



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

RECOMENDACIÓN No. 46/2013

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA A V1 Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

México, D. F., a 29 de octubre de 2013

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZALEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracción IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos de evidencia contenidos en el expediente número CNDH/5/2012/8358/Q, relacionado con la queja de V1.

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

I. HECHOS

3. El 27 de agosto de 2012, aproximadamente a las 10:00 horas, V1 mujer de 28 años de edad, que cursaba 40.4 semanas de gestación, acudió al Hospital General de Zona número 2 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, debido a que presentaba

dolor y sangrado, ocasión en que fue valorada por AR1, médico especialista adscrito al servicio de Gineco-obstetricia, quien diagnosticó inicio de trabajo de parto y solicitó al área de Radiología que se le practicaría un ultrasonido obstétrico.

4. Ese mismo día, a las 16:45 horas, V1 fue revalorada en la sala de Urgencias por AR2, médico ginecoobstetra, quien, después de realizar un tacto vaginal y valorar el resultado del ultrasonido referido, señaló que presentaba un embarazo de término sin trabajo de parto y estableció como plan una revaloración cada 24 horas.

5. En atención a lo anterior, a las 12:35 horas del 28 de agosto de 2012, V1 acudió de nueva cuenta al servicio de Gineco-obstetricia, donde fue atendida por AR3, médico ginecoobstetra, quien indicó revaloración a las 16:00 y cita abierta al servicio de Urgencias.

6. No obstante, V1 fue valorada hasta las 18:55 horas de ese día, por AR4, médico ginecoobstetra, que determinó ingresarla al área de labor del servicio de Gineco-obstetricia.

7. Refiere V1 que después de las 22:20 horas del 28 de agosto de 2012, se le practicó una prueba de la frecuencia cardíaca fetal y AR5, médico ginecoobstetra adscrito al turno de la noche, no volvió a revisarla, no obstante que aproximadamente a las 03:00 horas del 29 agosto le comunicó a una enfermera que se le había roto la fuente y que no percibía que V2 se moviera.

8. Alrededor de las 08:00 horas del 29 de agosto de 2012, V1 manifestó a SP1, médico interno de pregrado y a SP2, médico ginecoobstetra del turno matutino, del área de Toco-cirugía, que V2 ya no se movía; al respecto, SP2, indicó en la nota respectiva que después de realizar rastreo con monitor sin auscultar frecuencia cardíaca fetal ni ultrasonido obstétrico, se diagnóstico óbito fetal (muerte dentro del útero).

9. Ese mismo día, a las 19:20 horas, se procedió al alumbramiento dirigido, extrayéndose a V2 y estableciéndose en el certificado de muerte fetal como causas del deceso procúbito de cordón umbilical y asfixia intrauterina.

10. Con motivo de lo anterior, se inició el expediente CNDH/5/2012/8358/Q y, a fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó información a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social y, en colaboración, a la Procuraduría General de Justicia del estado de Chiapas, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Queja presentada por V1, el 7 de septiembre de 2012, ante el Consejo Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas, remitida, en razón de competencia, a este organismo nacional, a través del oficio DIOQG/2339/2012, de la misma fecha, suscrito por el Director de Información, Orientación, Quejas y Gestoría del organismo local.

12. Oficio 09 52 17 46 B 0/018777, de 17 de octubre de 2012, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social, al que se adjunta el oficio 070101-20 200/044/CGO/2012, de 11 de septiembre de 2012, signado por el coordinador clínico del Servicio de Ginecobstetricia del Hospital General de Zona número 2 en Chiapas.

13. Oficio 09 52 17 46 B 0/020420, de 5 de noviembre de 2012, mediante el cual el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social, al que adjunta copia del expediente clínico de V1, del que destacan las constancias siguientes:

13.1. Ultrasonido obstétrico y resultado, de 27 de agosto de 2012, suscrito por un médico radiólogo.

13.2. Hoja de vigilancia y atención del parto de 27 de agosto de 2012, sin firma.

13.3. Notas médicas y prescripción, de 27, 28 y 29 de agosto de 2012, suscritas por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, SP1 y SP2, médicos adscritos al Hospital General de Zona número 2 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

13.4. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 28 de agosto de 2012.

13.5. Notas de atención médica, de 29 de agosto de 2012, suscritas por AR2, AR3, SP1 y SP2.

13.6. Partograma (historia clínica del parto) de 28 de agosto de 2012, correspondiente a V1.

13.7. Nota postparto, de 29 de agosto de 2012, suscrita por AR2.

13.8. Certificado de muerte fetal de V2, de 29 de agosto de 2012, con número de folio 120002941.

13.9. Nota de alta, de 30 de agosto de 2012, suscrita por SP1.

14. Actas circunstanciadas de 15 de enero, 14 de febrero y 21 de marzo de 2013, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que se hace constar diligencias diversas practicadas con V1.

15. Comparecencia del 26 de abril de 2013, efectuada por V1 ante personal fedatario de este organismo nacional.

16. Acta circunstanciada, de 16 de mayo de 2013, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, mediante la que se hace constar la gestión telefónica que se practicó con servidores públicos de la Dirección General de Orientación y Protección a Instituciones y Defensores de los Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas.

17. Oficio 09 52 17 61 4621/0733, de 7 de junio de 2013, signado por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social, al que se anexa copia de los siguientes documentos:

17.1. Oficio 09 52 17 46 20/004109, de 7 de mayo de 2013, suscrito por el titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto resolvió como procedente la queja presentada por P1.

17.2. Oficio 0709001051100/Q.733, de 23 de mayo de 2013, suscrito por la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente en Chiapas, a través del cual se da vista al Jefe de Grupo de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social en la delegación de Chiapas.

18. Oficio DGOPIDDH/1987/2013, de 2 de julio de 2013, suscrito por el Director General de Orientación y Protección a Instituciones y Defensores de los Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, al que se adjunta el diverso PGJE/FDM/SAP”B”/0592/2013, de 27 de junio de 2013.

19. Opinión médica, de 25 de junio de 2013, elaborada por perito médico de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, respecto del caso de V1 y V2.

20. Oficio 09 52 17 61 4621/1252, de 12 de julio de 2013, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del cual se informa que V1 presentó solicitud de indemnización ante la Coordinación de Atención a Quejas del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que se dio inicio al expediente AD2.

21. Acta circunstanciada, de 14 de agosto de 2013, en la que consta entrevista sostenida por un visitador adjunto de esta Comisión Nacional y personal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

22. Copia del acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, recibida en este organismo nacional el 18 de septiembre de 2013, emitida en el expediente AD2.

23. Acta circunstanciada, de 10 de octubre de 2013, en la que consta entrevista que sostuvo un visitador adjunto de esta Comisión Nacional con personal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El 27 de agosto de 2012, V1, mujer que cursaba 40.4 semanas de gestación, presentó dolor y sangrado, por lo que acudió al Hospital General de Zona número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en el que fue valorada por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos a los servicios de Urgencias y Ginecoobstetricia, quienes omitieron diagnosticar el cuadro clínico de emergencia obstétrica que presentaba, lo cual ocasionó muerte fetal a V2.

25. Ante tal situación, el 5 de septiembre de 2012, P1, esposo de V1, presentó queja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que dio origen al expediente AD1, en el cual, el 7 de febrero de 2013, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, ordenó dar vista al Órgano Interno de Control en la Delegación de esa dependencia en el estado de Chiapas, a efecto de iniciar procedimiento administrativo de responsabilidad contra los servidores públicos que intervinieron en el caso.

26. El 25 de junio de 2013, la Coordinación de Atención a Quejas del Instituto Mexicano del Seguro Social recibió la solicitud de indemnización de V1, que fue turnada para su determinación a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, iniciándose el expediente AD2, petición que el 1 de agosto del mismo año se determinó procedente, además de ordenarse dar vista de los hechos al Órgano de Control Interno en la Delegación Estatal de ese Instituto en Chiapas.

27. A la fecha de emisión de esta recomendación no se cuenta con constancia con que se acredite que se haya iniciado procedimiento administrativo de investigación, así como averiguación previa relacionada con los hechos materia de este pronunciamiento.

IV. OBSERVACIONES

28. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2012/8358/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 y a la vida de V2, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al Hospital General de Zona número 2, del Instituto

Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, consistentes en negligencia médica y omitir proporcionar atención médica, en atención a las siguientes consideraciones:

29. El 27 de agosto de 2012, V1, mujer de 28 años de edad, ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona número 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con antecedentes de tercer embarazo, ocasión en que AR1, médico adscrito al servicio de Ginecoobstetricia, asentó en la nota de ingreso que V1 cursaba un embarazo de 40.4 semanas con pródromos de trabajo de parto, por lo que indicó, como plan de manejo, la toma de ultrasonido obstétrico urgente y revaloración con base en resultados.

30. A las 16:45 horas del mismo día, en el servicio de Urgencias, AR2, médico ginecoobstetra de la adscripción, considerando el resultado del ultrasonido obstétrico y la revisión que realizó a V1, estableció que el índice de líquido amniótico era de 7 centímetros cúbicos, frecuencia cardíaca fetal de 132 latidos por minuto y que no existía trabajo de parto, indicando revaloración cada 24 horas o antes por razón necesaria.

31. En atención a esa indicación médica, V1 acudió al citado Hospital, a las 12:35 horas del 28 de agosto de 2012, donde fue valorada por AR3, médico adscrito al servicio de Ginecoobstetricia, quien registró, en la nota de valoración correspondiente, que a la exploración sonográfica, V1 presentaba un índice de líquido amniótico de 8 centímetros cúbicos, feto con frecuencia cardíaca de 148 latidos por minuto, con 3 centímetros de dilatación cervical, cérvix grueso, membranas amnióticas integra, maniobras de Valsava y Tarnier negativas; concluyendo que se trataba de un embarazo de 39.3 semanas, con trabajo de parto en fase latente con signos de alarma obstétrica, por lo cual se indicó revaloración a las 16:00 horas con cita abierta al servicio de Urgencias.

32. No obstante lo anterior, fue hasta a las 18:55 horas, del 28 de agosto de 2012, cuando V1 fue revalorada por AR4, médico ginecoobstetra, quien, en nota médica, asentó que V1 refería que a mediodía había presentado cefalea y mareos, percepción de motilidad fetal y dolor tipo obstétrico irregular, que presentaba signos clínicos de cérvix semiposterior, borramiento en un 80%, con dilatación de 2 a 3 centímetros, frecuencia cardíaca fetal de 138 latidos por minuto, tensión arterial de 140/0 milímetros de mercurio, concluyéndose que se trataba de un embarazo de 40.5 semanas por amenorrea y 39.4 por ultrasonido, oligohidramnios leve y probable enfermedad hipertensiva del embarazo, trabajo de parto en fase latente prolongada, ante lo cual se indicó su ingreso a la sala de labor.

33. Aproximadamente una hora después, esto es, a las 20:20 horas, AR5, médico ginecoobstetra, revisó a V1 quien registró tensión arterial de 108/70, dolor en el hipogastrio de 2 días previos, expulsión de tapón mucoso de un día previo, frecuencia cardíaca fetal de 157 latidos por minuto, presentación cefálica, dorso izquierdo, condiciones cervicales con 3 centímetros de dilatación y 40% de borramiento, concluyendo que V1 cursaba un embarazo de 39.2 semanas y

oligohidramnios descartado, ante lo cual indicó vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina, pérdidas vaginales y bienestar del binomio, con inductores de maduración cervical y reporte de eventualidades.

34. A las 22:20 horas del 28 de agosto de 2012, AR5 valoró de nueva cuenta a V1, reportándose frecuencia cardíaca fetal basal de 140 latidos por minuto, variabilidad de 12 a 15 latidos por minuto, 8 ascensos y ningún descenso, movimientos fetales presentes, actividad uterina negativa y prueba sin estrés reactiva de categoría II.

35. Al respecto, V1 refirió que después de que se le practicó la prueba de frecuencia cardíaca fetal, AR5, médico ginecoobstetra adscrito al turno de la noche no volvió a revisarla, no obstante que aproximadamente a las 03:00 horas del 29 agosto, le comunicó a una enfermera que se le había roto la fuente y que no percibía que V2 se moviera.

36. Lo anterior se robustece con el contenido de las notas de evolución y agregada elaboradas a las 08:00 horas del 29 de agosto de 2012, por SP1, médico interno de pregrado y por SP2, médico ginecoobstetra de Toco-cirugía, respectivamente, en el sentido de que V1 refirió que desde las 03:00 horas de ese día no percibía movimientos fetales, situación que se corroboró a través de monitor y ultrasonido obstétrico, además, se advirtió que a la exploración de V1 presentó cérvix grueso posterior con 3 centímetros de dilatación y presencia de meconio espeso, diagnosticando óbito fetal (muerte dentro del útero).

37. Ahora bien, del contenido de las evidencias señaladas, así como de la opinión emitida por un perito médico adscrito a esta Comisión Nacional, se advierte que V1 fue valorada en dos ocasiones el día 27 de agosto de 2012, encontrándose incluso el reporte de un tacto vaginal en el que se detectó el cérvix dehiscente un dedo, aproximadamente de 1 a 1.5 centímetros, es decir, abierto el cuello de la matriz, lo cual significa que para ese momento se había iniciado el trabajo de parto, circunstancia que obligaba a AR1 y AR2 a brindarle atención médica más estrecha y directa, y no indicar únicamente la práctica de un estudio de ultrasonido obstétrico y revisión dentro de 24 horas, situación contraindicada para la resolución del trabajo de parto, considerando que presentaba dilatación, omisión que a la postre puso en riesgo a V1 y V2.

38. Según lo dictaminó el perito de este organismo nacional, en el caso no se realizó una adecuada correlación clínica de los antecedentes ginecoobstétricos que V1 refirió en la primera revisión, lo que, aunado al tiempo que transcurrió, entre la segunda y tercera revisión efectuada de V1, esto es, aproximadamente 20 horas, y a la circunstancia de que el 28 de agosto de 2012, a las 12:35 horas, AR3 hizo constar que V1 presentaba 3 centímetros de dilatación, permitían establecer que la paciente no había presentado una progresión adecuada del trabajo de parto secundaria a distocia (anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo).

39. Por otra parte, en la opinión médica de referencia se advierte que existió falta de coordinación en las revisiones realizadas por el personal médico que atendió a V1, en lo que se refiere al tiempo transcurrido entre las mismas, toda vez que AR3 instruyó que se le valorara a las 16:00 horas del 28 de agosto de 2012, sin embargo, AR4 lo llevó a cabo hasta las 18:55 horas.

40. Así también, se advierte contradicción en lo asentado en las notas médicas, toda vez que en la nota elaborada a las 18:55 horas del 28 de agosto de 2012, AR4 indicó que la paciente presentaba un borramiento del cuello uterino del 80%, y en la correspondiente a las 20:20 horas, AR5 registró que V1 contaba con un borramiento sólo del 40%.

41. De igual forma se indica que en el expediente clínico de V1, se asentó que a las 22:20 horas del 28 de agosto de 2012, se realizó un estudio de la frecuencia cardíaca fetal de V2, en el cual se reportaron al menos 8 ascensos de 12 a 15 latidos por minuto, es decir, que existía variabilidad de foco entre 152 a 155 latidos por minuto, circunstancia que no fue considerada por AR5, médico que se encontraba en ese momento a cargo de V1, no obstante que la variabilidad en el resultado de la frecuencia cardíaca fetal constituía un factor orientador para establecer posibles alteraciones en el producto y obligaba al personal médico a implementar medidas preventivas para impedir la falta de oxigenación adecuada y el daño subsecuente y así evitar o minimizar que se incrementara el riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

42. Sin embargo, en este caso, se advierte que no existe en el expediente clínico de V1, nota médica con que se acredite que se estableció una vigilancia estrecha del trabajo de parto, lo que se robustece con lo asentado en la “nota agregada” de 29 de agosto de 2013, suscrita por SP2, médico ginecoobstetra, en el sentido de que V1 refirió la ausencia de movimientos fetales desde las 03:00 horas de ese día, circunstancia que, de acuerdo con la opinión médica, evidencia la falta de vigilancia del trabajo de parto y, sobretodo, del producto.

43. El perito de esta Comisión Nacional puntualizó que ninguno de los médicos que intervinieron en la atención de V1 consideró trascendente el “dolor tipo obstétrico irregular”, que se registró en la nota médica del 27 de agosto de 2012, ni que la dilatación del cuello haya permanecido estacionaria, a pesar de que esa circunstancia obligaba a prevenir los riesgos y complicaciones derivados de la misma.

44. Asimismo, se estableció en la opinión médica, que durante la extracción de V2, se encontró la presencia de meconio (líquido amniótico de coloración verdosa), que se produjo como consecuencia de haber cursado sufrimiento fetal agudo o asfixia perinatal, lo que tampoco fue detectado oportunamente y que derivó en su muerte.

45. Las acciones y omisiones referidas, contravienen lo dispuesto en los puntos 5.4.2., 5.4.2.1 y 5.4.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993,

relativa a la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, que prevén que el control de parto normal, debe incluir la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada treinta minutos, así como que la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical debe realizarse a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo con la evolución del trabajo de parto y el criterio médico.

46. Asimismo, se incumplió con lo establecido en la Guía de Referencia Rápida, relativa a la Vigilancia y Manejo del Parto 080.9, en que se señala que se debe realizar monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal con doptone o estetoscopio de Pinard, cada 30 minutos y 15 minutos durante el segundo periodo del trabajo de parto y registrar el resultado en el partograma.

47. Por otra parte, de las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 y V2 no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en los puntos 5.9 y 5.10, de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998 Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999, vigente en la época en que ocurrieron los hechos materia de este pronunciamiento, ya que en algunas no se asentó el nombre completo de quien las elaboró, así como la hora; además de ser ilegibles.

48. La irregularidades descritas constituyen 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 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.

49. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este organismo nacional, contenidos 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, 7/2013 y 33/2013.

50. La adecuada integración del expediente clínico de V1, en términos de lo que dispone la invocada Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, es un deber a cargo de los citados prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento. Las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de modo que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012, sea observada adecuadamente.

51. Resulta aplicable al caso, la sentencia del caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que 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.

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

53. En tal virtud, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 médicos ginecoobstetras adscritos al Hospital General de Zona número 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, vulneraron los derechos a la protección de la salud de V1 y a la vida de 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.

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

55. Al respecto, en los numerales 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se señala la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, en cuanto al disfrute de un

servicio médico de calidad y de adoptar para tal efecto las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

56. En este contexto, la Corte Interamericana ha señalado en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, 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.

57. 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.

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

59. Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Federal, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, el personal adscrito al Hospital General de Zona número 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, debió considerar el interés superior del paciente, tomando en consideración el dolor tipo obstétrico irregular que presentaba V1, además de que la dilatación del cuello uterino haya estado estacionaria y que presentó variabilidad del foco fetal, lo cual implicaba una emergencia obstétrica, de manera que la atención médica prestada a V1 y V2 tuviera la calidad que debe imperar en la prestación del servicio público, todo lo cual, de acuerdo con las consideraciones expuestas, se omitió por parte del cuerpo de médicos que atendió a V1.

60. Partiendo de la base de que el derecho al trato digno es aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de

bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico, se advierte que éste se vulneró en agravio de V1 y V2, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en el estado de salud y también porque la actuación de las autoridades responsables en el Hospital General de Zona número 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, contribuyeron a que su situación se agravara e, incluso, a que V2 perdiera la vida. Derecho que encuentra sustento en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

61. Igualmente, el personal adscrito al Hospital General de Zona número 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, incurrió en incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

62. Por otra parte, se advierte que a la fecha de emisión de esta recomendación, no se ha dado cumplimiento a los acuerdos emitidos el 7 de febrero y 1 de agosto de 2013, respectivamente, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el punto relativo a que diera vista al Órgano Interno de Control en la Delegación de ese Instituto en el estado de Chiapas.

63. Dilación que implica una violación a los derechos a la legalidad y a la seguridad jurídica, contenidos en los artículos 14, párrafo segundo, 16, párrafo primero y 17 párrafos primero y segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como a los artículos 8.1. y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, sobretodo cuando el paso del tiempo puede, como en el caso, constituir una obstrucción importante en el curso de las investigaciones.

64. Al respecto, es importante precisar que de la existencia de la obligación general de garantía respecto al derecho a la vida, establecida en el artículo 1.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, deriva la obligación de investigar los casos de violaciones a tal derecho en forma imparcial, oportuna y seria, para evitar la impunidad y que este tipo de hechos vuelvan a repetirse.

65. Así lo estableció la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *González y Otras ("Campo Algodonero") vs. México*, al señalar que el deber de investigar constituye una obligación de medio y no de resultado, que debe ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. La obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente en todas las vías que su ordenamiento jurídico ofrezca, tal como el procedimiento administrativo de responsabilidad de

servidores públicos a cargo del Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual no se ha sido iniciado, sin que exista justificación legal para ello.

66. Por otra parte, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño, derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 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 evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública deberá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

67. De igual forma, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente ampliación de queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se tomen en consideración en el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

68. 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. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Zona número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, involucrado en los hechos, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada a V1 y la consecuente pérdida de la vida de V2, con base en las consideraciones planteadas en esta recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona número 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en la que se les ordene a entregar copia de la certificación y recertificación que se 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, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan, en los hospitales de ese Instituto Mexicano del Seguro Social a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona número 2 de ese Instituto, cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia 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, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, así como las demás constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona número 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la ampliación de queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal adscrito al Hospital General de Zona Número 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, involucrados en los hechos de la presente recomendación, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que les sean requeridas.

SEXTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y se remitan a este organismo nacional las constancias con que se acredite 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 una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 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, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

71. Igualmente, con apoyo en el mismo fundamento jurídico, solicito 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 su aceptación.

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 expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE
DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA