



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

RECOMENDACIÓN No. 10 /2015

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES NO. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MOTOZINTLA, CHIAPAS, AGRAVIO DE V1 Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2.

México, D.F., a 1 de abril de 2015

**DOCTOR JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos, 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos de evidencia contenidos en el expediente CNDH/5/2012/10161/Q, relacionado con la queja de V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto, en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y, vistos los siguientes:

I. HECHOS

3. El 10 de octubre de 2012, V1, mujer de 22 años de edad, con un embarazo de 37 semanas de gestación, se presentó en el Servicio de Urgencias del Hospital Rural Oportunidades No. 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en adelante IMSS, en Motozintla, Chiapas, con el antecedente de cesárea previa, reportando la presencia de polihidramnios (exceso o aumento de líquido amniótico) de 25 centímetros cúbicos.

4. Ese mismo día, V1 fue ingresada al referido nosocomio y al día siguiente, por la mañana, se le practicó una cesárea de urgencia; sin embargo, durante el procedimiento, su hijo V2 fue extraído sin vida, en tanto que a V1 se le extrajo el útero.

5. Toda vez que la atención médica que necesitaba V1 requería de manejo en Unidad de Cuidados Intensivos, después de la cirugía V1 fue trasladada al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, del IMSS en Tapachula, Chiapas, del cual egresó el 15 de octubre de 2012.

6. El 24 de octubre de 2012, V1 presentó queja ante el entonces Consejo Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas, la cual dio lugar a la integración del expediente CEDH/OJ/3879/2012 de Orientación Jurídica que, por razón de competencia, fue remitido a esta Comisión Nacional, donde se recibió el 30 de octubre del año referido.

7. Con motivo de lo anterior, se inició el expediente CNDH/5/2012/10161/Q, y el 28 de noviembre y 18 de diciembre de 2012, se solicitó información a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Oficio CEDH/VAMOT/340/2012, de 25 de octubre de 2012, recibido en este Organismo Nacional el 30 de octubre de 2012, mediante el cual el entonces Consejo Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas remitió el expediente de Orientación Jurídica CEDH/OJ/3879/2012 relativo a la queja de V1, del cual se destacan los siguientes documentos:

8.1. Póliza de Afiliación al Seguro Popular, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a nombre de V1, expedida el 24 de febrero de 2012 por el Centro de Salud de Motozintla de Mendoza, Chiapas.

8.2. Nota de Valoración de Urgencias, de 27 de septiembre de 2012, del Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, suscrita por SP6, del Área de Urgencias, en hoja blanca sin membrete, en la cual consta que V1 fue valorada en el referido nosocomio en esa fecha.

8.3. Diagnóstico de Envío, de 11 de octubre de 2012, suscrito por SP5, médico responsable y por SP7, médico directivo que autorizó, ambos del Hospital Rural Oportunidades No. 2, del IMSS en Motozintla, Chiapas, mediante el cual se ordenó el traslado de V1 al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, de Tapachula, Chiapas, del mismo IMSS.

8.4. Acta de Muerte Fetal de V2, de 12 de octubre de 2012, expedida por la Oficialía No. 01 del Registro Civil de Motozintla, Chiapas, en la cual se estableció como causa de su muerte: interrupción de la circulación materno fetal y ruptura uterina.

8.5. Orden de Inhumación de V2, con número de control 041936, de 12 de octubre de 2012, suscrita por la Oficial No. 01, del Registro Civil de Motozintla, Chiapas.

8.6. Nota de Alta de V1, de 15 de octubre de 2012, en hoja blanca, sin logotipo, ni nombre de la institución, con firma, pero sin nombre de quien la elaboró.

8.7. Acta Circunstanciada de Hechos, de 24 de octubre de 2012, elaborada por personal del entonces Consejo Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas, en la que consta la queja de V1, relacionada con la atención médica que recibió en el Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, y la pérdida de la vida de V2.

9. Oficio CEDH/VAMOT/342/2012, de 29 de octubre de 2012, con el cual el entonces Consejo Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas remitió a esta Comisión Nacional, copia del Informe de Patología del útero de V1, de 23 de octubre de 2012, de un laboratorio particular de Tapachula, Chiapas.

10. Acta Circunstanciada de Hechos, de 8 de noviembre de 2012, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que consta diligencia telefónica con V1.

11. Oficios 715 y 758, de 28 de noviembre y 18 de diciembre de 2012, mediante los cuales este Organismo Nacional solicitó información relacionada con los hechos motivo de la queja, a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente, del IMSS.

12. Oficio 09521746B0/845, de 18 de enero de 2013, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente, del IMSS, con el que se remitió copia de los expedientes clínicos de V1 y V2 iniciados en el Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, y en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, de Tapachula, Chiapas, ambos del IMSS, de los que destacan las siguientes constancias:

12.1. Nota de Ingreso a Urgencias, de las 16:19 horas, de 10 de octubre de 2012, elaborada por SP1, médico residente de tercer grado de medicina familiar; Nota de Revaloración de Urgencias, de las 19:00 horas, de 10 de octubre de 2012, elaborada por SP2, médico (sin especificar especialidad o grado); Nota de Evolución de Urgencias, de las 20:00 horas, Turno Nocturno, suscrita por SP3,

médico (sin especificar especialidad o grado); Nota de Medicina Quirúrgica (ginecología), de las 21:00 horas, de 10 de octubre de 2012, signada por AR1, médico ginecólogo; Notas de Hospitalización, de las 22:30 horas, de Evolución Nocturna, de las 01:00 horas y de Evolución Subsecuente, de las 05:30 horas, elaboradas por la AR2, todas en hoja blanca, sin logotipo, ni nombre de la institución.

12.2. Nota de Valoración de Cirugía General, de las 06:20 horas, sin fecha, sin que sea legible el nombre del médico, que la elaboró (SP4) en hoja blanca, sin logotipo, ni nombre de la institución.

12.3. Nota Preoperatoria del servicio de ginecoobstetricia, de las 07:27 horas y Nota Postquirúrgica, de las 10:00 horas, del 11 de octubre de 2012, elaboradas por SP5, residente de cuarto año de ginecoobstetricia, en hoja blanca, sin logotipo, ni nombre de la institución.

12.4. Partograma (representación gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto), con un primer registro de las 19:00 horas del 10 de octubre de 2012 y el último de las 06:00 horas del 11 del mismo mes y año.

12.5. Hoja de Consentimiento Bajo Información para Procedimiento, del Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, del IMSS, sin fecha, nombre completo, firma y/o especialidad del médico tratante.

12.6. Registro de Anestesia y Recuperación, del 11 de octubre de 2012, suscrito por la anesthesióloga SP8 y la médica cirujana SP5.

12.7. Informe, de 11 de diciembre de 2012, mediante el cual el director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, de Tapachula, Chiapas, describe la atención médica brindada a V1 en el referido nosocomio.

13. Actas Circunstanciadas de Hechos, de 20 de marzo, 28 de mayo y 5 de junio de 2013, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional, en las que constan diversas diligencias practicadas con V1.

14. Dos Actas Circunstanciadas de Hechos, de 9 de julio de 2013, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar gestiones realizadas ante el IMSS relativo a algunas constancias médicas del expediente clínico de V1, confeccionadas en el Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas.

15. Dictamen Médico Forense, de 19 de julio de 2013, elaborada por perito médico de esta Comisión Nacional, respecto del caso de V1 y V2.

16. Oficio 095217614621/0001737, de 21 de agosto de 2013, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, mediante el cual anexó copia del diverso 0952176146/20, del 7 de agosto de 2013, con el Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, comunicó a V1 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, resolvió el 1 de julio de 2013 reintegrarle \$3,739.80 (Tres mil setecientos treinta y nueve pesos 80/100 m.n.) por concepto de ayuda de gastos funerarios, y de que el “Titular de la Delegación involucrada deberá dar conocimiento del caso al Órgano Interno de Control.”

17. Oficio 095217614621/0001886, de 9 de septiembre de 2013, suscrito por el referido Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, con el cual se remitió oficio 0709001051100/Q.1154, de 22 de agosto de 2013, por el que la Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, de la Delegación Estatal en Chiapas (IMSS), solicitó al Área de Auditoría, Quejas y de Responsabilidades del referido Instituto, en esa entidad federativa, se dé vista de los hechos de la queja al Órgano Interno de Control Delegacional, de ese Instituto.

18. Acta Circunstanciada de Hechos, de 11 de noviembre de 2013, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que consta diligencia con T1, esposo de V1.

19. Acta Circunstanciada de Hechos, de 14 de enero de 2014, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar diligencia con T1, esposo de V1, en relación con el estado que guarda el expediente de queja y con el reembolso de los gastos funerarios, acordado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, del IMSS.

20. Acta Circunstanciada de Hechos, de 24 de febrero de 2014, en la que se hizo constar que T1 comunicó telefónicamente a personal de este Organismo Nacional que personal de la Coordinación de Atención al Derechohabiente, del IMSS, se había comunicado con él para solicitarle que, junto con V1, acudiera a las oficinas del referido Instituto para presentar diversos documentos.

21. Oficio 095217614621/0000420, de 26 de febrero de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, por el que se informó a esta Comisión Nacional que V1 presentó escrito de solicitud de indemnización, la cual estaba pendiente de resolución de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, del IMSS.

22. Acta Circunstanciada de Hechos, de 8 de abril de 2014, mediante la cual se hizo constar diligencia telefónica sostenida con T1, esposo de V1.

23. Oficio 0952176146 21/0000385 BIS, de 7 de mayo de 2014, por el que el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, del IMSS, remitió información adicional a esta Comisión Nacional.

24. Acta Circunstanciada de Hechos, de 12 de mayo de 2014, en la que consta que T1 y V1 se constituyeron en las oficinas de este Organismo Nacional, para aportar información respecto a su caso.

25. Oficio 095217614621/0873, de 19 de mayo de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, del IMSS, por el que se hacen del conocimiento de este Organismo Nacional los motivos por los que no se le han reintegrado los gastos funerarios a V1.

26. Acta Circunstanciada de Hechos, de 3 de junio de 2014, mediante el cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar comunicación telefónica con T1, quien informó, entre otros aspectos, que el 12 de mayo de 2014 V1 presentó denuncia penal ante el agente del Ministerio Público de la Federación en Tapachula, Chiapas, contra los servidores públicos del IMSS que participaron en los hechos.

27. Actas Circunstanciadas de Hechos, de 7 y 28 de julio y 13 y 18 de agosto de 2014, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar diligencias telefónicas con T1.

28. Oficio 095217614BB0/001342, de 20 de agosto de 2014, suscrito por el Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, por el que se informó a esta Comisión Nacional que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico aprobó la indemnización solicitada por V1, anexando copia de la notificación con folio 001329 del 15 de agosto de 2014, enviada V1.

29. Acta Circunstanciada de Hechos, de 23 de septiembre de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar diligencia telefónica con T1.

30. Acta Circunstanciada de Hechos, de 13 de octubre de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar diligencia telefónica con la Coordinadora Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, del IMSS en Chiapas.

31. Oficio 095217614BB1/1768, de 14 de octubre de 2014, por el cual el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, del IMSS, comunicó a esta Comisión Nacional que V1 recibió la indemnización solicitada.

32. Acta Circunstanciada de Hechos, del 1° de noviembre de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar diligencia telefónica con T1.

33. Actas Circunstanciadas de Hechos, de 18 de diciembre de 2014 y 6 de enero de 2015, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar diligencias telefónicas efectuadas con servidores públicos del Órgano Interno de Control del IMSS en Chiapas.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

34. El 10 de octubre de 2012, V1 ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas. En la mañana siguiente se le practicó una cesárea de urgencia en la cual se le extrajo el útero y a V2, sin vida; posteriormente, V1 fue trasladada al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, de Tapachula, Chiapas.

35. El 7 de marzo de 2013, se registró ante el IMSS la queja correspondiente al caso de V1 a la cual se le asignó el número de expediente EA1, y el 1 de julio de 2013, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de dicho Instituto emitió Acuerdo mediante el cual determinó que la referida queja era procedente desde el punto de vista médico, derivado de lo cual autorizó la cantidad de \$3,739.80 (Tres mil setecientos treinta y nueve pesos 80/100 m.n.), por concepto de ayuda de gastos funerarios de V2. No obstante, de las constancias que obran en el expediente no se advierten evidencias que permitan corroborar fehacientemente que se haya realizado el pago de los referidos gastos funerarios erogados por V1.

36. La citada Comisión Bipartita resolvió que los hechos de la queja debían hacerse del conocimiento de las autoridades delegacionales de ese Instituto, para que se establecieran medidas preventivas y correctivas necesarias y se diera vista de los hechos al Órgano Interno de Control; sin embargo a la fecha de emisión del presente pronunciamiento no se tiene conocimiento del inicio del procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente.

37. El 26 de febrero de 2014, V1 presentó ante el Instituto Mexicano del Seguro Social escrito de solicitud de indemnización por los hechos materia de este pronunciamiento, el cual dio lugar a la apertura del expediente EA2. Mediante Acuerdo de 29 de mayo de 2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico autorizó la indemnización y se entregó a V1 el 14 de octubre del mismo año.

38. El 12 de mayo de 2014, V1 presentó denuncia penal ante el agente del Ministerio Público de la Federación de Tapachula, Chiapas, contra los servidores públicos del IMSS que participaron en los hechos, la cual dio inicio a la averiguación previa AP1, que se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES

39. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2012/10161/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad y seguridad personal y al trato digno de V1, así como a la vida de V2, atribuibles a personal médico del Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, consistentes en negligencia médica, faltar a la legalidad, honradez y eficiencia en desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones, prestar indebidamente el servicio público y omitir proporcionar atención médica debida y oportuna, incurrir en negligencia médica y afectar al proyecto de vida, en atención a las siguientes consideraciones:

40. Del contenido de las constancias que obran en el expediente de queja y de la opinión emitida por perito médico adscrito a esta Comisión Nacional, se advierte la violación al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, mujer de 22 años de edad, en virtud de que el 10 de octubre de 2012 la víctima, quien presentaba un embarazo de 37 semanas de gestación con antecedente de cesárea previa, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, reportando la presencia de polihidramnios de 25 centímetros cúbicos.

41. En esa fecha, a las 16:19 horas, V1 fue valorada por SP1 médico residente de tercer grado de medicina familiar, encontrándola con abdomen gestante y, al tacto vaginal, con cérvix cerrado y con un producto vivo; en ese momento V2 presentaba frecuencia cardiaca fetal de 135 latidos por minuto. En consecuencia, a solicitud de SP1, V1 fue ingresada al Servicio de Urgencias para ser valorada ginecológicamente.

42. A las 19:00 horas de ese mismo día, en el referido Servicio de Urgencias, antes de la valoración ginecológica, SP2 diagnosticó a V1, encontrándola sin datos de actividad uterina y, al tacto vaginal, con cérvix dehiscente (abertura espontánea) a un dedo, lo cual implica que el cérvix abría su diámetro al paso de un dedo de la mano que explora, y a V2 con frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto. Al efecto, SP2 solicitó interconsulta a AR1, médico ginecólogo en turno, quien en ese momento se encontraba practicando una cirugía.

43. A las 20:00 horas de la misma fecha, V1 fue valorada por SP3, quien, al revisarla, corroboró que aún continuaba sin actividad uterina y con el cérvix todavía dehiscente a un dedo, ante lo cual refirió la necesidad de que fuera valorada por el médico ginecólogo. En relación con V2, SP3 registró que presentaba frecuencia cardiaca de 142 latidos por minuto.

44. Un perito médico de este Organismo Nacional señaló que del análisis de las constancias que obran en el expediente no se advierten irregularidades en el manejo médico brindado por SP1, SP2 y SP3 a V1 y V2, de las 16:19 a las 20:00

horas, del 10 de octubre de 2012; sin embargo, sí se observaron en el caso de AR1 y AR2, en atención a lo siguiente:

45. AR1 valoró a V1 a las 21:00 horas del 10 de octubre de 2012, ocasión en la que la encontró tranquila, con el cérvix todavía dehiscente a un dedo, con las membranas íntegras, sin datos de actividad uterina, y a V2 con una frecuencia cardiaca fetal de 135 latidos por minuto.

46. En atención a estos datos, AR1 dejó a V1 hospitalizada con vigilancia y con la indicación de que, en caso de que se iniciara el trabajo de parto o ante la presencia de datos de alteración del producto se avisara de inmediato al médico de guardia y al ginecológico. AR1 solicitó, también, que a la mañana siguiente, es decir, el 11 de octubre de 2012, se realizara un nuevo trazo toco cardiográfico y un ultrasonido obstétrico.

47. No obstante lo anterior, del análisis de las constancias que obran en el expediente clínico de V1, se advierte que en el Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, no se contaba con ginecólogo de guardia nocturno que pudiera brindar a V1 y a V2 una atención médica adecuada y oportuna. Esto fue advertido por el perito médico de esta Comisión Nacional quien determinó que, a pesar de encontrarse adscrito al turno vespertino, AR1 atendió a la agraviada una hora después de la hora de ingreso de los médicos del turno nocturno, cuya entrada es a las 20:00 horas.

48. De la opinión técnico médica emitida por perito de este Organismo Nacional se advierte que AR1 omitió brindar a V1 atención y vigilancia especializada en ginecología, principalmente por el antecedente de cesárea previa que se conocía, por lo que al decidir dejarla internada durante la noche era su responsabilidad corroborar que se iba a contar con personal especializado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse, ya que, al dejar evolucionar un trabajo de parto con antecedente de cesárea previa, se deben tomar las precauciones debidas, como el estar preparados para realizar una cesárea de urgencia en un

lapso menor de 30 minutos, ante cualquier complicación. Dicha prevención es procedente también si se detecta que existe sufrimiento fetal agudo, por lo que se debe prever una vigilancia especializada estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal.

49. Desde el punto de vista del médico forense adscrito a esta Comisión Nacional, evidencia que el actuar de AR1 en el caso resultó negligente al dejar a la agraviada hospitalizada durante la noche, sin la supervisión de una atención especializada por el servicio de ginecología, a fin de prevenir y evitar posibles riesgos fatales, como el sufrimiento fetal agudo de V2.

50. Si el referido nosocomio no contaba con médico de guardia especializado durante el turno nocturno, ante la posibilidad de que en cualquier momento V1 pudiera presentar algún tipo de complicación, AR1 omitió dar la indicación para que se canalizara o trasladara a V1 a otra institución hospitalaria que durante el turno nocturno contara con el servicio especializado de ginecología. El traslado de V1 a otro nosocomio, en opinión del perito médico de esta Comisión Nacional, hubiera podido evitar tanto las consecuencias mortales que se dieron para V2, como el riesgo de muerte que sufrió V1 derivado de una hemorragia severa causada por la ruptura uterina.

51. A pesar de las citadas circunstancias, V1 permaneció en el Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, en el cual, a las 22:30 horas del 10 de octubre de 2012, fue valorada por AR2, quien reportó a V1 con cérvix todavía dehiscente a un dedo y membranas íntegras y a V2 con una frecuencia cardíaca fetal de 135 latidos por minuto, refiriendo que mantendría vigilancia estrecha.

52. A las 01:00 horas del 11 de octubre de 2012, V1 nuevamente fue valorada por AR2, ocasión en la que reportó que la agraviada ya presentaba actividad uterina de 2 contracciones en 10 minutos, aún con membranas íntegras, refiriendo en su nota médica que se continuara con vigilancia estrecha de la frecuencia cardíaca fetal.

53. A las 05:30 horas, AR2 reportó a V1 con trabajo de parto efectivo, y a V2 con tendencia a la bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca por debajo de 102 latidos por minuto) cuando, según el perito médico de esta Comisión Nacional, la frecuencia normal es de 120-160 por minuto. Por lo anterior, AR2 realizó maniobras de recuperación de la frecuencia cardíaca con manipulación del producto y dio aviso a SP4, médico especialista en cirugía general, quien se encontraba de guardia, toda vez que no se contaba con médico ginecólogo en ese turno.

54. El perito médico de esta Comisión Nacional estableció que existe incongruencia entre lo reportado por AR2 en sus notas médicas, y el registro del partograma que se realizó a partir de que se hizo cargo de V1, pues del registro de la frecuencia cardíaca fetal, que AR2 reportó cada hora a V1, se advierte que desde las 22:00 horas del 10 de octubre de 2013, a las 5:00 horas del día siguiente, V2 siempre estuvo dentro de parámetros normales. No obstante, a las 5:00 horas, del 11 de octubre de 2012, V2 presentó un descenso importante de la frecuencia fetal, llegando a 100 latidos por minuto, lo cual indica que V2 ya presentaba bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca por debajo de 102 latidos por minuto), lo que resulta un indicador de sufrimiento fetal agudo.

55. El perito médico de esta Comisión Nacional refirió que la incongruencia en el registro de la frecuencia cardíaca reportada cada hora, consiste en que, necesariamente, V2 antes de haber presentado bradicardia tendría que haber mostrado signos de taquicardia (aumento de la frecuencia por arriba de 160 latidos por minuto). Pues ante la presencia de hipoxia (disminución de la aportación de oxígeno) fetal, se produce un aumento prolongado del sistema nervioso simpático (porción del sistema nervioso autónomo), que se traduce en un aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia) y, posteriormente, como consecuencia de la disminución del automatismo cardíaco provocado por la hipoxia, se produce bradicardia.

56. En opinión del perito médico de este Organismo Nacional no es congruente lo reportado por AR2, en el sentido de que únicamente a las 5:00 horas V2 presentó

alteraciones de la frecuencia con la presentación de una bradicardia y que, por el contrario, es evidente que AR2 no realizó adecuadamente un monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal. Además, el referido perito médico advirtió que el número 100 correspondiente a los latidos cardíacos fetales, que supuestamente registró AR2 a las 05:00 horas del 11 de octubre de 2012, se encuentra alterado (sobrepuesto), lo que, también, evidencia una inobservancia a lo dispuesto en el numeral 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y cuya modificación se publicó el 22 de agosto de 2003, en el mismo órgano oficial de difusión, vigente en la época en que ocurrieron los hechos materia de este pronunciamiento, la cual refiere que: *“Todas las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado”*.

57. De la opinión técnico médica emitida por el perito médico de esta Comisión Nacional se advierte que AR2 omitió poner atención a la altura de la presentación del producto, ya que no registró el descenso de la cabeza del producto a través del canal del parto, el cual conlleva a detectar si el producto estaba descendiendo correctamente a través del conducto vaginal, lo que le hubiera permitido detectar oportunamente, en su caso, la presencia de una distocia de partes duras (dificultad del descenso del producto a través de la pelvis), una desproporción cefalo-pélvica (entre la cabeza del producto y la pelvis materna) y/o una estrechez pélvica, situaciones que durante el trabajo de parto también pueden producir sufrimiento fetal agudo.

58. En este sentido, en la anotación correspondiente a las 06:00 horas del 11 de octubre de 2012, en la que AR2 señaló que la agraviada tenía 6 centímetros de dilatación, no se refirió al plano de presentación en el que se encontraba en ese momento V2, en relación con su descenso por el canal de parto. Al efecto, el inadecuado monitoreo generó que AR2 no se percatara de que la agraviada cursaba con trabajo de parto difícil.

59. En adición a lo anterior, los registros del partograma demuestran que AR2, omitió monitorear y registrar la frecuencia cardiaca fetal, a partir de las 06:00 horas del 11 de octubre de 2012, no obstante que, como se señaló anteriormente, se percibía un descenso de la misma y fue hasta que SP4, por medio de toco cardiógrafo, a las 06:20 horas detectó una frecuencia cardiaca fetal de 122 latidos por minuto.

60. Por lo anterior, se advierte que en el presente caso la actuación de AR2 resultó negligente, al no haber llevado adecuadamente un monitoreo y registro de la frecuencia cardiaca fetal, así como de la altura de la presentación del producto, no detectando oportunamente la presencia de sufrimiento fetal agudo, lo que generó la pérdida de la vida de V2.

61. En virtud de que V2 presentaba descensos de frecuencia cardiaca fetal, a pesar de haber sido reanimado a través de maniobras y debido a que no se contaba con médico especialista en ginecología de guardia, AR2 solicitó a SP4, que valorara a V1. Así, a las 06:20 horas del 11 de octubre de 2012, SP4, por medio de tococardiografía, detectó en V2 una frecuencia cardiaca fetal en ese momento de 122 latidos por minuto, con recuperación de frecuencia fetal al realizar tacto vaginal, y a V1 con 6 centímetros de dilatación, mostrando el producto en ese momento mejoría de la frecuencia cardiaca fetal.

62. Posteriormente, a las 07:27 horas, del 11 de octubre de 2012, SP5, valoró a V1 y la encontró con palidez de piel y tegumentos, con actividad uterina de 4 a 5 contracciones en 10 minutos, al tacto vaginal con dilatación de 7 centímetros. Simultáneamente, V2 presentaba frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minuto; sin embargo SP5 registró que no se palpaban movimientos fetales.

63. Ante esta situación, SP5 decidió interrumpir el embarazo, realizando cesárea urgente debido al sufrimiento fetal agudo que cursaba V2 y al alto riesgo de ruptura uterina por presentar trabajo de parto en fase activa y antecedente de cesárea previa; sin embargo, una vez que SP5 procedió con la cirugía, al llegar al útero

encontró sin vida a V2, extrayéndolo de la cavidad uterina a las 08:03 horas del 11 de octubre de 2012, y encontró ruptura uterina en la porción del segmento, con hemoperitoneo de 600 centímetros cúbicos aproximadamente, presencia de hematoma en retroperitoneo del lado derecho, secundario a desgarramiento de arteria uterina, con la placenta completamente desprendida y un sangrado total de 1800 centímetros cúbicos. Por lo anterior, SP5 indicó la transfusión sanguínea de 2 paquetes globulares y prescribió medicamento con contenido de aminos para fortalecer el órgano cardíaco y aplicó ventilación mecánica asistida a V1.

64. Por lo expuesto, el perito médico de esta Comisión Nacional estableció que el fallecimiento de V2 fue por negligencia en la atención médica brindada, atribuible a AR1 y a AR2, lo cual configura la relación causa-efecto entre la actuación del personal médico y las consecuencias de la misma.

65. Debido a que en el Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, no contaba con Unidad de Cuidados Intensivos, SP5 ordenó el traslado de V1 al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS de Tapachula, Chiapas.

66. Con base en lo descrito con anterioridad, en opinión del perito médico de esta Comisión Nacional, el manejo médico y quirúrgico brindado por SP5, médico que removió el útero de V1 y encontró sin vida a V2, fue adecuado y oportuno, acorde a las complicaciones que ya presentaban V1 y V2 y para evitar la muerte de V1.

67. V1 arribó al referido Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, el 11 de octubre de 2012, a las 14:15 horas, con diagnóstico de post-operada de histerectomía por ruptura uterina y choque hipoglémico (debido a pérdida sanguínea) grado 4, bajo efecto de sedación y con apoyo ventilatorio mecánico, por lo que se le ingresó bajo la supervisión de medicina interna. Al presentar mejoría y estabilización de signos vitales, ese mismo día, a las 19:00 horas, se decidió su extubación (retiro de tubo endotraqueal), continuando estable y mejorando sus

niveles en la sangre, y el 15 de octubre de 2012 por encontrarse sin complicaciones se decidió su egreso del hospital.

68. Con lo anterior, se evidencia que el fallecimiento del producto del embarazo que cursaba la agraviada fue por negligencia médica, atribuible a AR1 y AR2, médicos adscritos al Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, quienes prestaron inadecuada atención médica el día 10 y 11 de octubre de 2012, propiciando el fallecimiento de V2, el riesgo de que perdiera la vida de V1 y que perdiera un órgano vital para la procreación.

69. En este contexto, este Organismo Nacional advierte que AR1 y AR2 omitieron observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la Prestación del Servicio, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, en la cual se establece 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”*.

70. Al respecto, la referida norma ha sido señalada en las Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014 y 5/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, haciendo hincapié en la importancia que tiene, precisamente, mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita prever un posible sufrimiento fetal del producto, así como un correcto seguimiento del embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

71. Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de

los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restableciendo la salud de las personas. En el presente caso, el personal médico involucrado del Hospital Rural Oportunidades No. 2, de Motozintla, Chiapas, omitió realizar una adecuada y periódica valoración que le permitiera brindar la atención médica de urgencia y especializada que requerían V1 y V2, con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público.

72. V1 vio afectado su derecho a la integridad personal, lo cual conlleva una violación al derecho a la protección del nivel más alto posible de salud, entendido como el conjunto de derechos y garantías que protegen la integridad corporal y psicológica, y que prohíben las afectaciones injustificadas. Además, quedó evidenciado que AR1 y AR2, que atendieron a V1 y V2, omitieron considerar el interés superior de los pacientes y realizar una adecuada vigilancia clínica que le permitiera garantizar una atención médica con la calidad, con la que debe imperar en la prestación de dicho servicio público.

73. No pasa inadvertido que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, del Consejo Técnico del IMSS emitió, el 1° de julio de 2013, acuerdo mediante el cual se determinó que la queja de V1 era procedente desde el punto de vista médico, por lo que autorizó pagar \$3,739.80 (Tres mil setecientos treinta y nueve pesos 80/100 m.n.), por concepto de gastos funerarios; y que se solicitó se diera vista de los hechos materia del presente pronunciamiento al Órgano Interno de Control Delegacional de ese Instituto.

74. Si bien es cierto que no se advierte que V1 hubiere aportado los comprobantes correspondientes, también lo es que no existen evidencias con que se acredite que el Instituto Mexicano del Seguro Social hubiere realizado gestión alguna con la quejosa o con la empresa funeraria que contrató ésta, para cubrir el pago realizado por V1 por los gastos funerarios.

75. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el “*Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*”, determinó en la sentencia de fondo del 29 de julio de 1988, que el deber de prevención incluye cualquier medida “*de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales,*” (párrafo 175, primera parte) lo que, en palabras de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el “*Caso Velásquez Rodríguez*”, implica que se procure, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos.

76. En el presente caso, al margen de la indemnización otorgada a V1, esta Comisión Nacional considera pertinente que el Instituto Mexicano del Seguro Social le pague la suma erogada con motivo del funeral de V2 y se investiguen los hechos para que en su caso, se sancione a los servidores públicos implicados.

77. Se advierte que el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres ha motivado la construcción de una serie de instrumentos internacionales que el Estado mexicano ha suscrito a lo largo de los últimos años, entre los cuales destaca la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), adoptada el 9 de junio de 1994 y ratificada por México el 19 de junio de 1998, en cuyo artículo 9, en relación con el artículo 7, a) y b), se establece que los Estados deben adoptar medidas y políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, tomando en cuenta tanto la situación de vulnerabilidad en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada, como cuando está embarazada o se encuentre en situación socioeconómica desfavorable.

78. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la sentencia de 31 de agosto de 2010, del “Caso Rosendo Cantú y Otra vs. México”, refuerza lo señalado en el punto anterior, al fijar que: “...como lo señala la Convención de Belém do Pará, que la violencia contra la mujer no solo constituye una violación de los derechos humanos, sino que es “una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”, que “trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases” (párrafo 108). En este sentido, se considera que la atención médica brindada a V1 incumplió con las disposiciones establecidas en los artículos 1, 4, incisos a), b) y e), 7, a), b) y d) y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, pues AR1 y AR2 omitieron tomar en cuenta los antecedentes de V1, su estado de salud, así como la posibilidad de que surgiera la necesidad de hacer una cesárea de urgencia.

79. Es preciso señalar que la protección a la salud constituye un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel; así, una de las garantías de este derecho, reconocido en la Constitución Federal, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restableciendo la salud de las personas. En el presente caso, AR1 y AR2, omitieron considerar el interés superior del paciente, tomando en cuenta el antecedente de cesárea previa y la importancia de un adecuado monitoreo de la frecuencia fetal, para que la atención médica prestada a V1 y a V2 tuviera la calidad que debe imperar en la prestación del servicio público, todo lo cual, de acuerdo con lo expuesto, se omitió por parte de los servidores públicos mencionados.

80. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la Recomendación General 15, *Sobre el Derecho a la Protección de la Salud*, de 23 de abril de 2009,

en la que se afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud; y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

81. Las evidencias demuestran que tanto por la deficiente atención médica brindada por AR1 y AR2, como por la inadecuada infraestructura del Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, el cual carecía de Unidad de Cuidados Intensivos y personal especializado para atender el turno nocturno, no se garantizó a V1 la calidad y la aceptabilidad a la que tienen derecho los beneficiarios de los servicios médicos. Lo anterior es así pues, la citada Observación General 14 define la calidad del servicio médico así: *“Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”*. Por su parte, al referirse a la aceptabilidad menciona que ésta implica que: *“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.”*

82. La falta de Unidad de Cuidados Intensivos y personal especializado en el turno nocturno del hospital referido, indica una clara violación a la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, publicada en el Diario Oficial de la Federación el

24 de octubre de 2001, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

83. Por otra parte, en la citada Recomendación General 15 de esta Comisión Nacional se incluyeron las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, ya mencionada, y NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999, que destacan para el presente caso por las consecuencias derivadas de su inobservancia.

84. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que, además de otras cuestiones relativas a la indebida integración del expediente clínico de V1 en el Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, como la alteración señalada del partograma, se advierte que la Hoja de Consentimiento Bajo Información para Procedimiento, elaborada en dicho nosocomio, presenta varias irregularidades, como la fecha, ausencia de nombre completo, firma y/o especialidad del médico tratante, así como de un testigo; en algunas notas médicas del 10 de octubre de 2012, entre ellas la de Alta, valoración y preoperatoria del servicio de ginecoobstetricia, la información es ilegible, no cuentan con el sello del referido Instituto o están incompletas, evidenciando un incumplimiento a los preceptos que establecen los artículos 1, 6 y 8, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, y de la referida Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

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

86. La adecuada integración del expediente clínico, en términos de la citada Norma Oficial Mexicana, era un deber a cargo de los referidos prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que el expediente clínico contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento. La deficiente integración del expediente clínico debe ser analizada y valorada en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza. Al efecto, las instituciones de salud son solidariamente responsables de la observancia de las disposiciones relativas al expediente clínico, de modo que la autoridad responsable deberá tomar medidas para que la actual Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de octubre de 2012, sea observada adecuadamente.

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

88. Al efecto, la situación de los expedientes clínicos ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este Organismo Nacional, contenidos 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, 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, 33/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015, en las que se han señalado precisamente las irregularidades en que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, o simplemente no existen, no obstante que

esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

89. Por los hechos y omisiones en la atención médica brindada a V1, el personal médico del Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, que intervino en los hechos denunciados, vulneró el derecho a la vida de V2, toda vez que como se acreditó, su actuación incidió en el agravamiento del cuadro de sufrimiento fetal agudo que presentó el producto durante las primeras horas del 11 de octubre de 2012, hasta conducir a la pérdida de su vida.

90. La Corte Interamericana determinó en la sentencia de 25 de noviembre de 2003, del “Caso *Myrna Mack Chang Vs. Guatemala*”, párrafo 153, así como en otras de sus sentencias, que: *“El cumplimiento del artículo 4 de la Convención Americana, relacionado con el artículo 1.1 de la misma, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas la medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) bajo el deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción. Esta protección activa del derecho a la vida por parte del Estado (...) involucra a toda institución estatal...”*.

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

92. En este sentido, los numerales 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 (Derecho a la vida), 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); en síntesis, ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, al disponer la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad de ese derecho.

93. Partiendo de la base de que el derecho al trato digno es aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permitan 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, se advierte que éste se vulneró en agravio de V1 y V2, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en el estado de salud y también porque la actuación de las autoridades responsables contribuyó a que su situación se agravara e, incluso, se causara que V2 perdiera la vida, derecho que encuentra sustento en los artículos 1º, párrafo tercero y 25, párrafo primero (Dignidad de los individuos) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 1, 2, fracciones I, II y V, 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, párrafo primero, 61, fracciones I y II y 61 Bis de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia Médica; y 1, 6, 8, 43, 71 y

90 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

94. Las consecuencias permanentes causadas por la extracción del útero y la pérdida de la vida de un hijo, afectaron y alteraron significativamente el proyecto de vida de V1 y le produjeron una afectación emocional que no podrá ser subsanada por completo.

95. En este sentido, la Corte Interamericana en la sentencia (Reparaciones) del 27 de noviembre de 1998 del “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”, precisó que el concepto de proyecto de vida se encuentra asociado con el 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 tal virtud, es razonable afirmar que los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado y, por ende, alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en forma injusta y arbitraria, con violación a las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar [en servidores públicos] obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses.”*

96. Igualmente, AR1 y AR2, que intervinieron en el caso, con sus acciones y omisiones, incurrieron en incumplimiento de las obligaciones contenidas en los artículos 8, fracciones I 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 éstos 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.

97. Al respecto, es importante precisar que de la existencia de la obligación general de respetar el derecho a la vida, establecida en el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, deriva la obligación de investigar los casos de violaciones a tal derecho en forma imparcial, oportuna y seria, para evitar la impunidad y que este tipo de hechos vuelvan a repetirse.

98. Así lo estableció la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia del 16 de noviembre de 2009, del “Caso González y Otras (“Campo Algodonero”) Vs. México”, al señalar que: *“El deber de investigar constituye una obligación de medio y no de resultado, que debe ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. La obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente...”* (párrafo 289) en todas las vías que su ordenamiento jurídico ofrezca, tal como el procedimiento administrativo de responsabilidad de servidores públicos a cargo del Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social.

99. Debe precisarse que, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño, derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevé la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública 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 deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

100. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; y artículos 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad y al trato digno, en agravio de V1, y que tuvieron como consecuencia una afectación a su proyecto de vida, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

101. De igual forma, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, 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 caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se tomen en consideración en el procedimiento de investigación administrativa correspondiente, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

102. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se instruya, a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas necesarias para que, en vía de reparación del daño, se brinde a V1 la atención médica y psicológica necesaria para dar seguimiento a su estado de salud y estabilidad emocional, derivado de la pérdida de su hijo y de órganos fundamentales para la procreación, con motivo de la responsabilidad institucional en que personal del Instituto Mexicano del Seguro Social incurrió, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se reintegre a V1, sin mayor dilación, la cantidad que erogó para cubrir la prestación de los servicios funerarios de V2; hecho lo cual se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. En protección de la garantía de no repetición, se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico de Hospital Rural Oportunidades No. 2, en Motozintla, Chiapas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial a AR1 y a AR2, en que se ordene entregar copia de la certificación y recertificación tramitadas ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que demuestren tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias, que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se diseñen e impartan en el Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a la presente Recomendación; se establezcan estrategias para que los referidos cursos se hagan extensivos a todas las Unidades Médico Familiares y Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, y se

remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, así como las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se instruya a los servidores públicos del Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, 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, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se efectúen las acciones administrativas y presupuestarias correspondientes, para establecer personal suficiente en las áreas de mayor riesgo en el Hospital Rural Oportunidades No. 2 de Motozintla, Chiapas, incluyendo personal especializado en ginecología, en su turno nocturno, para garantizar la efectiva prestación de los servicios de salud, que satisfagan las necesidades de la población; y se entreguen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con este organismo constitucional autónomo, en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tenga acceso en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR1 y AR2, involucrados en los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

NOVENA. Se colabore debidamente para la integración de la averiguación previa AP1 relativa a los hechos denunciados por V1 ante el agente del Ministerio Público de la Federación en Tapachula, Chiapas, de la Procuraduría General de la República, por ser AR1 y AR2 servidores públicos federales y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

104. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe en el término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

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

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ