



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 50 / 2015

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INSTITUCIONAL EN AGRAVIO DE V1 Y V2, EN EL HOSPITAL RURAL No. 69 Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN ENSENADA, BAJA CALIFORNIA.

México, D. F., a 29 de diciembre de 2015

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

Distinguido 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; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente número **CNDH/4/2014/6438/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.

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 el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 25 de septiembre de 2014, se publicó en el medio electrónico *www.ensenada.net*, una nota periodística titulada “*Denuncian muerte de recién nacida por negligencia médica*” en el Hospital Rural “Prospera” (antes “Oportunidades”) No. 69 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la colonia Vicente Guerrero, municipio de Ensenada, Baja California (en adelante Hospital Rural 69); por tal motivo, al tratarse de un asunto de especial trascendencia por haber incidido en la opinión pública nacional, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 3º, párrafo II, y 6º, fracción II, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 14 y 89 de su Reglamento Interno, el 7 de octubre de 2014, se determinó atraer de oficio el asunto.

4. El 20 de octubre de 2014, un visitador adjunto de este Organismo Nacional se constituyó en un campo agrícola sito en el Valle de San Quintín, Ensenada, Baja California, para entrevistar a V1 y V3. Al respecto V1 manifestó tener 18 años de edad, ser originaria de Chilapa, Guerrero y hablar la lengua náhuatl, y su esposo V3, tener 22 años de edad, ser originario de Acatlán, Oaxaca y perteneciente a la etnia mazateca.

5. De la entrevista realizada se advierte que V1, reside junto con su esposo V3, en el citado campo agrícola, desde mayo de 2014, cursando aproximadamente cinco meses de embarazo, y que anteriormente, ambos residían en otro campo agrícola de La Cruz, Sinaloa.

6. V1 acudió a un total de nueve consultas de control prenatal, las primeras cuatro fueron en Sinaloa y las subsecuentes en el Centro de Salud del campo agrícola de Baja California. Los médicos que la revisaron le indicaron que el producto de la gestación V2 *“venía trasverso”* por lo que *“requería de una cesárea para aliviarse”*.

7. V1 agregó que, aproximadamente a las 11:00 horas del 21 de septiembre de 2014, comenzó con dolores de parto, por lo que se trasladó a la Unidad de Medicina Familiar 13, del IMSS, ubicada en el mismo Valle de San Quintín, (en adelante UMF 13), donde llegó como a las 13:00 horas, siendo atendida por un médico, quien le realizó un tacto vaginal y *“le dio un pase para el Hospital Rural 69 de ese Instituto, a fin de que le practicaran una cesárea”*, arribando al nosocomio a las 13:40 horas.

8. Al llegar al Hospital Rural 69, *“no sintió que su bebé estuviera afuera”*; que el doctor de ese nosocomio *“le realizó con un instrumento rotura de membranas”*, y le recomendó un ultrasonido para ver si V2 *“venía de pies”*. V1 fue ingresada a sala de labor donde tuvo su parto vaginal, *“sin que se le realizara la cesárea como se le había indicado anteriormente”*; asimismo, V1 sostuvo que *“nunca le explicaron el procedimiento para aliviarse”*, que en el parto, *[su bebé] estuvo atorada por 25 minutos; posteriormente, le avisaron que [su bebé] fue llevada al Hospital General de Ensenada, por complicaciones en el parto, lugar donde falleció a las nueve horas de haber nacido, [por lo que V3 presentó] una denuncia penal ante la Agencia del Ministerio Público de San Quintín, donde se radicó”* la AP.

II. EVIDENCIAS

9. Acuerdo de atracción e inicio de expediente de 7 de octubre de 2014, al que se le asignó el número CNDH/4/2014/6438/Q.

10. Nota periodística publicada el 25 de septiembre de 2014, en el portal electrónico *www.ensenada.net* titulada: “*Denuncian muerte de recién nacida por negligencia médica*” en el Hospital Rural 69.

11. Acta Circunstanciada de 20 de octubre de 2014 en la que se hizo constar la entrevista que sostuvo un visitador adjunto con AR3, quien entregó copia del expediente clínico de V1, del que destacan las constancias siguientes:

11.1. Nota médica de urgencias la cual carece de fecha y hora, realizada y firmada por AR2 (primera atención de la paciente).

11.2. Nota de pediatría del 21 de septiembre de 2014, de las 16:30 horas, realizada y firmada por AR3 y MR2 (se describe atención a V2).

11.3. Nota de evaluación de Pediatría del 21 de septiembre de 2014, de las 18:40 horas, realizada y firmada por AR3 y MR2 (se describe atención a V2).

11.4. Nota de post-parto del 21 de septiembre de 2014, de las 19:55 horas, realizada y firmada por MR1 (se describe atención del parto).

12. Acta Circunstanciada de 20 de octubre de 2014, en la que se asentó la entrevista realizada por un visitador adjunto a V1 y V3 y proporcionó copia de las constancias siguientes:

12.1. Copia del certificado de nacimiento expedido el 22 de septiembre de 2014, en el que consta que la fecha de nacimiento de V2, fue el 21 de septiembre de 2014 a las 16:30 horas.

12.2. Copia del certificado de defunción expedido el 24 de septiembre de 2014, en el que se estableció como causa de muerte: “*sufrimiento fetal*”

agudo”, ocurrido a las 00:50 horas del 22 de septiembre de 2014 en el Hospital General de Ensenada, Baja California.

12.3. Acta de defunción de V2, expedida el 25 de septiembre de 2014, por el Registro Civil de Baja California, en la que se estableció como causa de muerte: “*sufrimiento fetal agudo*” ocurrida a las 00:50 horas del 22 de ese mes y año, en el Hospital General de Ensenada, Baja California.

12.4. Copia de Volante de Atención, en el que se observa que el 23 de septiembre de 2014, se inició la AP, por la comparecencia de V3, ante la Agencia del Ministerio Público Receptora San Quintín, Ensenada, Baja California.

13. Oficio 095217614BB1/1870 del 24 de octubre 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS (en adelante Titular de Quejas), en el que adjuntó lo siguiente:

13.1. Tarjeta Informativa del 22 de octubre de 2014, realizada y firmada por MR1 (se describe atención a V1).

14. Oficio 095217614BB1/1938 del 6 de noviembre 2014, suscrito por el Titular de Quejas, en el que adjuntó lo siguiente:

14.1. Un oficio sin número, del 30 de octubre de 2014, por el cual el Director de la Unidad de Medicina Familiar 21, ubicada en el municipio de La Cruz, Sinaloa, comunicó los antecedentes médicos de V1.

15. Oficio 095217614BB1/1939 del 6 de noviembre de 2014, suscrito por el Titular de Quejas, en el que adjuntó lo siguiente:

15.1. Hoja de Referencia y Contrarreferencia del 21 de septiembre de 2014, realizada y firmada por AR1 (se describe la primera valoración de V1).

15.2. Nota de ingreso a Tocología elaborada a las 19:30 horas del 21 de septiembre de 2014, realizada y firmada por MPSS1, (se menciona que la paciente no cumple con criterios de cesárea).

16. Oficio 095217614BB1/0063 del 21 de enero 2015, suscrito por el Titular de Quejas, en el que adjuntó lo siguiente:

16.1. Informe de AR1, sobre la primera valoración a V1.

17. Oficio 2982, de 7 de mayo de 2015, que suscribe la Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, por el que remitió el expediente clínico de V2, del cual se destaca:

17.1. Nota de Pediatría del 21 de septiembre de 2014, de las 22:45 horas, realizada por SP (descripción de la atención a V2).

17.2. “*Nota de Evolución y Alta por defunción (sic)*” de V2, del 22 de septiembre de 2014, de las 01:10 horas.

18. Opinión médica emitida el 8 de julio de 2015, por un visitador adjunto de profesión médico, adscrito a este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

19. Del informe rendido por AR1, se advirtió que el 21 de septiembre de 2014, aproximadamente a las 15:13 horas, V1 en compañía de su esposo V3, acudió a la UMF 13, por presentar dolores de trabajo de parto, ya que cursaba un embarazo de 40 semanas de gestación, donde fue atendida por AR1, quien

reportó un embarazo normoevolutivo con un producto único vivo en posición cefálica, con un centímetro de dilatación, por lo que la refirió al Hospital Rural 69, al que llegó a las 16:00 horas de ese día.

20. En el Hospital Rural 69, fue atendida por AR2, quien después de realizarle un ultrasonido y tacto vaginal estableció que el producto de la gestación se encontraba en posición podálica (de pies) y no de manera cefálica como fue referida. A las 19:55 horas MR1 ingresó a V1 a sala de labor donde vía parto vaginal nació V2, quien estuvo 25 minutos aproximadamente en el canal vaginal, lo que le ocasionó un cuadro de encefalopatía hipóxico-isquémica (insuficiencia de oxígeno y sangre en el cerebro); por tal motivo, fue trasladada al Hospital General de Ensenada, lugar donde a las 00:50 horas del 22 de septiembre de 2014, perdió la vida por sufrimiento fetal agudo.

21. Con motivo de los hechos, el 23 de septiembre de 2014, V3 presentó denuncia ante la Procuraduría General de Justicia de Baja California, donde se radicó la AP.

22. Esta Comisión Nacional, constató que la AP1 iniciada en el fuero común, fue remitida por incompetencia al Ministerio Público de la Federación el 22 de octubre de 2014, acumulándose a la AP2 por el delito de homicidio.

IV. OBSERVACIONES.

23. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias del expediente **CNDH/4/2014/6438/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional realizará el siguiente análisis: **1)** El derecho a la protección a la salud en relación con V1; **2)** El derecho a la vida en relación con V2; y **3)** El derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica en relación con V1.

1. El derecho a la protección a la salud de V1.

24. Antes de iniciar el desarrollo de este derecho, para este Organismo Nacional no pasa desapercibido la compleja situación de vulnerabilidad de V1, quien además de ser una joven mujer indígena de 18 años, emigró para laborar como jornalera agrícola junto con V3, por lo que, por estas razones, le fue imposible llevar su control prenatal en la UMF 13.

25. En las Reglas de Operación del Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas¹, se precisó que *para las y los jornaleros agrícolas en nuestro país, las condiciones relacionadas a su actividad laboral, la necesidad de migrar para encontrar fuentes de trabajo y el rezago social en el que se encuentran, constituyen los principales factores que los caracterizan como un grupo social altamente vulnerable. Esta situación se agrava por el hecho que frecuentemente se enfrentan a situaciones que violentan sus derechos humanos y laborales...*” por lo que en casos como el presente, es necesario que Estado garantice una protección reforzada, oportuna y apropiada para el disfrute del nivel más alto posible de salud.

A) Atención médica en la UMF 13.

26. El derecho a la protección de la salud está previsto en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional; de igual forma, a nivel internacional se encuentra establecido en los artículos I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a), b) y f), del Protocolo Adicional a la Convención

¹ Publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2014, introducción.

Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*).

27. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha reiterado² que el derecho a la protección de la salud 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 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, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. También consideró que *“Reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud”*.

28. Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, asentó que la salud es un derecho fundamental reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que tal derecho impone a los Estados Partes la obligación de respetar, que exige a los Estados abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud, se impida que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el citado precepto legal y se adopten las medidas

² Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, observaciones.

apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

29. En el presente caso, se advirtió que el 21 de septiembre de 2014, V1 acudió junto con V3 a la UMF 13, donde fue atendida por AR1, quien reportó en su nota de referencia: “... (Diagnóstico): *Pródromos de trabajo de parto, embarazo con anemia. Primera vez... Dolor tipo cólico (obstétrico) de inicio lento y evolución progresiva en hipogastrio con irradiación en cinturón (anatómico) refiere haber arrojado tapón mucosanguinolento... abdomen globoso por útero grávido PUV* (producto único vivo cefálico) *FF* (frecuencia fetal) *135 se hace tacto vaginal el cual se toca 1 cm de dilatación no edemas...*”.

30. Esta Comisión Nacional constató que AR1, refirió que V1 se encontraba en trabajo de parto normoevolutivo, con una frecuencia cardiaca fetal de 135 latidos por minuto, un centímetro de dilatación, es decir en fase latente y en presentación cefálica, por tal motivo, solicitó el traslado de la paciente al Hospital Rural 69, para la atención del parto.

B) Atención médica en el Hospital Rural 69.

31. En este Hospital, V1 fue atendida por AR2, quien reportó: “...*paciente femenina de 18 años de edad la cual es traída por ambulancia referida de la UMFH No. 13 por embarazo de 40.5 SDG por FUM* (Fecha de última menstruación) *con cefalio (sic) con 1 cm, de dilatación... refiere “mi niño viene transverso”, refiere contracciones 3 a 4 en 10 minutos... con abdomen globoso a expensas de útero grávido, a las maniobras de Leopold se palpa producto pélvico con la cabeza palpada debajo de hipocondrio derecho, se realiza usg* (ultrasonografía o ultrasonido) *el cual revela producto único vivo pélvico, con FCF* (frecuencia cardiaca fetal) *de 153 latidos por minuto, a la exploración pélvica se palpa cérvix completamente borrado y dilatado, se palpan ambos pies del producto*

en canal vaginal... se realizó tacto vaginal y al sentir los pies del producto en canal vaginal se decide pasar urgente a toco labor...”.

32. Se advirtió que de la exploración física que realizó AR2, por medio de las maniobras de Leopold (técnica para determinar la situación y presentación del producto en el vientre) y toma de ultrasonido, determinó que el producto se encontraba en presentación podálica, lo que se traduce en un trabajo de parto de difícil manejo, por lo que AR2 omitió reportar en el ultrasonido el ángulo de extensión del cuello ya que cuando éste se encuentra hiperextendido hasta un ángulo mayor de 90°, el parto vaginal se acompaña de una incidencia del 70% de lesiones de la médula espinal del feto, por lo que dichas gestaciones deben finalizarse mediante cesárea, por lo que debió solicitar interconsulta al servicio de Ginecología y Obstetricia para ingresarla a resolución obstétrica vía cesárea lo antes posible, hecho que al no suceder aumentó el riesgo o probabilidad de mortalidad del producto de la gestación.

33. De la aludida revisión y diagnóstico médico se advierte que V1 presentaba un embarazo de alto riesgo, pues su bebé se encontraba en posición podálica con dilatación y borramiento completo y a consecuencia del erróneo diagnóstico de AR1, en el que estableció un embarazo normoevolutivo cefálico con un centímetro de dilatación, es decir, un trabajo de parto que no se encuentra dentro de parámetros de urgencia, propició que al llegar V1 al Hospital Rural No. 69, no se tomaran las medidas necesarias para someterla a cesárea urgente. AR1 de haber realizado una adecuada exploración física a V1 por medio de las maniobras de Leopold y un tacto vaginal adecuado, pudo haberse percatado de la presentación podálica del bebé y referir a V1 con el debido diagnóstico.

34. Los artículos 51 y 61 de la Ley General de Salud ordenan que *“los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y, a recibir atención profesional y éticamente responsable”*; además de que la

atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio; en ese orden, AR1 en primer lugar no diagnosticó ni refirió de manera adecuada a V1 y AR2 no le brindó una adecuada atención médica ya que de igual manera la diagnosticó de forma errónea.

35. En relación con lo anterior, esta Comisión Nacional advierte que AR1 y AR2, vulneraron el derecho a la salud materna de V1. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35 y 46, fracciones X la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres y *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

36. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, estableció que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*³.

37. Por lo expuesto, este Organismo Constitucional considera que el personal involucrado en el caso que aquí se analiza, tenía el deber de cuidado en su calidad de garantes del derecho a la salud materna, derivada del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, que prevén: *“I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección*

³ 7 de junio de 2010, pág. 84

específica”, así como “II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”; lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que “toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos”.

38. Por tanto, AR1 y AR2 son responsables por la violación al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, contenidos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V, 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61, fracción I y 61 Bis de la Ley General de Salud; 8º, fracciones I y II, 9º, 48 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 7, 8 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y la *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*, la cual contempla 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”.*

2. El derecho a la vida de V2.

39. El derecho a la vida consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano,

aunado a que sobre tal derecho recae *“un reconocimiento internacional y comparado del concepto de protección gradual e incremental de la vida en la etapa prenatal”*⁴.

40. 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.

41. La Corte Interamericana ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido...”*⁵.

42. En el presente caso, se advirtió que MPSS1, realizó el partograma donde estableció que V1 se encontraba con dilatación y borramiento completos con una presentación podálica completa, por lo que en su nota de las 19:30 horas del mismo día 21 de septiembre de 2014, estableció: *“...abdomen globoso a expensas de panículo adiposo y útero gestante FU (fondo uterino) 32 cm, cicatriz umbilical central, contracciones uterinas adecuadas e intensidad moderada, PUVI (producto único vivo), longitudinal dorso a la izquierda, podálico, FCF (frecuencia cardiaca fetal) 140... tacto vaginal sin lesiones, se presencia región podálica de producto, no alcanzo a valorar pelvis por presentación del producto... paciente femenina hemodinámicamente estable, metabólicamente estable, recibo paciente en expulsivo, con presencia de región podálica de producto, se le avisa a ginecóloga*

⁴ Cfr. *Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica*. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 163.

⁵ *Caso Villagrán Morales y otros (Niños de la Calle) vs. Guatemala*. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

quien rápidamente se dirige a atender parto... Cabe mencionar que paciente no cumple con criterios para cesárea ya que la presentación del producto era podálica completa la cual no se puede remitir por pérdida de dinámica de movimientos fetales... IDX (diagnóstico): Emb 41 SDG (semanas de gestación) + TDPFA (trabajo de parto en fase activa)+ presentación podálica completa, plan: vigilancia estrecha de binomio, vigilancia de fcf y vigilancia de estado neurológico...”.

43. En la citada nota MPSS1 estableció que V1 no cumplía criterios para una cesárea, al respecto, en la opinión médica de este Organismo Nacional se establece que: *“La presentación pelviana es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna pudiendo desencadenar un mecanismo de parto y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pelviana y, de forma menos correcta, podálica. Las diversas relaciones entre las extremidades pélvicas y las nalgas en presentaciones de pelvis dan lugar a sus diferentes categorías(...) presentación de nalgas puras, simples o francas,(...) presentación de nalgas completas [y](...) presentación de nalgas incompletas)”.*

44. Cabe señalar que la bibliografía médica refiere que *“sólo las presentaciones de nalgas puras o completas son susceptibles de un parto vaginal, la cual no presentaba V1, en cambio, “las modalidades de nalgas incompletas o pies, (como es el caso en particular) se asocian a una incidencia elevada” de complicaciones al producto de la gestación tales como:*

- *“Patología de cordón (en forma de prolapso, laterocidencia o enrollamiento en las extremidades fetales),*
- *Rotura prematura de membranas,*
- *Distocia dinámica,*
- *Posibilidad de circulares del cordón umbilical y cordón corto,*

- *Parto lento,*
- *Rotación a dorso posterior,*
- *Elevación de los brazos fetales (aumentando el volumen del segmento fetal)*
- *Distocia de cabeza última”.*

45. Aunado a lo anterior, el médico de esta Comisión Nacional refirió en su opinión médica, criterios para elegir a las pacientes aptas para un parto vaginal en presentación pélvica, las cuales son:

- *“No tengan una contraindicación para el parto vaginal (placenta previa, pelvis pequeña y presentación de cordón).*
- *No tener antecedente de cesárea previa.*
- *Peso fetal estimado entre 2000 a 2500 gramos pero no más de 4000 gramos.*
- *Edad gestacional mayor o igual a 36 semanas.*
- *No hiperextensión de la cabeza fetal.*
- *Presentación franca o completa de nalgas (la presentación incompleta es una contraindicación).*
- *Fase expulsiva”.*

46. Al respecto, en la aludida opinión médica se estableció que *“la presentación incompleta es una contraindicación del parto vaginal”*, por lo que MPSS1 de manera inadecuada estableció que V1 *“no era candidata a cesárea”*, lo que provocó que continuara el trabajo de parto y por consiguiente se produjeron *“obstáculos para una adecuada resolución obstétrica vía cesárea”*, lo que desencadenó una disminución *“de la sobrevida”* de V2”.

47. Por otro lado, a pesar de la contraindicación del parto vaginal la paciente fue trasladada a sala de labor donde la resolución del trabajo de parto fue atendido

por MR1, quien en su nota de post-parto de las 19:55 horas del mismo 21 de septiembre, reportó: “...IDX (Diagnóstico): *embarazo pélvico de término en expulsivo... se realiza tv encontrando feto podálico con ambos pies en canal vaginal, por lo que pasa directamente a sala de expulsión... se continua con nacimiento podálico se obtiene la totalidad de ambas piernas, posterior tronco torácico, se practica maniobra de macRoberts, maniobra de Rojas, sin lograr obtener expulsión completa, se mantiene así durante 25 minutos aproximadamente, hasta obtener al RN (recién nacido). sin tono, se pinza y corta el cordón umbilical y se pasa a personal para seguimiento... se realiza revisión manual con posterior revisión de canal vaginal encontrando desgarro de segundo grado el cual se repara con crómico del 1/0... observaciones; se obtiene RN (recién nacido) a las 16:30 horas, femenino talla 50cm, peso de 3210, apnea secundaria...*”.

48. Sobre el particular, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se estableció que MR1 precisó que “*no se obtuvo la expulsión completa del producto quedando la cabeza en el canal vaginal por 25 minutos*” a pesar de haber realizado la maniobra de Rojas y de McRoberts, no obstante MR1 ante tal problemática, omitió contemplar para la pronta liberación de V2, la maniobra de Zavanelli, la cual consiste en que “*el médico tratante debe intentar introducir de nueva cuenta el cuerpo del producto al útero y proceder a realizar la cesárea*”. Asimismo, omitió administrar un relajante uterino con la finalidad de producir una relajación uterina que pudiera permitir la liberación de la cabeza del producto, por lo que “*se sugiere la aplicación de un agonista beta adrenérgico como por ejemplo: Terbutalina 0.25 mg subcutáneo o 2.5 a 10 mcg/minuto vía intravenosa o Nitroglicerina 50 a 200 mcg vía intravenosa*”.

49. “*Por otro lado, en el informe que realizó [MR1], del 22 de octubre de 2014,(...) refirió: ...a su ingreso a las 16:00 horas paciente de 18 años, sin control prenatal*

en esta unidad... Ingres a sala de toco labor a las 16:05 hrs, del 21 de septiembre 2014... embarazo de 40 semanas podálico en periodo expulsivo con ambos miembros pélvicos visibles ya en canal vaginal, se atiende parto por médico pasante (MPSS2), siguiendo el curso natural del parto podálico sin dificultad para liberar pelvis y tórax, presentando distocia de hombros y cabeza, por lo que, 16:24 hrs, se da aviso a residente de ginecología en turno, en ese momento me encontraba en quirófano a media cirugía, operando una laparotomía Exploradora, con el pasante [MPSS1] ... y tuve que abandonar el procedimiento para acudir a sala de labor inmediatamente. A las 16:25 hrs llego a la sala de expulsión paciente en posición de litotomía con técnica estéril, con episiotomía medio lateral extensa, con feto sin liberación únicamente de la cabeza fetal y hombros, por lo que se realiza maniobra de Mac Robert con hiperflexión de las caderas para liberar ambos hombros, seguido de la maniobra de Bracht con ambas manos se sostiene la pelvis fetal, y se incurva el feto hacia el pubis materno, mientras un ayudante ejercía presión sobre el hipogástrico... se realiza maniobra de Maurice, se coloca el feto sobre el brazo derecho... se realiza maniobra de Praga, hasta obtener Recién nacido femenino a las 16:30 horas, peso de 3210, con apnea secundaria a expulsivo prolongado de 25 minutos...”.

50. Al respecto, en la opinión médica se advierte que MR1 estableció que el trabajo de parto fue atendido por MPSS2, sin embargo, *para “asistir un parto por vía vaginal [en presentación podálica⁶], es preciso tener la experiencia suficiente para resolver complicaciones en el periodo expulsivo”* con las maniobras antes descritas. Para este Organismo Constitucional no pasa desapercibido que MR1 mencionó en su informe que para la liberación de la cabeza del producto de la gestación *“realizó las maniobras de Maurice, Praga y Bracht”*, sin embargo, *“tales*

⁶ Como quedó descrito en los párrafos 42, 43 y 45 en las presentaciones podálicas está contraindicada su resolución vía vaginal, siendo recomendable la cesárea.

prácticas no se encuentran establecidas en la nota de post-parto” que constituye la evidencia médica de la atención brindada.

51. Debido al atrapamiento prolongado de V2 por 25 minutos en el canal vaginal, presentó *“sufrimiento fetal agudo, trauma obstétrico (fractura clavícula izquierda, elongación de ambos plexos braquiales) y asfixia perinatal... encefalopatía hipóxico-isquémica sarnat III”*, lo anterior reportado por AR3 y MR2 en la Nota de evaluación integral de Pediatría de las 18:40 horas del 21 de septiembre de 2014.

52. Respecto al trauma obstétrico, según la opinión médica de esta Comisión Nacional, *“son las lesiones duraderas que suceden durante el trabajo de parto, el parto o las maniobras necesarias para la atención neonatal por acción u omisión, los traumas obstétricos son causados por la mecánica del feto al pasar por el canal del parto o por la tracción y presión producidas por la manipulación durante el parto. La variedad de los traumas citados incluye a los fisiológicos y a los graves que pueden [dejar secuelas para el resto de la vida y] conducir a la muerte del recién nacido”*, como aconteció en el presente caso.

53. Por lo que hace a la encefalopatía hipóxico-isquémica que presentó V2, la opinión médica citada la define como *“la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa, a su vez la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, que es una encefalopatía neonatal debido a hipoxia e isquemia profunda por asfixia perinatal”*, lo cual fue desencadenado por la tardanza en la resolución del trabajo de parto.

54. En cuanto a la clasificación de Sarnart (grado de severidad de la encefalopatía hipóxico-isquémica), se estableció un grado III, que se traduce en un compromiso

asfíctico severo que tiene un 96% de resultado desalentador al tratamiento, pues *“el sistema nervioso central es el más afectado en rangos entre un 60-70%”*, por lo que la asfixia severa que presentó V2 muestra una mortalidad muy elevada del 50-75% y *“prácticamente todos los supervivientes desarrollan secuelas neurológicas. En las 24 a 72 horas después de la lesión, el neonato con asfixia perinatal severa, como es el caso en particular, presenta frecuentemente un deterioro clínico; pueden aparecer, disminución del nivel de conciencia, pupilas fijas y falla respiratoria”*.

55. Debido a la inadecuada atención del trabajo de parto de V1, V2 presentó las complicaciones antes mencionadas (sufrimiento fetal agudo, trauma obstétrico, encefalopatía hipóxico-isquémica Sarnat III), las cuales representan un porcentaje elevado de muerte neonatal, es decir, que son de difícil remisión, por tal motivo, personal del servicio de pediatría del Hospital Rural 69 el mismo 21 de septiembre de 2014 indicó el traslado de V2 al Hospital General de Ensenada, para la continuación de su tratamiento donde finalmente falleció el 22 de septiembre de 2014 a las 00:50 horas, estableciéndose como causa de su muerte en el certificado de defunción: *“sufrimiento fetal agudo”*.

56. Acorde a las consideraciones expuestas en la presente Recomendación, para este Organismo Nacional existen evidencias suficientes que permiten aducir que debido a la inadecuada atención médica en el trabajo de parto otorgado a V1 por parte del personal del Hospital Rural 69, propiciando complicaciones posteriores que ocasionaron el fallecimiento de V2.

57. Finalmente, este Organismo Constitucional advirtió falta de personal especializado al momento de los hechos, aunado a las omisiones por parte del personal médico, puesto que la atención de V1 y V2 fue proporcionada por MPSS1 y MR, sin la supervisión del médico encargado del servicio de Ginecología y Obstetricia, como lo dispone el numeral 11.4 de la Norma Oficial Mexicana

NOM-001-SSA3-2012, “Educación en salud. Para la organización y el funcionamiento de residencias médicas” que prevé la obligación de los médicos residentes de *“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”*, en detrimento de V1 y V2 que recibieron una atención deficiente por lo que existe responsabilidad de AR3, quien al fungir como Director del Hospital Rural 69, debe procurar la disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinda ese nosocomio, en cuanto a la suficiencia de personal médico capacitado.⁷

3. El derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica en relación con V1.

58. 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, existe violencia institucional cuando los servidores públicos comentan acciones u omisiones que tengan como fin *“evitar, dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*, entre ellas, la obstétrica, teniendo como obligación aplicar *“las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres”*.

59. La violencia obstétrica es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida

⁷ Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrafo 12, inciso a).

Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (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 deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-infantil.

60. 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.

61. En el presente caso, este Organismo Constitucional advirtió que debido a la falta de personal médico especializado en el servicio de Ginecología y obstetricia, a V1 no se le otorgó una atención oportuna y adecuada, propiciándole de manera innecesaria un sufrimiento tanto físico como emocional al sentir que el producto de la gestación V2 estuviera por un tiempo prolongado sin ser expulsada de manera completa del canal vaginal, lo que constituye violencia obstétrica. Con ello, además se incumplió la referida Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012⁸, en sus numerales 9, 9.3.1, 9.3.2, 9.5, 10.3 y 10.5, que dispone: *“Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias”*.

⁸ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 2013.

62. Para esta Comisión Nacional las conductas por parte del personal del Hospital Rural 69, configuraron violencia obstétrica, en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59 de su Reglamento.

63. En suma, esta Comisión Nacional concluye con respecto a los hechos y medios de convicción que integran el expediente, que AR1, AR2 y AR3 son responsables por la violación de los derechos de: **1.** A la protección de la salud materna de V1; **2.** Derecho a la vida de V2 y **3.** El derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) de V1.

64. Finalmente, en términos del artículo 4° de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, V3 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener una relación inmediata con V1, como su compañero de vida, de conformidad con las constancias que integran el presente expediente y quien evidentemente sufrió una afectación con motivo del fallecimiento de V2, por lo que de conformidad con el citado ordenamiento, las víctimas tienen derecho a la reparación integral del daño.

4. Responsabilidad.

65. Este Organismo Constitucional Autónomo acreditó que AR1, AR2, AR3, incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, incurriendo con ello en la inobservancia a las obligaciones previstas en los artículos 8°, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos; 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión, deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Asimismo, se cuenta con elementos de convicción suficientes para formular la denuncia de hechos

respectiva ante la Procuraduría General de la República contra AR1 y AR2 personal médico que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

66. Ahora bien, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo, y 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 esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control del IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa correspondiente, que a través de sus acciones u omisiones infringieron los derechos humanos ya establecidos en los hechos que motivaron el presente pronunciamiento.

5. Reparación del daño.

67. En términos de los artículos 1º, 2º, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8º, 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 38 a 41 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 y a una vida libre de violencia de V1 y a la vida de V2, se deberá inscribir a V1 y a su esposo V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que, en lo conducente, tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral. Para tal efecto, esta

Comisión Nacional, remitirá copia de la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

68. De igual forma 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”⁹, 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, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables. En ese sentido, se deberán llevar a cabo acciones encaminadas a la reparación integral del daño ocasionado a V1 por la violación a su derecho a la protección de la salud, y la vulneración al derecho a la vida de V2, así como a su padre V3.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a fin de que a la brevedad se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a V1 y V3 que incluyan el pago de una indemnización justa y el otorgamiento de la atención médica y psicológica necesaria en su favor, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 13 y el Hospital Rural 69, con base en las consideraciones planteadas en

⁹ Aprobado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 2005.

la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para dotar de personal médico suficiente y capacitado en todos los servicios médicos que brinda la Unidad de Medicina Familiar 13 y en el Hospital Rural 69, ambos en Ensenada, Baja California, y se adopten las medidas necesarias para que exista supervisión permanente a los médicos residentes y médicos pasantes del servicio social, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control de ese Instituto respecto del personal que mediante sus acciones u omisiones vulneraron los derechos humanos de V1, V2 y V3, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

CUARTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la denuncia de hechos que se presente ante la Procuraduría General de la República en contra de AR1 y AR2 personal médico que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

QUINTA. Se diseñen e impartan en la UMF 13 y el Hospital Rural 69 del IMSS, un curso integral y un taller de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, así como sobre el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas. Este curso y taller deberá ser impartido con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento.

SEXTA. Participe ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo, en el seguimiento e inscripción de V1 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

69. 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 actos violatorios cometidos 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.

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

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

72. 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 explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ