



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS

1. El 5 de octubre de 2011, V1, mujer de 23 de años de edad, que se encontraba cursando con un embarazo de 39.5 semanas de gestación, presentó síntomas de cefalea occipital opresiva y de moderada intensidad, zumbido de oídos, así como sensaciones luminosas, por lo que acudió al Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Durango, Durango, en donde recibió atención médica por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4.
2. Al día siguiente, uno de los galenos le indicó que su estado de salud se encontraba estable y que el dolor de cabeza que tenía se debía más a una cuestión psicológica que física. La víctima fue conectada a un aparato, con el objetivo de monitorear a V2 (producto), sin embargo, alrededor de las 12:00 horas le fue informado que la bebé presentaba sufrimiento y taquicardia, por lo que sería necesario practicarle una cesárea; no obstante, a las 14:00 horas, otro médico le refirió que sí podría tener un parto natural, por lo que le suministró oxitocina, a fin de inducirla a parto.
3. Así las cosas, siendo las 18:00 horas, un médico le realizó un tacto vaginal, para posteriormente romperle la fuente; en ese momento se percató que le salía un líquido de color verde y fue ingresada a la sala de expulsión; en dicho lugar, un médico se subió a su estómago, aplicándole movimientos, sintiendo que era aplastada, sin embargo, minutos después le fue practicada una cesárea, pero al momento de su nacimiento, V2 no lloró.
4. Ante ello, V1 le preguntó al personal médico qué había sucedido, a lo que uno de ellos le respondió que V2 había aspirado líquido amniótico y que sería necesario suministrarle diversos medicamentos. El 7 de octubre de 2011, V1 fue dada de alta, mientras que V2 permaneció internada; sin embargo, hora y media después V1 recibió una llamada telefónica en la que personal del Hospital General de Zona Número 1 del IMSS le solicitó que acudiera inmediatamente, debido a que su hija había fallecido, señalándose como causa de muerte en el certificado de defunción síndrome de aspiración de meconio. En consecuencia, el 15 de diciembre de 2011, V1 presentó un escrito de queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, la cual, por razón de competencia, el día 28 del mes

y año citados fue remitida a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, iniciándose el expediente CNDH/1/2012/273/Q.

Observaciones

5. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/ 2012/273/Q, se contó con elementos que permitieron observar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4, médicos adscritos al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, en Durango, Durango, en atención a lo siguiente:
6. Toda vez que el 5 de octubre de 2011 V1, que se encontraba cursando las 39.5 semanas de gestación, presentó síntomas de cefalea occipital opresiva y de moderada intensidad, zumbido de oídos, así como sensaciones luminosas, por lo cual acudió al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, en Durango, Durango; AR1, médico ginecoobstetra, diagnosticó a V1 con un cuadro clínico de embarazo de 39.5 semanas de gestación y enfermedad hipertensiva del embarazo, e indicó como plan de manejo su ingreso al Área de Tocolabor. 1990/2013
7. El perito-médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto observó que AR1 omitió indicar en el diagnóstico que V1 cursaba con un embarazo de alto riesgo, debido al descontrol hipertensivo; tampoco ordenó medidas para controlar su presión arterial y monitorear la frecuencia cardiaca fetal y su presión cada 10 minutos, así como incluir dentro de su plan de manejo suministro de oxígeno, con el objetivo de prevenir hipoxia en V2, y solicitar que se le practicara un ultrasonido, a fin de estar en posibilidad de valorar la viabilidad fetal y elaborar el partograma respectivo.
8. V1 permaneció sin una adecuada y estrecha vigilancia por parte del personal médico del Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, siendo que a las 05:15 horas del 6 de octubre de 2011 fue valorada por AR2, médico ginecoobstetra, quien omitió realizar un interrogatorio amplio a V1, así como practicarle un ultrasonido obstétrico que hubiera permitido determinar que cursaba con un embarazo de alto riesgo y detectar oportunamente la circular de cordón al cuello, que para ese momento V2 ya presentaba.

9. Lo anterior, aunado al hecho de que AR2 omitiera precisar en la hoja de partograma los datos que permitieran evidenciar una vigilancia estrecha del binomio materno-fetal, tuvo como consecuencia que el citado servidor público no indicara un adecuado plan de manejo a las víctimas, consistente en oxigenar a V1 e interrumpir inmediatamente el embarazo, a fin de prevenir riesgos obstétricos, complicaciones en el estado de salud de ambas y con ello brindar un mejor pronóstico de sobrevivida al producto.
10. A las 14:00 horas del 6 de octubre de 2011, es decir, siete horas después de que AR2 ordenó iniciar la inducción de parto, V1 recibió atención por parte de AR3, quien indicó suspender el suministro de oxitocina y prepararla para cirugía, precisando que en ese momento las salas de expulsión se encontraban ocupadas, por lo que la víctima sería atendida por el personal del siguiente turno.
11. En opinión del perito médico de este Organismo Nacional, AR3 demostró un desconocimiento en el manejo de pacientes como V1 y V2, en virtud de que omitió interrogar ampliamente y explorar adecuadamente a la primera de ellas, a fin de estar en posibilidad de integrar el diagnóstico de embarazo de alto riesgo, debido a que anteriormente había presentado síntomas de preeclampsia; asimismo, no practicó un tacto vaginal para valorar las modificaciones cervicales, y al igual que los otros médicos tratantes tampoco ordenó un ultrasonido obstétrico de manera urgente para evaluar las condiciones de V2, oxigenar, llevar a cabo la cesárea inmediatamente, ni que se verificara cada 10 minutos la frecuencia cardíaca y signos vitales del binomio.
12. A las 15:30 horas, V1 fue valorada por AR4, quien omitió diagnosticarla con un embarazo de alto riesgo y ordenar que se le practicara un ultrasonido para estar en posibilidad de evaluar la condición fetal e interrumpir de inmediato la gestación mediante cesárea; no obstante que el citado servidor público advirtió que el registro cardiotocográfico reportó a V2 tendente a la taquicardia fetal, omitió oxigenar a la madre e incluso, contradictoriamente, indicó que se le suministrara oxitocina, situación que favoreció el sufrimiento fetal agudo.
13. Según se desprende de la nota elaborada por AR4, tres horas después, V1 ingresó a la sala de expulsión, donde se le practicó una episiotomía medio lateral derecha de aproximadamente tres centímetros, atendándose así un parto eutócico, protegiendo periné con maniobra de Ritgen, sin embargo, indicó que, al nacer, V2 no presentó llanto ni respiró, por lo que el personal

del Servicio de Pediatría le aspiró las secreciones con perilla, calificándola con apgar de 3-8; asimismo, AR4 precisó que el alumbramiento se dirigió por maniobras de Brandt-Andrews.

14. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional advirtió que AR4 omitió describir el trauma obstétrico, la circular de cordón al cuello y la presencia de meconio, además de que de manera inadecuada practicó las maniobras Brandt-Andrews, y también la de Kristeller, misma que se encuentra contraindicada debido a las graves complicaciones maternas y fetales que conlleva su uso, en virtud de que la misma condiciona hipoxia por compromiso de la circulación materno-fetal.
15. A mayor abundamiento, se observó que AR4 señaló que atendió un parto eutócico (parto normal), cuando en realidad fue uno distócico (cuando se presenta una anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo), situación que se corroboró con el contenido de la hoja de registro de atención del recién nacido en sala de parto y puerperio y con el resumen clínico emitido por otro médico.
16. En las notas y resumen clínico emitidos por el personal que atendió a V2 después de su nacimiento, se señaló que presentó malas condiciones generales, precisamente por haber cursado con sufrimiento fetal, líquido meconial +++++, circular de cordón al cuello, respiración en boqueo y cianosis generalizada; por ello, la pediatra tratante le realizó maniobras de reanimación neonatal, aspirando el líquido amniótico de las vías aéreas superiores a través de una laringoscopia directa, intubando y ventilando, así como aplicándole un masaje cardíaco; dicho manejo permitió su recuperación parcial y transitoria.
17. Sin embargo, el estado de salud de V2 continuó deteriorándose, por lo que a las 19:30 horas se determinó ingresarla a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde nuevamente le practicaron una aspiración a través de tubo endotraqueal, obteniendo meconio espeso, por lo que se ajustó su ventilación y se le colocó onfaloclisia y se indicó como plan de manejo ayuno, esquema de soluciones a requerimiento y dosis ponderal, suministrarle antibióticos de amplio espectro por el riesgo de sepsis, aminas y practicarle paraclínicos y radiografías de control.
18. V2 permaneció en dicha Unidad aproximadamente 19 horas con monitoreo y vigilancia estrecha, apoyo multisistémico, cardioventilatorio, gastronutricio y hematoinfeccioso, sin embargo, no le brindó mejoría alguna en su estado de salud; el 7 de octubre de 2011 presentó una bradicardia que no fue posible revertir mediante maniobras de reanimación y tratamiento

farmacológico, por lo que a las 14:00 horas se declaró su fallecimiento, indicándose como causa de muerte en el certificado de defunción síndrome de aspiración de meconio con evolución de 18 horas, derivado de que aspiró líquido amniótico teñido de meconio y/o contaminado cuando sufrió hipoxia, ya que al esforzarse para respirar inhaló un gran volumen del citado líquido, causándole una complicación grave y de elevada mortalidad que no fue detectada ni manejada adecuada y oportunamente.

19. En suma, las irregularidades en que AR1, AR2, AR3 y AR4 incurrieron desde el ingreso de V1 al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, tales como: 1) omitir interrogarla ampliamente; 2) omitir practicarle un ultrasonido; 3) no interrumpir de manera inmediata el embarazo, a través de una cesárea; 4) suministrar oxitocina cuando V2 presentaba sufrimiento fetal; 5) realizar una tracción forzada y compresión inadecuada del cordón umbilical enrollado al cuello, y 6) efectuar una maniobra contraindicada durante el parto, tuvieron como consecuencia que no se diagnosticara adecuada y oportunamente la circular de cordón al cuello y el sufrimiento fetal de V2 y que ésta cursara con complicaciones.

20. Dichas irregularidades propiciaron que V2 aspirara líquido amniótico y que su estado de salud se deteriora, a pesar de tratarse de un producto de término y con buen peso, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos del IMSS, vulnerándose con ello los derechos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2.

Recomendaciones

PRIMERA. Reparar el daño ocasionado a V1, o a quien tenga mejor derecho a ello, incluyendo la atención médica, psicológica y de rehabilitación que requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, en Durango, Durango.

SEGUNDA. Impartir a los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, en Durango, Durango, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en Materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente respecto de los cuidados materno-infantil, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión

y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Girar instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, en Durango, Durango, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

CUARTA. Adoptar medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales mexicanas correspondientes.

QUINTA. Colaborar con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto.

SEXTA. Colaborar en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República.

RECOMENDACIÓN No. 6/2013

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, DEL IMSS EN EL ESTADO DE DURANGO, EN AGRAVIO DE V1 Y V2, Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2.

México, D.F., a 20 de febrero de 2013.

**DR. 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 lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 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; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2012/273/Q, relacionados 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 sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 5 de octubre de 2011, V1, mujer de 23 de años de edad, que se encontraba cursando con un embarazo de 39.5 semanas de gestación, presentó síntomas de cefalea occipital opresiva y de moderada intensidad, zumbido de oídos, así como sensaciones luminosas, por lo que acudió al Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Durango, Durango, en donde recibió atención médica por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4.

4. De acuerdo al dicho de V1, al día siguiente, uno de los galenos que la atendió, le indicó que su estado de salud se encontraba estable, que su presión arterial era regular y que el dolor de cabeza que tenía se debía más a una cuestión psicológica que física. La víctima fue conectada a un aparato, con el objetivo de monitorear a V2 (producto); sin embargo, alrededor de las 12:00 horas le fue informado que la bebé presentaba sufrimiento y taquicardia, por lo que sería necesario practicarle una cesárea; no obstante, a las 14:00 horas, otro médico le refirió que sí podría tener un parto natural, por lo que le suministró oxitocina, a fin de inducirla a parto.

5. Así las cosas, siendo las 18:00 horas, un médico le realizó un tacto vaginal, para posteriormente, según lo manifestó la víctima, romperle la fuente con unas pinzas; en ese momento, se percató que le salía un líquido de color verde y fue ingresada a la sala de expulsión; en dicho lugar, un médico se subió a su estómago, aplicándole movimientos, sintiendo que era aplastada; sin embargo, minutos después le fue practicada una cesárea, pero al momento de su nacimiento, V2 no lloró.

6. Ante ello, V1 le preguntó al personal médico qué había sucedido, a lo que uno de ellos le respondió que V2 había aspirado líquido amniótico y que sería

necesario suministrarle diversos medicamentos. El 7 de octubre de 2011, V1 fue dada de alta, mientras que V2 permaneció internada para su atención; sin embargo, hora y media después V1 recibió una llamada telefónica en la que personal del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, le solicitó que acudiera inmediatamente, debido a que su hija había fallecido, señalándose como causa de muerte en el certificado de defunción, síndrome de aspiración de meconio.

7. En consecuencia, el 15 de diciembre de 2011, V1 presentó escrito de queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, la cual por razón de competencia el 28 de ese mismo mes y año, fue remitida a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, iniciándose el expediente CNDH/1/2012/273/Q; por lo que se solicitaron los informes y copia del expediente clínico correspondientes, a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS.

II. EVIDENCIAS

8. Queja presentada el 15 de diciembre de 2011 por V1, ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, la cual fue remitida a este organismo nacional, el 28 del mismo mes y año, a través del oficio No. 5753/11, a la que se anexó diversa documentación, de la que destacó:

- a. Hoja de referencia-contrareferencia de V1, emitida el 19 de agosto de 2011, por personal médico adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del IMSS, en Durango, Durango.
- b. Hojas de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico de V1, elaboradas el 19 de agosto y 27 de septiembre de 2011, por personal médico adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del IMSS, en Durango, Durango.
- c. Hojas de diagnóstico y tratamiento (otros datos clínicos) de V1, realizadas el 19 de agosto y 27 de septiembre de 2011, por personal médico adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del IMSS, en Durango, Durango.
- d. Certificado de defunción de V2, en el que se señalaron las 14:00 horas del 7 de octubre de 2011, como la hora y fecha de fallecimiento, y se precisó como causa de muerte: síndrome de aspiración de meconio.

9. Actuaciones realizadas en las brigadas de trabajo de 14, 21 y 28 de febrero y 6 de marzo de 2012, por personal de esta Comisión Nacional, en las que solicitó a servidores públicos de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, información respecto al presente caso, a lo que éstos respondieron, que la documentación requerida se encontraba en trámite.

10. Informes No. 100116022151/SM/116/2012 y No. 102402200200/D/110, de 13 y 14 de febrero de 2012, suscritos por los directores de la Unidad de Medicina

Familiar No. 44 y del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, a los que anexaron los resúmenes clínicos emitidos por el personal médico tratante de V1 y V2, así como algunas de las notas que integraron sus expedientes clínicos, enviados a este organismo nacional a través del oficio No. 09521746B0/003104, de 20 del citado mes y año, por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH de ese Instituto.

11. Actuaciones realizadas en las brigadas de trabajo de 13 y 20 de marzo de 2012, en las que servidores públicos de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS manifestaron que toda la información solicitada por este organismo nacional para la integración del expediente de mérito ya había sido entregada.

12. Constancias del expediente clínico de V1 y V2, generado con motivo de la atención médica que se les proporcionó en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, enviados a este organismo nacional mediante el oficio No. 09521746B0/0005406, de 23 de marzo de 2012, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del citado Instituto, entre las que destacaron:

- a. Notas inicial y de evolución de V1, emitidas el 5 de octubre de 2011, por AR1, médico ginecobstetra adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.
- b. Consentimiento informado en planificación familiar, en la que se aprecian las firmas de V1 y un testigo, de 5 de octubre de 2011.
- c. Nota médica de evolución de V1, elaborada a las 05:15 horas de 6 de octubre de 2011 por AR2, médico ginecobstetra adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.
- d. Carta de consentimiento bajo información de procedimiento o intervención quirúrgica, en la que solamente se aprecia la firma de V1, de 6 de octubre de 2011.
- e. Hoja de registro de atención del recién nacido en sala de parto y puerperio de V1 y V2, realizada a las 08:03 horas de 6 de octubre de 2011 por personal médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.
- f. Nota médica de evolución de V1, realizada a las 14:00 horas de 6 de octubre de 2011 por AR3, médico ginecobstetra adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.
- g. Nota médica de evolución de V1, efectuada a las 15:30 horas de 6 de octubre de 2011 por AR4, médico ginecobstetra adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.
- h. Nota médica de V1, emitida a las 18:30 horas de 6 de octubre de 2011 por personal adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.
- i. Nota de postparto de V1, efectuada a las 18:50 horas de 6 de octubre de 2011 por AR4, médico ginecobstetra adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.

- j. Nota de egreso de V1, elaborada a las 10:00 horas de 7 de octubre de 2011 por un médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Durango, Durango.

13. Comunicación telefónica sostenida el 26 de marzo de 2012 entre personal de esta Comisión Nacional y un servidor público adscrito a la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a efecto de solicitarle copias legibles de las hojas de indicaciones médicas, de enfermería y partograma de V1 y V2, elaboradas el 5, 6 y 7 de octubre de 2011, con motivo de la atención médica que se les otorgó en el Hospital General de Zona No. 1 de ese Instituto.

14. Actuaciones realizadas en las brigadas de trabajo de 27 de marzo, 10 y 24 de abril de 2012, en las que servidores públicos de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, manifestaron que toda la información solicitada por este organismo nacional para la integración del expediente de mérito, ya había sido entregada.

15. Opinión médica emitida el 4 de septiembre de 2012 por un perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención proporcionada a V1 y V2, en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS.

16. Comunicaciones telefónicas sostenidas el 22 de octubre de 2012 y 10 de enero de 2013 entre personal de este organismo nacional y V1, quien precisó que a partir de que sucedieron los hechos no ha regresado al IMSS, en razón de que se encuentra afectada emocionalmente por el fallecimiento de V2; agregando que no había presentado denuncia penal ni queja alguna.

17. Comunicación telefónica sostenida el 10 de enero de 2013, entre personal de esta Comisión Nacional y de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, en la que se indicó que los antecedentes del caso se enviaron para análisis a la Comisión Bipartita de ese Instituto.

18. Copia del oficio de 7 de febrero de 2013, a través del cual se notificó a V1, sobre la procedencia de una indemnización.

19. Comunicación telefónica sostenida el 15 de febrero de 2013, entre personal de este organismo nacional y V1, quien refirió que efectivamente, personal del IMSS se había contactado con ella, informándole sobre la procedencia del pago de la indemnización respectiva; agregando, su deseo por que se sancione a los responsables y para que esta Comisión Nacional continuara con el trámite de su expediente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

20. El 5 de octubre de 2011, V1, mujer que cursaba con 39.5 semanas de gestación, presentó enfermedad hipertensiva del embarazo, por lo que acudió al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, donde fue valorada por los médicos AR1, AR2, AR3 y AR4, sin que fuera diagnosticada con un embarazo de alto riesgo ni se detectara la circular de cordón al cuello que V2 presentaba.

21. Así las cosas, a las 18:10 horas del 6 de octubre de 2011, se practicó a V1 una cesárea; sin embargo, V2 no lloró a su nacimiento, indicando el personal médico, que dicha situación obedeció a que había aspirado líquido amniótico; por ello, la recién nacida fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del citado nosocomio, donde a las 14:00 horas del siguiente día falleció, señalándose como causa de muerte, síndrome de aspiración de meconio, con evolución de 18 horas.

22. Finalmente, es importante precisar que a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no se tuvieron constancias de que efectivamente se hubiera iniciado averiguación previa o algún otro procedimiento relacionado con los hechos; además, se comunicó a esta Comisión Nacional la procedencia de una indemnización a favor de V1; sin embargo, no se han remitido constancias que permitan acreditar que dicho pago haya sido debidamente efectuado.

IV. OBSERVACIONES

23. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2012/273/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron observar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4, médicos adscritos al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, en atención a lo siguiente:

24. Toda vez que el 5 de octubre de 2011, V1, mujer de 23 años de edad, que se encontraba cursando las 39.5 semanas de gestación, presentó síntomas de cefalea occipital opresiva y de moderada intensidad, zumbido de oídos, así como sensaciones luminosas, acudió al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango; así las cosas, a su exploración física, AR1, médico ginecobstetra, la encontró: consciente; orientada; con leve palidez de tegumentos; hidratada; presión arterial de 140/100; sin compromiso cardioventilatorio; abdomen globoso a expensas de útero gestante; fondo uterino de 31 cms; producto único vivo, en posición cefálica, con el dorso a la izquierda y frecuencia cardiaca de 150 x'. Además, al realizarle un tacto vaginal, advirtió que el cérvix posterior se encontraba dilatado 1 cm, con 50% de borramiento y extremidades íntegras sin edema.

25. AR1 diagnosticó a V1, con un cuadro clínico de: embarazo de 39.5 semanas de gestación y enfermedad hipertensiva del embarazo e indicó como plan de manejo su ingreso al área de Tocolabor, a fin de que se le practicara un perfil toxémico, así como monitorear su tensión arterial y suministrarle 1000 cc de solución glucosada para ocho horas.

26. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto observó que AR1 omitió indicar en el diagnóstico que V1 cursaba con un embarazo de alto riesgo, debido al descontrol hipertensivo que presentaba; además, de que tampoco ordenó medidas para controlar su presión arterial, tales como mantenerla en reposo absoluto en posición decúbito lateral izquierda y monitorear la frecuencia cardíaca fetal y su presión cada diez minutos; así como, incluir dentro de su plan de manejo, suministro de oxígeno, con el objetivo de prevenir hipoxia en V2, y solicitar que se le practicara un ultrasonido, a fin de estar en posibilidad de valorar la viabilidad fetal y elaborar el partograma respectivo.

27. En este contexto, se observó que V1 permaneció sin una adecuada y estrecha vigilancia por parte del personal médico del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, siendo que a las 05:15 horas del 6 de octubre de 2011 fue valorada por AR2, médico ginecobstetra, quien la reportó con: 39.5 semanas de gestación y enfermedad hipertensiva del embarazo; asimismo, indicó que a su exploración física la encontró: consciente; con presión arterial dentro de los límites normales; cefalea; actividad uterina regular; movimientos fetales presentes; sin pérdidas transvaginales; buena hidratación y coloración; sin compromiso cardiorrespiratorio; extremidades normales sin edema; reflejos osteotendinosos normales; y, a V2 con frecuencia cardíaca de 155x, en posición longitudinal, cefálico y con dorso a la izquierda.

28. AR2 agregó que al realizar el tacto vaginal a V1 observó: pelvis útil; cérvix central permeable a un dedo y membranas íntegras; señaló que los estudios de laboratorio practicados a la víctima la reportaron dentro de los parámetros normales e indicó como plan de manejo, iniciar la inducción de trabajo de parto, vigilar la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina.

29. En este sentido, el perito médico de esta Comisión Nacional advirtió que AR2 omitió realizar un interrogatorio amplio a V1, así como practicarle un ultrasonido obstétrico que hubiera permitido determinar que la víctima cursaba con un embarazo de alto riesgo y detectar, oportunamente la circular de cordón al cuello, que para ese momento V2 ya presentaba.

30. Lo anterior, aunado al hecho de que AR2 omitiera precisar en la hoja de partograma los datos que permitieran evidenciar una vigilancia estrecha del binomio materno-fetal, tales como la presión arterial, cantidad y duración de las contracciones uterinas y modificaciones cervicales, tuvo como consecuencia que el citado servidor público no indicara un adecuado plan de manejo a las víctimas, consistente en: oxigenar a V1 e interrumpir inmediatamente el embarazo, a fin de

prevenir riesgos obstétricos, complicaciones en el estado de salud de ambas y con ello brindar un mejor pronóstico de sobrevivida al producto.

31. Posteriormente, a las 14:00 horas del 6 de octubre de 2011, es decir, siete horas después de que AR2 ordenó iniciar la inducción de parto, V1 recibió atención por parte de AR3, médico ginecobstetra adscrita al mencionado nosocomio, quien a su exploración física la encontró con: presión arterial de 113/66, frecuencia cardíaca de 65 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y frecuencia cardíaca fetal de 165-170 por minuto; ante ello, AR3 indicó suspender el suministro de oxitocina y prepararla para cirugía, precisando que en ese momento las salas de expulsión se encontraban ocupadas, por lo que la víctima sería atendida por el personal del siguiente turno.

32. En opinión del perito médico de este organismo nacional, AR3 demostró un desconocimiento en el manejo de pacientes como V1 y V2, en virtud de que omitió interrogar ampliamente y explorar adecuadamente a la primera de ellas, a fin de estar en posibilidad de integrar el diagnóstico de embarazo de alto riesgo, debido a que anteriormente había presentado síntomas de preeclampsia; asimismo, no practicó un tacto vaginal para valorar las modificaciones cervicales, y al igual que los otros médicos tratantes tampoco ordenó un ultrasonido obstétrico de manera urgente para evaluar las condiciones de V2, oxigenar, llevar a cabo la cesárea inmediatamente, ni que se verificara cada diez minutos la frecuencia cardíaca y signos vitales del binomio.

33. Posteriormente, a las 15:30 horas, V1 fue valorada por AR4, quien omitió diagnosticarla con un embarazo de alto riesgo y ordenar que se le practicara un ultrasonido para estar en posibilidad de evaluar la condición fetal e interrumpir de inmediato la gestación mediante cesárea; además, no obstante que el citado servidor público advirtió que el registro cardiotocográfico reportaba a V2 con 153-160 latidos por minuto, es decir, tendente a la taquicardia fetal, omitió oxigenar a la madre e incluso, contradictoriamente, indicó que se le suministrara oxitocina, situación que favoreció el sufrimiento fetal agudo.

34. Así las cosas, según se desprende de la nota de postparto elaborada por AR4, tres horas después V1 ingresó a la sala de expulsión, donde se le practicó una episiotomía medio lateral derecha de aproximadamente 3 cm, atendándose así un parto eutócico, protegiendo periné con maniobra de Ritgen; sin embargo, indicó que al nacer V2 no presentó llanto ni respiró, por lo que el personal del servicio de Pediatría le aspiró las secreciones con perilla, calificándola con apgar de 3-8; asimismo, AR4 precisó que el alumbramiento se dirigió por maniobras de Brandt-Andrews.

35. Sobre el particular, el perito médico de esta Comisión Nacional advirtió que AR4 incurrió en diversas irregularidades, toda vez que omitió describir el trauma obstétrico, la circular de cordón al cuello y la presencia de meconio, además de que de manera inadecuada practicó las maniobras Brandt-Andrews, y de acuerdo al dicho de la víctima también la de Kristeller, misma que se encuentra

contraindicada debido a las graves complicaciones maternas y fetales que conlleva su uso, en virtud de que la misma condiciona hipoxia por compromiso de la circulación materno-fetal.

36. A mayor abundamiento, se observó que AR4 señaló, en la nota respectiva, que atendió un parto eutócico (parto normal), cuando en realidad fue uno distócico (cuando se presenta una anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo); situación que se corroboró con el contenido de la hoja de registro de atención del recién nacido en sala de parto y puerperio y con el resumen clínico emitido por otro médico del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS.

37. Ahora bien, en las notas y resumen clínico emitidos por el personal que atendió a V2 después de su nacimiento, se señaló que la recién nacida presentó malas condiciones generales, precisamente, por haber cursado con sufrimiento fetal, líquido meconial +++++, circular de cordón al cuello, respiración en boqueo y cianosis generalizada; por ello, la pediatra tratante le realizó maniobras de reanimación neonatal, aspirando el líquido amniótico de las vías aéreas superiores a través de una laringoscopia directa, intubando y ventilando, así como aplicándole un masaje cardíaco; dicho manejo permitió su recuperación parcial y transitoria.

38. Sin embargo, el estado de salud de V2 continuó deteriorándose, por lo que a las 19:30 horas se determinó ingresarla a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, donde nuevamente le practicaron una aspiración, a través de tubo endotraqueal, obteniendo meconio espeso, por lo que se ajustó su ventilación y se le colocó onfaloclis (catéter a través de vena umbilical para manejo de líquidos, medicamentos, toma de gasometría y laboratoriales) y se indicó como plan de manejo: ayuno, esquema de soluciones a requerimiento y dosis ponderal, suministrarle antibióticos de amplio espectro por el riesgo de sepsis, aminas (fármacos que favorecen la contractilidad y gasto cardíaco, aumentan la presión arterial y el volumen sanguíneo para una adecuada oxigenación y perfusión de los órganos y tejidos), practicarle paraclínicos y radiografías de control.

39. Así las cosas, V2 permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del citado hospital, aproximadamente diecinueve horas con monitoreo y vigilancia estrecha, apoyo multisistémico, cardioventilatorio, gastronutricio y hematoinfeccioso; sin embargo, dicho manejo, a pesar de ser adecuado, no le brindó mejoría alguna en su estado de salud, a grado tal que el 7 de octubre de 2011, de manera súbita, presentó una bradicardia que no fue posible revertir mediante maniobras de reanimación y tratamiento farmacológico (aplicación de cuatro dosis de adrenalina y bicarbonato de sodio), por lo que, a las 14:00 horas se declaró su fallecimiento, indicándose como causa de muerte en el certificado de defunción: síndrome de aspiración de meconio con evolución de 18 horas.

40. Es decir, que V2 perdió la vida derivado de que aspiró líquido amniótico teñido de meconio y/o contaminado cuando sufrió hipoxia; ya que al esforzarse para respirar, inhaló un gran volumen del citado líquido, causándole una complicación grave y de elevada mortalidad que no fue detectada ni manejada adecuada y oportunamente.

41. En suma, las irregularidades en que AR1, AR2, AR3 y AR4 incurrieron desde el ingreso de V1 al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, tales como: 1) omitir interrogarla ampliamente; 2) omitir practicarle un ultrasonido; 3) no interrumpir de manera inmediata el embarazo, a través de una cesárea; 4) suministrar oxitocina cuando V2 presentaba sufrimiento fetal; 5) realizar una tracción forzada y compresión inadecuada del cordón umbilical enrollado al cuello, y 6) efectuar una maniobra contraindicada durante el parto, tuvieron como consecuencia que no se diagnosticara adecuada y oportunamente la circular de cordón al cuello y el sufrimiento fetal de V2 y que ésta cursara con complicaciones.

42. Dichas irregularidades propiciaron que V2 aspirara líquido amniótico y que su estado de salud se deteriora, a pesar de tratarse de un producto de término y con buen peso, convalidándose así, la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del IMSS.

43. En este contexto, AR1, AR2, AR3 y AR4, dejaron de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio; la cual ha sido mencionada en las recomendaciones 05/2011, 37/2011 y 06/2012, emitidas por esta Comisión Nacional, haciendo hincapié en la importancia que tiene precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto.

44. La citada Norma Oficial Mexicana establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para el 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.

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

46. Además, no pasó desapercibido para este organismo nacional que las cartas de consentimiento informado en planificación familiar y de procedimiento o

intervención quirúrgica, emitidas el 5 y 6 de octubre de 2011, presentaron irregularidades, tales como: ausencia de la firma y nombres del personal médico tratante y de los testigos respectivos; asimismo, destacó el hecho de que varias de las notas generadas con motivo de la atención proporcionada a V1 y V2 en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, son ilegibles, se encuentran desordenadas cronológicamente, no se precisan los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes para su identificación, evidenciando un incumplimiento a los preceptos que establecen los artículos 6 y 8, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

47. Las irregularidades mencionadas son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de los pacientes, 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.

48. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este organismo nacional en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012 y 58/2012, en las que se señalaron, precisamente, las irregularidades en las que incurre el personal médico cuando las notas que elaboran se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

49. 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 y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

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

51. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y

valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

52. En consecuencia, AR1, AR2, AR3 y AR4, médicos adscritos al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1 y V2, contenidos en los artículos 4, párrafo cuarto, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, primer párrafo; 61, fracciones I y II; 61 Bis, y 63 de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1, 6, 8, 43, 71 y 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio y NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

53. De igual forma, los citados servidores públicos, con sus omisiones, dejaron de 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 1, párrafos primero y segundo, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

54. En este sentido, los numerales 6.1 y 24.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 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; I y VII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a), c) y d), y 10.1 incisos a) y d), y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de los niños, 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 para ello las medidas necesarias para su plena efectividad.

55. Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en varias de sus sentencias que el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el 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, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

56. Para esta Comisión Nacional, resultó importante destacar que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V2 tuvieron una consideración especial en razón de su vulnerabilidad por ser menor de edad, ya que los agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior del niño, contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que la recién nacida recibiera una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del IMSS.

57. En este tenor, el artículo 3, de la Convención sobre los Derechos del Niño señala que las autoridades deben de atender el interés superior de la niñez, es decir, que para la toma de cualquier decisión o medida por parte de las mismas es necesario considerar, de manera previa y preferente, el bienestar de los menores y favorecer a su mejor desarrollo. La salvaguarda de los derechos del menor y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés.

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

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

60. Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, el personal adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, debió considerar el interés superior del paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarles a V1 y V2 la atención médica que requerían con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio

público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

61. Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública 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.

62. En este sentido, el artículo 7, párrafo tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su parte conducente, establece que dicho Instituto será corresponsable con el personal médico de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

63. De igual forma, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto IMSS, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Tomar las medidas necesarias, con el objetivo de reparar el daño ocasionado a V1, o a quien tenga mejor derecho a ello, incluyendo la atención médica, psicológica y de rehabilitación que requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, involucrados en los hechos, derivado

de la inadecuada atención médica proporcionada a V1 y V2 y de la pérdida de la vida de ésta última, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones para que se imparta a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente respecto de los cuidados Materno-Infantil, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento y envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Durango, Durango, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

CUARTA. Girar sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, especialmente los adscritos al multicitado hospital, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Colaborar ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de la República, a fin de que se inicie la averiguación previa que en derecho corresponda, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

65. La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el

carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de actos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como de en los términos que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda, por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

68. 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, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA