circunstancias debieron plasmarse en las respectivas hojas de traslado y de valoración previa y no sólo en el informe suscrito por AR6 ante el requerimiento de este Organismo Nacional.

130. Por lo anterior AR2, AR3 y AR6 médicos que tuvieron a su cargo a V1, incumplieron con el punto 8.4 de la NOM-004-SSA3-2012 dado que debieron elaborar la referida hoja de traslado y anexar copia del resumen clínico de V1 a la misma, que incluyera como mínimo, el motivo del envío, impresión diagnóstica y terapéutica empleada si la hubo; asimismo se incumplió con la NOM-237-SSA1-2004,[59] en los puntos 4.7.1.8 que dispone: *"Los formatos para el registro de la atención prehospitalaria de las urgencias médicas (…) deberán contener como mínimo, los siguientes campos (…): 1. Datos de registro (…) 2. Fecha de servicio (…) 3. Identificación de la ambulancia (…) 4. Tipo de servicio: traslado, urgencia o cuidados intensivos (…) 6. Hora de salida de la ambulancia de base (…) 7. Hora de fin de la atención o alta al paciente: En el sitio de la urgencia o de la recepción*

[59] Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 15 de junio de 2006.

del paciente en el establecimiento para la atención médica (…) 8. Identificación del personal operativo (…) 9. Datos del paciente (…) 10. Antecedentes personales patológicos (…) 11.- Padecimiento actual (…) 12. Exploración física básica (…) 13. Descripción de lesiones o afecciones (…) 14.- Manejo proporcionado (…) 15. Derivación del paciente: establecimiento para la atención médica (…)", así como el punto 4.7.2.5, del misma norma que señala: *"El personal médico o paramédico de la ambulancia que lleve a cabo el traslado, es responsable del paciente durante el mismo, toda vez que es considerada un establecimiento para la atención médica"*, por lo que se vulneró el derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica proporcionada a V1 durante su traslado al HGZ-1.

131. AR2 indicó en su informe que *"(…) se me comenta por las representantes sindicales del envío Aéreo de la paciente y se comenta que el responsable del translado* (sic) *es el Dr.* [AR6]*, Médico del Turno de la tarde del servicio de Anestesiología el cual me releva de la vigilancia de la paciente"*; sin embargo, no obra en el expediente clínico constancia de la hoja de registro anestésico actualizada al momento del relevo tal y como lo establece el punto 8.12 de la NOM-006-SSA3-2011, que dispone: *"En caso de relevo, el médico anestesiólogo a cargo, deberá entregar al médico relevante, junto con el paciente, el expediente clínico, así como la hoja de registro anestésico actualizada al momento del relevo, la cual deberá precisar, como mínimo: la fecha, hora, nombre y firma del anestesiólogo que entrega, así como del que recibe al paciente,"* aspectos que incumplieron AR2 y AR6.

A.2) Atención médica brindada a V1 en el HGZ-1 "Dr. Demetrio Mayoral" en Oaxaca del IMSS.

132. En su queja, Q1-V4 señaló que: *"(…) siendo aproximadamente las* Narración de Hechos [redacted] *tuve conocimiento que el hospital había solicitado una ambulancia aérea para el traslado de* [V1] *a la ciudad de Oaxaca, debido a la distancia y al tiempo que se hace vía terrestre de Juxtlahuaca a la ciudad de Oaxaca (que son seis horas), llegando el helicóptero aproximadamente a las* [redacted] *de la tarde al Hospital de Juxtlahuaca (…) Por dicho de* Narración de Hechos [redacted]*, tuve conocimiento que el helicóptero en el que trasladaron a* [redacted] *llegó al hospital* [HGZ-1] *a las* [redacted] *de la tarde aproximadamente, donde* [redacted] *fue recibida por un médico anestesiólogo, quien les informó que* [V1] *ya estaba muerta, siendo que la reanimaron inyectándole medicamentos para hacerla reaccionar y de inmediato le realizaron estudios de la cabeza, desconociendo hasta ese momento la causa por la cual* [V1] *se encontraba en un estado de salud tan grave (…)"*.

133. Al respecto, en la "Nota de Ingreso a Urgencias Adultos", SP7 MR3MF3, MIP y AR8 asentaron que el 15 de marzo de 2013 a las 18:00 horas, V1 ingreso al HGZ-1 acompañada de AR6, con diagnóstico de "[redacted] *(…)* [redacted] *(…)* [redacted] *(…)* [redacted] *(…)* [redacted] *(…)* [redacted] *(…)"*, por lo que fue reportada "[redacted]", se activó el protocolo de paciente [redacted], se solicitaron estudios de tomografía, V1 pasó a la unidad de cuidados intensivos y se asentó que *"(…) no hay familiares en este momento para informar."*

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

134. La tomografía simple y contrastada de cráneo realizada por SP1 documentó: *"(…)* [redacted] *"*; posteriormente, V1 fue valorada por personal médico de neurocirugía, quien indicó que presentaba datos clínicos de [redacted] diagnóstico que debía confirmarse con electroencefalograma y angiotomografía con el fin de corroborar la ausencia de actividad eléctrica y flujo cerebral, por lo que hasta ese momento se diagnosticó a V1 con pronóstico malo a corto plazo y fuera de posibilidad quirúrgica.

135. En su queja, Q1-V4 indicó que: *"(…) Siendo aproximadamente las* Narración de Hech[redacted] *de la noche del* Narración de Hechos *de 2013,* Narración de Hechos [redacted] *yo recibimos la noticia de que* [V1] *tenía* [redacted]*, que el* [redacted] *y que* [redacted] *o* [redacted] *(…)"*. Al respecto, en la "Nota de Reporte de Electroencefalograma" de las Narración de Hech[redacted] horas del 16 de marzo de 2013, SP10 indicó que se contaba con reporte de electroencefalograma, el que no apoyaba la muerte [redacted], motivo por el cual también debería realizarse, como fue indicado, el estudio de angiotomografía.

136. En la "Nota UCI [Unidad de Cuidados Intensivos]" de las Narración de Hec[redacted] horas del 20 de marzo de 2013, personal médico que omitió anotar su nombre completo y cédula, hizo constar que explicó a los familiares los riesgos y complicaciones que derivarían del estudio de angiotomografía que requería V1 como parte del protocolo de estudio de muerte cerebral, procedimiento que no fue autorizado por ellos, por lo que no se llevó a cabo.

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

137. A las [redacted] horas de ese mismo día, V1 evolucionó con [redacted] acompañada de "[redacted]", "[redacted], con incremento de "[redacted]" con [redacted] y persistiendo los datos clínicos de muerte cerebral, y a pesar del manejo médico multidisciplinario y multisistémico adecuado brindado por los médicos que la tuvieron a su cargo en el HGZ-1, V1 presentó [redacted], la que no revirtió a las maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar, por lo que SP8 registró que su muerte fue a las [redacted] horas del 20 de marzo de 2013 en su "Nota de Defunción de Terapia Intensiva", y como causas de la misma, se señaló en el certificado de defunción: *"Evento vascular cerebral (hemorrágico-isquémico), insuficiencia renal aguda y puerperio quirúrgico".*

138. En la opinión médica de los expertos de esta Comisión Nacional, se señaló que el *"(…) "Infarto hemorrágico en cerebelo derecho, hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraventricular (cuarto ventrículo) e hidrocefalia"*, derivaron directamente en la causa de la muerte de V1 y las mismas fueron consecuencia de las complicaciones de la punción accidental de la duramadre, durante el bloqueo peridural (que intentó realizar MR3EA1 sin la supervisión de un médico adscrito) y que tuvo una duración de 43 minutos, según consta en la Nota de Enfermería de SP3, el que en opinión de dichos expertos: *"(…) condicionó la pérdida excesiva de líquido cefalorraquídeo que conlleva una hipotensión intracraneal con tracción de las venas intracraneales y la subsecuente hemorragia (…)"*, complicaciones todas graves y que a pesar de ser advertidas por AR2, AR4, AR5 y AR6 no fueron valoradas o manejadas adecuada y oportunamente por ellos en el HRO 66.

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

139. Las acciones y omisiones enunciadas por los expertos de este Organismos Nacional, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 resultan contrarias a lo dispuesto en la NOM-007-SSA2-1993 que establece con claridad que *"La atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria",* también que *"La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos"*.

140. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, para lo cual mandata, entre otros, a brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.

141. La citada Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015 y 8/2016 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los

factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de V1 no se realizaron. A pesar de las recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la cita Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

A.3). Sobre la alegada violación de los derechos humanos a: la información en materia de salud, a la libertad y autonomía reproductiva.

142. De acuerdo con el principio de interdependencia, los derechos humanos se encuentran vinculados entre sí, razón por la cual la afectación de uno repercute en los otros, como en el presente caso, toda vez que en su queja, Q1-V4 y Q2-V5 adujeron la violación al derecho a la protección de la salud, lo que de manera transversal transgredió otros de sus derechos, aspectos que se desarrollan en el presente apartado.

A.3.1) Derecho a la información en materia de salud.

143. En la queja se estableció, que después de que V1 fue ingresada a quirófano, Q1-V4 y familiares no fueron *"(…) informados sobre el estado de gravedad por el que ésta atravesaba (…) el personal de los servicios de salud que la atendieron ocultaron información significativa sobre el diagnóstico, riesgos y aplicación de los procedimientos y tratamientos médicos a los que fue sometida; información a la que debieron tener acceso de manera oportuna los familiares de la víctima y no hasta que se consideró su traslado vía aérea"*.

144. En relación a ello se advierte, que en el "Informe de Atención Médica" de AR5, éste no se pronunció respecto de este alegato, por lo que de conformidad con lo establecido en el artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen por ciertos.

145. Este Organismo Nacional tiene presente, que el derecho a la protección a la salud supone el cumplimiento de diversos elementos como son: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad; específicamente la accesibilidad presupone el acceso a la información, mismo que *"comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud"*.

146. Relativo al caso, la Corte Interamericana precisó que un *"aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información sobre los escenarios que permitan sobrellevar en mejor forma la enfermedad".*[60]

147. Esta Comisión Nacional advierte que de las evidencias detalladas en el capítulo correspondiente, destacan la Hoja de "Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería" de 14 y 15 de marzo de 2013, la Nota Quirúrgica de Enfermería del 15 de marzo de 2013 y el Informe de Enfermería de 26 de mayo de 2014, en las que ya se había asentado que V1 se encontraba *"(…) inconsiente [sic]", "muy grave"*, sin que se haya informado a Q1-V4 y sus familiares sobre este riesgo. En consecuencia, tales hechos deberán ser investigados, toda vez que el personal médico del HRO 66 del IMSS, al omitir

[60] *Caso Gonzáles Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 1º de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párrafo 198.

brindar información completa y oportuna sobre el estado de salud de V1, vulneró el derecho a la información en materia de salud de V1.

A.3.2) Derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1.

148. En su queja, Q1-V4 y Q2-V5 indicaron que: *"(…) Los derechos de libertad y autonomía reproductiva, fueron violados en perjuicio de* [V1]*, en virtud de que el Estado tiene la obligación de respetar el derecho de las personas a decidir sobre el número de hijos y esparcimiento de éstos, y en consecuencia a garantizar el acceso a la salud y atención médica de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. Protección que no se llevó a cabo en este caso, ya que ella decidió ser madre por segunda ocasión, sin que el Estado garantizara una atención médica de calidad, afectado su autonomía y libertad reproductiva hasta el grado de perder la vida y poniendo en alto riesgo la salud y vida de su hijo* [V2]*".*

149. 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 durante su segundo embarazo. Este derecho se encuentra previsto en el artículo 4°, segundo párrafo de la Constitución al decir: *"Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".* 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"*.

150. En el *"Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica"*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, señaló que los derechos reproductivos *"(…) se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva"*. Asimismo sostuvo que: *"*[l]*a 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".*[61]

151. En la Observación General 14 "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales precisó que *"La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto."*[62]

152. La información y educación que el Estado debe proporcionar a través de las instituciones públicas competentes en temas relacionados con la salud materna, son necesarias para que las mujeres adopten decisiones responsables y libres en materia de reproducción, incluyendo la planificación familiar, y con dichas acciones

[61] *"Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica". Excepciones Preliminares. Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 28 de noviembre de 2012 Serie C No. 257. Párr. 147 y 148.

[62] Numeral 12 del apartado de notas.

se contribuye a la protección de la salud y de la integridad personal de las mujeres.[63]

153. En el presente caso, si bien MR3EA1 asentó en su "Nota de Valoración Preanestésica" que V1 tenía una cesárea programada de manera electiva *"(…) más colocación de Dispositivo intrauterino (…)"*, MR4GO1 colocó el mismo[64] sin que V1 hubiese otorgado su consentimiento dado que en el documento denominado "Consentimiento Informado en Planificación Familiar" no obra el nombre, firma o huella digital de V1 por lo que de las constancias que obran en el expediente de queja esta Comisión Nacional advierte que no se garantizó el derecho al consentimiento libre e informado de conformidad con los estándares nacionales e internacionales en la materia.

154. La colocación del DIU está prevista en el numeral 4 de la NOM 005-SSA2-1993 que señala: *"De los servicios de planificación familiar"*, como *"[…] la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente (…)".*

155. AR3 omitió supervisar a MR4GO1 para que este último observara la normatividad aplicable en este tipo de procedimientos, es por ello que se actualiza el contenido del artículo 7 del RPM-IMSS y se contravino lo dispuesto en los numerales 1, 5.1.1, 5.3, 5.4.2.3, 5.4.4 y 6.4.8 de la citada norma oficial, que indican que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los

[63] Párrafo 92 del documento "Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos", aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de junio de 2010, párrafo 92.

[64] De acuerdo con Nota de Enfermería de SP3 en la que se indica que: *"(…) realizan revisión de cavidad, se coloca DIU (…)"*,

individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos.

156. Asimismo se menciona en la NOM-005-SSA2-1993, que la planificación familiar se debe ofrecer con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad; que los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población; que debe proporcionarse a hombres y mujeres información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo; que la consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta, que los consejeros, al proporcionar información sobre planificación familiar deben tomar en cuenta los elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir la información en forma clara y accesible, que la consejería no debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional; y que el DIU debe ser aplicado después de proporcionar consejería.

157. Con la omisión de supervisión a MR4GO1, AR3 incumplió los artículos 51 y 67 de la Ley General de Salud, vigentes el día que le fue colocado el DIU a V1, que establecen el derecho de los usuarios de los servicios de salud a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable; que en lo relativo a la planificación familiar se debía incluir una correcta información anticonceptiva, que debía ser oportuna, eficaz y completa a la pareja; que los mencionados servicios de planificación familiar son medios para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

158. Los procedimientos médicos anticonceptivos, sin consentimiento de las pacientes, son una forma de violencia obstétrica como se explica en el apartado correspondiente.

A.4) Conclusión respecto del derecho a la protección de la salud de V1.

159. Una vez analizadas las evidencias del expediente de queja, es posible concluir que personal médico del HRO 66 vulneró el derecho a la protección de la salud de V1.

160. El personal médico del HRO 66, debió considerar el estado integral de la paciente V1 y realizar adecuados interrogatorios y estudios médicos para diagnosticarla con embarazo de alto riesgo por sus antecedentes de preeclampsia de su primer embarazo, calificar el riesgo obstétrico, atender la plaquetopenia, la enfermedad sistémica grave más no incapacitante, el descontrol hipertensivo que

presentó, derivarla a un hospital de tercer nivel oportunamente, realizar el procedimiento anestésico bloqueo peridural y los controles prenatales con personal profesional y no en formación, brindar atención y monitoreo médicos después de la punción accidental de la duramadre y la cesárea, monitorear la frecuencia cardíaca fetal, dar indicaciones para el suministro de los medicamentos que se requerían, establecer el diagnóstico de la cefalopelvimetría con criterios clínicos, de laboratorio o gabinete que lo justificasen, dar la atención debida y realizar una valoración previa al traslado de V1 al HGZ-1, situaciones que vulneraron lo previsto en el numeral 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

161. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR16 adscritos al HRO 66 son responsables por la inadecuada atención médica que derivó en la afectación a la salud y pérdida de la vida de V1, derechos contenidos en los artículos 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3°, fracción IV, 23, 27, fracciones III, y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, 61, primer párrafo, fracciones I y II; 61 Bis, 67, 77 bis 1, 77 bis 37, fracción XII y 84 de la Ley General de Salud; 24 de la Ley General de Educación; 8°, fracciones I y II, 9, 21, 26, 48, 70 fracción I, 72 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 7, 8, 90 y 92 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS; VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 10.2, 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos

Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10, inciso h), 12.1, 12.2, 16, inciso e) de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; los puntos 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.6, 5.2.2, 5.3.2, 5.3.2.1, 5.4, 5.4.1.1, 5.4.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993; los puntos, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.14, 6, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5, 6.1.6, 6.2.6, 8, 8.1, 8.1.2, 8.1.3, 8.1.4, 8.2, 8.3, 8.4, 8.7, 8.8, 8.8.1, 8.8.2, 8.8.3, 8.8.4, 8.8.5, 8.8.6, 8.8.7, 8.8.10, 8.8.11, 8.8.12, 8.8.14, 8.8.16 y 8.8.17 de la NOM-004-SSA3-2012; 5.2, 5.4, 6.1, 6.1.3, 6.1.4, 8, 8.6, 8.7, 8.9, 8.12, 9, 9.1, 9.2, 10, 11, 12, 12.2, 12.3.2, 12.3.2.8, 12.3.2.9, 12.4.4.4, 12.5, 12.5.1, 12.5.2, 12.5.3, 12.5.4, 12.5.5, 12.5.6, 12.5.7, 12.6, 14, 14.2.1, 14.2.3, 14.2.4 y 14.2.5, NOM-006-SSA3-2011; los puntos 4.7.1.8 y 4.7.2.5 de la NOM-237-SSA1-2004; los puntos 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5 , 11 y 11.4 NOM-001-SSA3-2012; los numerales 1, 5.1.1, 5.3 inciso c), 5.4.2.3, 5.4.4 y 6.4.8 de la NOM-005-SSA2-1993; tercero, fracción XIII del Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Salud; las Bases 20a. fracción III y 23a. fracción V de las Bases para la Instrumentación del Servicio Social de Profesiones para la Salud; el número 2, párrafo tercero del Lineamiento Técnico para la Cesárea Segura; la Guía Práctica Clínica: Preeclampsia-Eclampsia; la Guía Práctica Clínica. Control Prenatal en Enfoque de Riesgo; la Guía de Referencia Rápida, Vigilancia y Manejo del Parto y Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y la Guía de Referencia Rápida Valoración Perioperatoria en la Cirugía no Cardíaca en el Adulto.

162. En los instrumentos internacionales citados en el párrafo anterior, se señala la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al

disfrute de un servicio médico de calidad, especialmente de las mujeres en estado de gravidez, el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, entre las que debe figurar la reducción de la mortalidad materna.

A.5) Atención médica brindada a V2 en el HRO 66 del IMSS en Oaxaca, el 15 y 16 de marzo de 2013.

163. Este Organismo Nacional señala que la atención médica brindada a V2 en el HRO 66 del IMSS en Oaxaca, los días 15 y 16 de marzo de 2013 fue adecuada de acuerdo a la opinión emitida por los expertos de este Organismo Nacional, dado que el primero de los mencionados días, y una vez que se obtuvo a V2, se le brindaron: *"(…) de inmediato maniobras básicas y de reanimación, proporcionándole fuente de calor con adecuada respuesta, realizándole somatometría, calificación de Apgar (…) cuidados de cordón umbilical (…) profilaxis oftalmológica y antihemorragipara* (sic) *comprobando permeabilidad de orificios naturales explorándolo físicamente descartando malformaciones congénitas al nacimiento, indicando su ingreso a neonatos (…) fórmula para la lactancia materna (…) vigilancia estrecha de la eutermia, del estado hemodinámico y neurológico* [y] *cuidados de muñón umbilical (…)"*. Para el 16 de marzo de 2013, se reportó a V2 con evolución estable por lo que fue egresado del HRO 66 con indicaciones de alimentación al seno materno, toma de tamiz en su unidad médica, aplicación de vacunas del recién nacido al segundo día, y acudir a consulta para revisión médica, los días 7, 14, 28 y 42, con cita abierta a urgencias en caso de fiebre, vómito, evacuaciones líquidas o intolerancia a la vía oral.

164. No obstante lo anterior, los peritos expertos de este Organismo Nacional indicaron que AR14 y AR15 incumplieron con los puntos 5.10 y 5.22 la NOM-004-SSA3-2012 al omitir la primera, escribir su nombre completo, matrícula y especialidad, y la segunda, su nombre completo y especialidad.

A.6) Derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica de V1 y V2. Inadecuada integración del expediente clínico.

165. Del "Informe de Atención Médica" de AR5, la Nota de Enfermería e Informe de SP3, la "Lista de Verificación de Procedimiento Quirúrgico" suscrita por AR2, MR4GO1, AR11 y personal de enfermería que no anotó su nombre y la "Carta de Consentimiento bajo Información (Procedimientos Anestésico) elaborada por MR3EA1, se desprende que V1 fue sometida el 15 de marzo de 2013 aproximadamente a las 8:25 horas, a un bloqueo peridural realizado por MR3EA1; a un segundo proceso de anestesia general realizado por AR2 a las 11:08 horas de ese mismo día, y a un proceso quirúrgico de cesárea realizado por MR4GO1.

166. En la opinión de los expertos de este Organismo Nacional, AR1, MPSS1, MPSS2 y MR3MEA1 actuaron *"(…) sin un adecuado protocolo de estudio, sin valoración multidisciplinaria por médicos de base, especialistas en medicina interna, hematología, anestesia, con riesgo anestésico alto y sin criterios absolutos de cesárea se intervino* [a V1]*"*, además dichos expertos indicaron que no existe evidencia en el expediente clínico de V1, de la solicitud de ingreso a quirófano, de las notas de anestesiología, médica transquirúrgica o postquirúrgica, indicaciones médicas, partograma o nota de enfermería en el transquirúrgico, y si bien AR5 en su "Informe de Atención Médica" hizo mención a: Narración de Hechos *hrs Nota Prequirúrgica*

Obstétrica de R4 Ginecología y Obstetricia (…) [redacted] *hrs Nota Obstetricia R4 Ginecología y Obstetricia (…)* [redacted] *hrs Nota Obstetricia R4 GO (…) Segunda Nota Transanestésica (…)",* todas del 15 de marzo de 2013, no especificó el nombre del o los médicos que atendieron a V1, además de que las mismas no fueron remitidas a este Organismo Nacional.

167. Por lo anterior, AR1, AR2 y AR11 y AR3 y AR9 (estos últimos al no supervisar a MR4GO1 y MR3EA1) incumplieron con lo establecido en el artículo 8 del RPM-IMSS dado que debieron dejar constancia en el expediente clínico de los servicios y atenciones proporcionados a V1, situación por la que también infringieron los numerales 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.14, 6, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5, 6.1.6, 8, 8.1, 8.1.2, 8.1.3, 8.1.4, 8.2, 8.3, 8.7, 8.8, 8.8.1, 8.8.2, 8.8.3, 8.8.4, 8.8.5, 8.8.6, 8.8.7, 8.8.10, 8.8.11, 8.8.12, 8.8.14, 8.8.15, 8.8.16 y 8.8.17 de la NOM-004-SSA3-2012[65], los cuales definen los elementos que deben contener las notas médicas, pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico y post-operatorias, la fecha y la hora en que se otorgó el servicio y el médico que las elaboró, cada vez que proporcionó atención a la paciente, y AR11 incumplió con los puntos 9 y 10 de la citada norma oficial y el segundo párrafo del artículo 7 del RPM-IMSS, al no elaborar –como enfermero circulante (personal profesional y técnico)-, la nota de enfermería en el transquirúrgico.

168. AR1, AR2, AR3 y AR9 infringieron, la NOM-006-SSA3-2011[66] dado que al no contarse con las notas anteriormente señaladas, se desconoce la atención que prestaron a la paciente, por lo que inobservaron el punto 5.2 que dispone: *"Las*

[65] Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 15 de octubre de 2012.

[66] Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 23 de marzo de 2012.

disposiciones para la práctica de la anestesiología a que se refiere esta norma, deberán ser cumplidas por el médico especialista en anestesiología (…)", el diverso 8.9 del mismo ordenamiento dispone: *"Registrar el proceso anestésico en las hojas correspondientes e incorporarlas en el expediente clínico del paciente, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana (…)"*; el punto 10, relativo a los lineamientos para el manejo trans-anestésico, el numeral 11 que se refiere a la: *"Documentación del proceso anestésico"*; el 12 de los *"Lineamientos para el cuidado post-anestésico quirúrgico"*; el 12.2 que señala: *"La supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano"*; el punto 12.3.2.8 que señala: *"Contar con hoja de registro anestésico, con información adecuada y suficiente"*; el 12.4.4.4 que señala: *"Indicar por escrito los fármacos y medicamentos, dosis y cuidados que se deben proporcionar al paciente"*; 12.5 que refiere que: *"La nota post-anestésica la elaborará el médico que administró la anestesia y debe contener (…)".*

169. Además, AR2 y AR9 infringieron de la NOM-006-SSA3-2011, los puntos 12.5.1, 12.5.2, 12.5.3, 12.5.4, 12.5.5, 12.5.6, 12.5.7 y 12.6, por lo que hace a las obligaciones del anestesiólogo respecto a la técnica anestésica utilizada, los fármacos y medicamentos administrados, duración de la anestesia, contingencias, accidentes e incidentes atribuibles a la anestesia, balance hídrico, estado clínico de V1 a su egreso del quirófano, plan de manejo y tratamiento inmediato, protocolo de analgesia, control de signos y síntomas asociados a la anestesia, así como a la elaboración y firma de la nota de alta o egreso del área de recuperación.

170. Asimismo, AR2, AR3 y AR11 incumplieron el punto 14.2.4 de la norma oficial antes mencionada, ya que no documentaron en el expediente clínico de V1 el procedimiento de anestesia general realizado para la cesárea, así como las notas pre y post anestésicas y las de enfermería en este lapso.

171. Sobre el particular, la sentencia del caso "*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*", emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, hace referencia a la relevancia de un *"expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades".*[67]

172. Al decir de los expertos en medicina de esta Comisión Nacional, los médicos que atendieron a V1 el 15 de marzo de 2015 con motivo de los procesos anestésicos (bloqueo peridural y anestesia general) y cesárea AR1, AR2, AR3, AR9 y AR11 omitieron integrar un expediente de manera adecuada y al no elaborar las notas, las indicaciones afectaron directamente el estado clínico materno-fetal de manera negativa, toda vez que debido a la falta de ellas, no es posible conocer la verdad respecto del estado clínico en que ingresó y egresó V1. Por lo tanto, V1 con embarazo de alto riesgo, presentó una evolución de la cual se desconoce su lapso de duración o variaciones, así como el tipo de atención y qué médicos o especialistas la atendieron durante su estancia en el HRO 66 con motivo de los eventos antes mencionados.

[67] *"Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador". Fondo Reparaciones y Costas.* Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171. Párrafo 68.

173. Asimismo, al no existir los registros de enfermería en el transquirúrgico de AR11 no se puede conocer la aplicación de los medicamentos o soluciones indicadas a V1 en este lapso, y si éstas fueron correctas, por lo que las documentales antes referidas eran importantes para vigilar el estado de salud de la paciente y atender sus necesidades, por ello, se afectó el derecho a la verdad de V1 con motivo de la deficiente integración del expediente clínico al desconocerse el número de atenciones médicas y el manejo que se le brindó.

174. Asimismo, los expertos de este Organismo Nacional indicaron que *"en consecuencia y como era de esperarse derivado de todas las omisiones ya señaladas* [V1] *con embarazo de alto riesgo, sin protocolo de estudio para plaquetopenia, sin valoración preoperatoria multidisciplinaria, sin criterios absolutos para cesárea, con punción accidental de la duramadre, sin manejo y vigilancia estrecha por parte de médicos especialistas como era lo obligado dado su condición;* [el 15 de marzo de 2013] *a las* [redacted] [V1] *presentó paro cardiorrespiratorio (…)"*, sin que pudiera establecerse el tiempo en que se revirtió el mismo o cuál fue su manejo médico ya que no obran en el expediente clínico constancias que lo señalen, por lo que AR2 y AR3 incumplieron con lo establecido en el artículo 8 del RPM-IMSS dado que debieron dejar constancia en el expediente clínico de la atención proporcionada a V1 al presentar paro cardiorrespiratorio, por lo que también infringieron los numerales 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.14, 6, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5, 6.1.6, 8, 8.1, 8.1.2, 8.1.3, 8.1.4, 8.2, 8.3, 8.7, 8.8, 8.8.1, 8.8.2, 8.8.3, 8.8.4, 8.8.5, 8.8.6, 8.8.7, 8.8.10, 8.8.11, 8.8.12, 8.8.14, 8.8.16 y 8.8.17 de la NOM-004-SSA3-2012, los cuales definen los elementos que deben contener las notas médicas, pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico y post-operatorias, la fecha y la hora en que se otorgó el

servicio y el médico que las elaboró, cada vez que proporcionó atención a la paciente.

175. Además infringieron la NOM-006-SSA3-2011 toda vez que al no contarse con las notas anteriormente señaladas, se desconoce la atención que prestaron a V1, por lo que inobservaron los puntos 5.2, 8.9, 10, 11, 12, 12.2, 12.3.2.8, 12.4.4.4, 12.5, 12.5.1, 12.5.2, 12.5.3, 12.5.4, 12.5.5, 12.5.6, 12.5.7 y 12.6, respecto a los lineamientos para la práctica de la anestesiología que debían observar AR2 y AR3 con el fin de conocer la verdad respecto a la atención médica proporcionada a V1 durante el paro cardiorrespiratorio que presentó y que debieron registrarse en su expediente clínico.

176. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional también se advierte que en las notas médicas de la atención brindada a V1 en el HRO 66 y el HGZ-1, AR2, AR7, AR8, AR11, AR14 y AR15 omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango, matrícula o especialidad del médico tratante, datos de personal de enfermería y, en algunos casos, los datos asentados son ilegibles y presentan abreviaturas, por lo que también infringieron el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece: *"Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (…) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables",* así como el diverso 5.11 de la citada norma que indica: *"Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (…)".*

177. Respecto a la atención de V2, los peritos expertos de este Organismo Nacional indicaron que si bien V2 recibió una adecuada atención médica en el HRO 66, AR14 y AR15 omitieron escribir su nombre completo y especialidad, y AR14 además su matrícula, por lo que incumplieron también el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, y el diverso 5.11 de la citada norma.

178. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 44/2015, 52/2015, 8/2016, 12/2016, 14/2016, 26/2016, 27/2016 y 31/2016 en las que se señalaron, precisamente, 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 los usuarios de los servicios médicos. A pesar de las Recomendaciones emitidas, 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 los usuarios, que se traduce en la satisfacción del derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte

de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

B) DERECHO A LA VIDA DE V1.

179. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfruta de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

180. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

181. En este apartado se analizará la vulneración al derecho a la vida de V1, derivada de la atención médica brindada en el HRO 66.

B.1) Atención Médica que se brindó a V1 en el HRO 66 de Oaxaca del IMSS.

182. En el HGZ-1 fue confirmado el "*(…) Infarto hemorrágico en cerebelo derecho, hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraventicular (cuarto ventrículo) hidrocefalia"* que presentaba V1, diagnóstico que como ya se dijo, en opinión de los peritos de esta Comisión Nacional: *"(…) fueron consecuencia de las complicaciones de la punción accidental de la duramadre, durante el bloqueo peridural* [que intentó realizar MR3EA1, sin la supervisión de un médico adscrito AR9] *que tuvo una duración de 43 minutos, según consta en la* [Nota de Enfermería de SP3] *(…)"*, además esto en criterio de los referido expertos: *"(…) condicionó la pérdida excesiva de líquido cefalorraquídeo que conlleva una hipotensión intracraneal con tracción de las venas intracraneales y la subsecuente hemorragia (…)"*, complicaciones todas graves y que a pesar de ser advertidas por los médicos tratantes arriba indicados, no fueron valoradas o manejadas adecuada y oportunamente en el HRO 66, lo que derivó en la pérdida de la vida de V1 y con ello se contravino lo previsto en el numeral 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

B.2) Conclusión respecto del derecho a la vida de V1.

183. Al no brindar una atención médica adecuada a V1, esto derivó en la afectación y pérdida de su vida, responsabilidad que de conformidad con las constancias que obran en el expediente, es atribuible al personal médico que proporcionó atención a V1 en el HRO 66 del IMSS.

184. De todo lo expuesto, AR2, AR4, AR5 y AR6 adscritos al HRO 66 de Oaxaca del IMSS, vulneraron el derecho a la protección a la vida de V1, contenido en los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, considerando además que las acciones y omisiones de MR3EA1, sin la supervisión del médico de base o adscrito AR9, fueron fundamentales en las complicaciones de V1 que derivaron en la pérdida de la vida.

C). DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA (OBSTÉTRICA) EN AGRAVIO DE V1 Y DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL.

185. De las evidencias descritas se advierte que la indebida atención a V1, por no calificar el riesgo obstétrico y el embarazo de alto riesgo, no atender el control hipertensivo, la plaquetopenia o la enfermedad sistémica grave pero no incapacitante que V1 presentó, el diagnóstico de enfermedades como la cefalopelvimetría sin contar con los criterios clínicos, de laboratorio o gabinete que los justificara, la atención, elaboración de diagnósticos, ejecución de procedimiento de anestesiología por un médico en formación y no por médicos titulares o de base adscritos con experiencia o especialistas, la omisión del traslado oportuno y preventivo de V1 a hospital de tercer nivel, así como la falta de manejo médico después de la punción de la duramadre, la realización de la cesárea sin contar con datos que contraindicaran una prueba de trabajo de parto, ya que debió privilegiarse éste y no exponer a V1 a un riesgo anestésico innecesario con la práctica de la cesárea, así como la colocación de un dispositivo intrauterino sin garantizar el derecho al consentimiento libre e informado de V1, se

traduce en violencia institucional y obstétrica por parte de AR1, AR2, AR4, AR5 y AR6 adscritos al HRO 66 del IMSS, pues en términos de 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, tienen la obligación de evitar *" (…) dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como (…) prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia*", entre ellas, la obstétrica y debieron aplicar "*las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres*".

186. En el presente caso se actualiza la violencia obstétrica en su modalidad física, que se configura cuando *"se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (…) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico".*[68]

187. La Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: "*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 la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan*

[68] Medina, Graciela, "Violencia Obstétrica", en Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009.

amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto".[69]

188. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional en el documento "*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*"[70], publicado en 2014, declaró -respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud- 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 (…)* [e]*xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo*."

[69] Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 47.

[70] Declaración de la OMS: "Prevención y erradicación de la falta y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud", (2014), sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1, visitado el día 19 de mayo de 2016.

189. La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, aunque de hecho es una concepción jurídica reciente. Venezuela fue el primer país en el mundo que la incorporó a su legislación en 2007. En México se encuentra incorporada a partir de 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz (Artículo 7, fracción VI); en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas (Artículo 6, fracción VII); en 2010 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato (Artículo 5, fracción VIII); en 2011 en la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia para el Estado de Durango (Artículo 6, fracción III); y en 2014 en la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (Artículo 5, fracción VI), la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo (Artículo 5, fracción VII) y la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas (Artículo 3, inciso f).

190. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los

procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.

191. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.

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

193. Al considerar los diversos conceptos que existen en las diversas leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia citadas y lo establecido por la OMS, se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la

salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llega a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.

194. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso, implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud materna. Lo anterior se robustece con la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; *"brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas"*, y *"asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres"*.

195. En los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar

la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), se establece el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

196. Los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señalan que: *"Los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a servicios de atención médica"*, garantizando *"a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto".*

197. Respecto de los hechos que constituyeron violación obstétrica, se advierte que el personal médico del HRO 66 cometió violencia obstétrica en su dimensión física, al haber brindado una atención médica inadecuada a V1, lo que además transgredió su derecho a la integridad personal, ya que derivado de la mala atención médica, V1 perdió la vida, por lo que, en su conjunto, las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR4, AR5 y AR6, sin dejar de considerar las participaciones de MPSS1, MPSS2, MR3MF1, MR3EA1 y MR4GO1, sin la supervisión correspondiente de AR3, AR9, AR10, AR12, AR13 y AR16 adscritos al HRO 66 del IMSS se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de V1.

D). TRATO DIGNO.

198. El derecho al trato digno "*es la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico*".[71] En el presente caso, se advierte que éste se vulneró en agravio de V1, quien a pesar de que presentó un embarazo de alto riesgo, dolor obstétrico, antecedentes de preeclampsia de su primer embarazo, hipertensión arterial, punción accidental de la duramadre, los que constituyeron riesgo obstétrico, fueron desestimados por AR1, AR2, AR4, AR5 y AR6 lo cual derivó en la pérdida de su vida, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en su estado de salud, pues incluso fue atendida por médicos en formación como MPSS1, MPSS2, MR3FM1, MR3EA1 y MR4GO1, sin la supervisión de médicos adscritos o de base AR3, AR9, AR10, AR12, AR13 y AR16. Los referidos médicos incumplieron el ordinal 48 del RLGS-MPSAM que puntualiza: *"Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales (…)",* relacionado con el diverso 43 del RPM-IMSS que precisa: *"El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente (…)"*.

199. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR12, AR13 y AR16 vulneraron el derecho al trato digno en agravio de V1, ya que eran

[71] Soberanes Fernández, José Luis (2008), Coordinador del "Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos". México, Editorial Porrúa/CNDH, 2008, pág. 273.

garantes de la atención que debía proporcionarse a la víctima implementando medidas tanto preventivas como curativas en los términos del artículo 33, fracciones I y II, de la LGS, que en términos generales establece que "*Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica";* y "*II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno";* mientras que el artículo 61 Bis dispone que "T*oda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (…), con estricto respeto de sus derechos humanos"*, dado que los médicos que atendieron a V1 no diagnosticaron oportunamente el embarazo de alto riesgo con el fin de remitirla al siguiente nivel de atención, no fue atendida por médicos especializados sino en formación, sin la supervisión de médicos adscritos, y no recibió la atención médica adecuada y oportuna ante la urgencia obstétrica que presentaba provocada por la punción de la duramadre, lo que trajo como consecuencia las complicaciones que derivaron en la pérdida de la vida de V1.

E. RESPONSABILIDAD.

200. En términos de lo expuesto, se acreditó por este Organismo Nacional que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 transgredieron las obligaciones contenidas en los artículo 8°, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el

incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

201. Por lo anterior, y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Mexicana; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo, y 73, 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 este Organismo Nacional, en ejercicio de sus funciones presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 por las responsabilidades administrativas precisadas; y se formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR2, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V1, que derivó en la pérdida de su vida.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

202. Es cierto que 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 1°, 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, prevén la posibilidad de que, al evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un

servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se 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.

203. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 6, fracción VI, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 88, fracciones II y XXIII, 96, 97, fracción II, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; 10, inciso b) 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, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por violencia obstétrica, inadecuada atención médica y trato indigno que derivó en la pérdida de la vida de V1, se deberá inscribir a V2, V3, Q1-V4, Q2-V5 y V6 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está 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 la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

204. 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"[72], 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.

205. 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."*[73]

I. Daño al proyecto de vida

206. En el presente caso, los actos y omisiones de los servidores públicos mencionados, causaron un daño al proyecto de vida de Q1-V4, Q2-V5, V2, V3 y V6 puesto que la pérdida de V1 originó un menoscabo de su desarrollo personal y

[72] Adoptados por la ONU el 16 de diciembre de 2005.

[73] Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

familiar, puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accederían a las mismas como Estado civil (Q1-V4), Parentesco (Q2-V5 y V6) parentesco (V2 y V3). Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió *"el proyecto de vida"* como "(…) *la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial."*[74]

II. Rehabilitación

207. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a Q1-V4, Q2-V5, V2, V3 y V6 la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género a fin de contrarrestar el sufrimiento derivado de la muerte de V1. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa, clara y suficiente. Los tratamientos deben proporcionarse por

[74] Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), "*Caso Loayza Tamayo vs. Perú*", párrafos 147 y 148.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

208. No pasa desapercibido por este Organismo Nacional, que por resolución del 1º de junio de 2015, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del mismo Instituto, resolvió en los Acuerdos *"TERCERO: La atención médica para beneficiarios hijos se otorgará con base en la Ley del Seguro Social"* y *"Octavo: Otórguese la atención psicológica a* parentesco [redacted] [V1] *hasta obtener su máximo beneficio"*; por lo que deberá darse cumplimiento.

III. Satisfacción

209. En el presente caso, la satisfacción consiste en las investigaciones que se deberán iniciar las autoridades recomendadas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, que derivó en la pérdida de su vida.

IV. Garantías de no repetición

210. Éstas 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 debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

211. Al respecto, mediante resolución de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del mismo Instituto, se resolvió procedente: *"SEXTO.- Respecto de la solicitud de atención médica adecuada en todas las unidades médicas, el presente caso deberán difundirlo las Autoridades Delegacionales del Programa IMSS Prospera a las unidades médicas a fin de evitar que casos como el presente se repitan"*.

212. De igual forma, el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS informó a esta Comisión Nacional, que el Director del HRO 66 había instruido al personal relacionado con la atención y vigilancia de las pacientes de ginecobstetricia apegarse a la normatividad vigente en relación a la atención del parto como una necesidad de brindar atención a las mujeres en estado prenatal, con un trato digno y de calidad, además de proporcionar las guías, procedimientos y remitir las minutas de trabajo de cursos en los que se trataron diversos temas referentes a la atención obstétrica de las derechohabientes, así como las listas del personal adscrito que recibió capacitación en materia atención del embarazo normal del parto puerperio fisiológico, de diagnóstico y tratamiento de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, métodos de planificación familiar (criterios de elegibilidad) temporales y permanente, vigilancia y manejo del parto, hemorragia obstétrica, lactancia materna, expediente clínico, reintegración del equipo de respuesta inmediata en emergencia obstétrica, criterios de elegibilidad de M.P.F. (Método de Planificación Familiar), relativo a la *"NOM-004 y NOM-006* (sic)", mortandad materna, atención y vigilancia de trabajo de parto, atención de parto, preeclampsia y eclampsia y de vigilancia de puerperio.

213. Además, es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal y derechos reproductivos a todo el personal del referido HRO 66, en los términos de los puntos recomendatorios, asimismo, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en la presente Recomendación, con su correspondiente actualización, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por especialistas con suficiente experiencia en derechos humanos de las mujeres embarazadas.

214. De igual forma, el contenido de los cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad por el personal del citado nosocomio.

215. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HRO 66, en la que se les requiera 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, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente. 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 LGS, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de la referida Ley.

V. Compensación.

216. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea éste material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la Corte Interamericana de Derechos Humanos, comprende: *"(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia"*.[75]

217. En la sentencia del caso "*González y Otras ("Campo Algodonero") vs. México"*, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, hace referencia a que el daño inmaterial puede ser reparado de diversas formas[76]: *"(…) No obstante la Corte estima pertinente determinar el pago de una compensación por concepto de daños inmateriales a favor de los familiares de las jóvenes (…) considerados víctimas (…)."*[77].

218. La Ley General de Víctimas en su artículo 64, fracción II, define al daño moral como: *"aquellos efectos nocivos de los hechos del caso que no tienen carácter económico o patrimonial y no pueden ser tasados en términos monetarios. El daño moral comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas*

---

[75] *"Caso Palamara Iribarne Vs. Chile". Fondo Reparaciones y Costas.* Sentencia de 22 de noviembre de 2005, Párrafo 244.

[76] Mediante: *"(…) la realización de actos u obras de alcance o repercusión públicos, que tengan como efecto el reconocimiento de la dignidad de la víctima y evitar que vuelvan a ocurrir violaciones de los derechos humanos". Caso Anzualdo Castro Vs. Perú. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y costas.* Sentencia de 22 de Septiembre de 2009. Serie C No. 202, párr.61.

[77] Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Párrafos 578 y 579.

directas e indirectas, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y toda perturbación que no sea susceptible de medición pecuniaria".

219. Conforme al artículo 64: *"La compensación se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de (…) la violación de derechos humanos (…) Estos perjuicios, sufrimientos y pérdidas incluirán, entre otros y como mínimo: I. La reparación del daño sufrido en la integridad física de la víctima; II. La reparación del daño moral sufrido por la víctima o las personas con derecho a la reparación integral (…)".*

220. No pasa desapercibido por esta Comisión Nacional que el 1º de junio de 2015, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS resolvió en el Acuerdo Primero y Segundo que: *"PRIMERO.- Con base en la investigación médica, la queja se declara 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 indemnización (…) que será entregada a quien demuestre su legítimo derecho previa firma de convenio y documento finiquito (…)"* no obstante, al momento de la emisión de la presente Recomendación no existe constancia de que se haya realizado pago alguno a las víctimas. Aunado a que tal monto indemnizatorio es independiente de la compensación por daño moral referida en los párrafos anteriores; al respecto, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, señaló en el punto *"Cuarto.- Esta Comisión no está facultada para resolver el pago de daño inmaterial (…)"*; sin embargo, la naturaleza inmaterial del daño moral es diferente a los daños o perjuicios derivados de lo que la doctrina y la ley

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

denominan responsabilidad objetiva[78], por lo que es procedente el pago del daño moral, para una efectiva reparación integral del daño.

221. Asimismo, este Organismo Nacional considera que el citado Acuerdo Cuarto vulneró los derechos humanos de V1, V3, Q1-V4, Q2-V5 y V6 dado que el IMSS al emitir su resolución, no tomó en cuenta el párrafo segundo del artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone: *"Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia."*

222. Además, los derechos humanos: *"(…) son atributos inherentes a la dignidad humana superiores al poder el Estado (…)"*[79], por lo que dicha Comisión al emitir su resolución debió observar el principio pro persona el que: *"(…) es un criterio*

[78] "*DAÑO MORAL. FUNDAMENTACIÓN DE SU CUANTIFICACIÓN. A diferencia de los daños y perjuicios de naturaleza material causado según las circunstancias a que se aluden en el artículo 1913 del Código Civil para el Distrito Federal, que deben repararse a elección de la víctima u ofendido restableciendo el estado de cosas que tenían antes de la causación del daño cuando ello sea posible o en el pago en dinero equivalente a los daños y perjuicios causados o bien, en la hipótesis de que el daño recaiga en las personas y produzca la muerte o incapacidad total o permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo que dispone la Ley Federal del Trabajo en su parte relativa, porque así lo dispone expresamente el segundo párrafo del artículo 1915 de dicho ordenamiento sustantivo, la reparación del daño moral que define e instituye el primer párrafo del artículo 1916 del Código Civil citado, debe hacerse de acuerdo a las prevenciones contenidas en los diversos párrafos de dicho artículo y, específicamente, en lo que concierne al monto de la indemnización, de acuerdo a la disposición contenida en el cuarto párrafo de dicho artículo. La anterior determinación se fundamenta en la naturaleza inmaterial del daño moral que es diferente a los daños o perjuicios derivados de lo que la doctrina y la ley denominan responsabilidad objetiva. Por eso la ley estableció la procedencia de la indemnización pecuniaria tratándose de la causación de los daños morales, independientemente de las circunstancias de que se hayan causado o no daños materiales, es decir, instituyó la autonomía del daño moral a que se ha hecho referencia."* Época: Octava Época. Registro: 223193. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo VII, Abril de 1991. Materia(s): Civil. Tesis: I.3o.C. 346 C. Página: 169.

[79] Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, SCJN, Fundación Konrad Adenauer, 2013, *Estándares sobre principios generales*, pp. 2-3.

hermenéutico que obliga a la interpretación extensiva de la norma cuando se trata de reconocer derechos protegidos e, inversamente, a la restringida cuando se determinan limitaciones permanentes a su ejercicio o su suspensión extraordinaria. En caso de que exista una diferencia entre el alcance o la protección reconocida en las normas de estas distintas fuentes, deberá prevalecer aquella que represente una mayor protección para la persona o que implique una menor restricción (…)".[80]

223. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que: *"(…) en caso de que exista una diferencia entre el alcance o la protección reconocida en las normas de estas distintas fuentes, deberá prevalecer aquella que represente una mayor protección para la persona o que implique una menor restricción (…)".*[81]

224. En consecuencia, el IMSS al resolver sobre el pago de indemnización por daño inmaterial debió interpretar de manera amplia la Ley General de Víctimas de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1º de la Constitución Federal.

225. Al haberse acreditado violaciones de derechos humanos cometidas en agravio de V1 y de las víctimas indirectas por parte del personal médico del HRO 66, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación por el daño moral a Q1-V4, Q2-V5, V2, V3 y V6, en los términos

[80] Ibídem.

[81] Época: Décima Época. Registro: 2002000. Instancia: Primera Sala. Tipo: Jurisprudencia. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XIII, octubre de 2012, Tomo 2. Materia(s): Constitucional. Tesis: 1a./J. 107/2012 (10a.). Página: 7909. PRINCIPIO PRO PERSONA. CRITERIO DE SELECCIÓN DE LA NORMA DE DERECHO FUNDAMENAL APLICABLE.

que resulte procedente conforme a la Ley General de Víctimas, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, el cual deberá ser de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos.

226. 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; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente y se formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrado.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Como reparación integral del daño, se otorgue una compensación por daño moral a Q1-V4, Q2-V5, V2, V3 y V6, en los términos que resulte procedente conforme a la Ley General de Víctimas, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y se envíen a esta Comisión Nacional, las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA.- Se instruya a quien corresponda para que se dé cumplimiento a los puntos Segundo, Tercero, Sexto y Octavo de la resolución de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS de 1º de junio de 2015, y se envíen a este Organismo Nacional, las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir un curso integral de capacitación y formación a todos los servidores públicos adscritos al HRO 66, en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal y de no discriminación a la mujer embarazada que deberán impartir especialistas con suficiente experiencia en estas materias, así como sobre el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas actualizadas y guías señaladas en la presente recomendación. De igual forma, los contenidos 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 instruya que los servidores públicos de los hospitales HRO 66 y HGZ-1, 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, así como 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 a quien corresponda y se emita una circular dirigida al personal médico del HRO 66; en la que se les requiera 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, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control del IMSS, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 relacionados con los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República en contra de AR2, AR4, AR5 y AR6, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V1, que derivaron en la pérdida de su vida, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las constancias que acrediten dicha colaboración.

OCTAVA. Inscribir a V2, V3, Q1-V4, Q2-V5 y V6 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el HRO 66, se adopten las medidas necesarias para que se cuente con médicos ginecólogos, anestesiólogos, así como cirujanos de base en los diversos turnos; además de que se cumplan los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el HRO 66 de Oaxaca, se adopten las medidas necesarias para que los médicos internos, pasantes y residentes en todo momento sean supervisados por médicos titulares o de base adscritos de forma que los primeros, no realicen funciones médicas sin asesoría y supervisión del personal de base, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional en la materia, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

227. 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 servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, 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.

228. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

229. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

230. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y,

con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas, que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ