



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 54/2016

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y A LA VIDA DE V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUETZALAN, DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE PUEBLA.

Ciudad de México, a 28 de noviembre de 2016

**DR. RAFAEL MORENO VALLE
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE PUEBLA**

Distinguido señor Gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, tercer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2014/5663/Q**, relacionado con el caso de V1 y su recién nacida 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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado

de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 27 de agosto de 2014 se publicó una nota periodística en el Medio de Comunicación 1 titulada *“Madre acusa negligencia por muerte de su bebé en hospital de Cuetzalan”* en la que se dio a conocer el caso de V1, mujer de 21 años de edad, quien cursaba un embarazo de 38 semanas de gestación, quien el 19 de agosto de 2014 acudió al Centro de Salud de Xiloxochico, de los Servicios de Salud del Estado de Puebla ya que presentaba salida de líquido vaginal.

4. El 19 de agosto de 2014, fue referida por SP1, para su atención, al Hospital General de Cuetzalan de la Secretaría de Salud de Puebla (en adelante Hospital General) por presentar *“líquido vaginal”* y síntomas de trabajo de parto; al ser revisada en diversas ocasiones por personal médico se le indicó que no presentaba suficiente dilatación y que podría regresar a su domicilio, siendo el caso que al día siguiente, 20 del mismo mes y año, V1 asistió nuevamente al nosocomio donde se suscitó el nacimiento de V2, quien momentos después perdió la vida debido a un paro cardíaco *“por ingerir sus propios desechos”*.

5. En entrevista con personal de este Organismo Nacional V1 expresó que el 19 de agosto de 2014 a las 15:30 horas acudió al Hospital General, donde fue atendida en el Área de Urgencias.

6. En ese Hospital General V1 fue revisada por AR1, quien le expresó que *“no tenía suficiente dilatación y no se le habían roto las membranas”*, por lo que le indicó la práctica de un estudio *“para verificar cuánto líquido amniótico tenía”* y determinar *“si sería un parto normal o cesárea”*, el cual realizó en una institución particular y con el que se concluyó que tenía líquido pero no requería ser ingresada al nosocomio.

7. V1 expresó que al regresar al Hospital General en la misma fecha, fue revisada por otro médico, quien le indicó que *“no tenía dilatación y que se fuera a su casa porque todavía le faltaban 10 días”*.

8. Agregó que a las 4:00 horas del 20 de agosto de 2014, comenzó a sentir dolor abdominal y regresó al Hospital General en compañía de T1 y V3 donde fue revisada por otro médico, quien le practicó un ultrasonido y le hizo saber que tenía 1 centímetro de dilatación y *“que todo estaba bien”* por lo que le indicó que regresara a su casa.

9. V1 manifestó que decidió caminar alrededor del nosocomio y regresó al Hospital General a las 12:00 horas; fue revisada nuevamente por AR1 quien le indicó que ya tenía dilatación pero que debía regresar a las 14:00 horas; V1 acudió a la hora indicada, ocasión en la que se le indicó nuevamente que no tenía dilatación.

10. V1 continuó sintiendo dolor por lo que aproximadamente a las 15:00 horas se presentó nuevamente en el nosocomio y fue atendida por AR4, quien le dio ingreso para su atención; a las 16:20 horas personal médico verificó que tenía 6 centímetros de dilatación; al salir a caminar y al sanitario detectó que presentaba sangrado, por lo que fue auscultada nuevamente y se le indicó que tenía 9 centímetros de dilatación; en consecuencia fue trasladada al quirófano, donde se le aplicó un medicamento ya que aparentemente V1 tenía *“un paro cardíaco”*.

11. El médico que atendió el parto le hizo saber que le rompería las membranas y 5 minutos después se suscitó el nacimiento de V2, posteriormente comentó al personal de enfermería que *“la bebé se hizo del baño”*. V1 manifestó que escuchó un leve llanto, sin embargo, no tuvo contacto con V2 ya que ella fue trasladada al área de recuperación y los médicos le informaron que V2 *“estaba enferma porque ingirió meconio y que el pediatra la estaba checando para estabilizarla”*.

12. V1 expresó que el 21 de agosto de 2014 a las 16.00 horas, un médico le informó que V2 había perdido la vida debido a un “*paro cardiaco*”.

13. Con motivo de la nota periodística publicada el 27 de agosto de 2014 en el Medio de Comunicación 1, y considerando la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres en estado de embarazo, el 3 de septiembre de 2014 se inició de oficio en esta Comisión Nacional el expediente de queja **CNDH/4/2014/5663/Q**, solicitándose información y copia del expediente clínico respectivo a la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Puebla; asimismo, de las diligencias realizadas para el esclarecimiento de los hechos, se tuvo conocimiento que la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla inició el expediente de queja 1, por lo que al tratarse de un asunto que incide en la opinión pública, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero y segundo, 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6º, fracción XVI y 60 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14 de su Reglamento Interno determinó ejercer la facultad de atracción respecto del caso, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

14. Nota publicada el 27 de agosto de 2014 en el Medio de Comunicación 1, en la que se difundió que el día 20 del mismo mes y año, V1 dio a luz a V2, quien momentos después perdió la vida.

15. Acta Circunstanciada de 28 de agosto de 2014, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida por un Visitador Adjunto de este Organismo Nacional con personal adscrito a la Dirección de Orientación y Quejas de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, de la cual se tuvo

conocimiento sobre la integración del expediente de queja 1 en ese Organismo Local.

16. Acuerdo de inicio de expediente de oficio y atracción de 3 de septiembre de 2014, por el que este Organismo Nacional determinó iniciar la investigación sobre el caso de V1 y V2.

17. Acta Circunstanciada de 10 de septiembre de 2014, en la que se hizo constar la entrevista realizada por visitantes adjuntos de este Organismo Nacional a V1, T1 y T2, sobre los hechos materia de la queja.

18. Oficio 5013/DAJ/2599/2014 de 11 de septiembre de 2014 mediante el cual la Directora de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud del Estado de Puebla remitió información relacionada con los hechos materia de la queja, de la cual destaca:

18.1 Certificado de defunción de V2 de 21 de agosto de 2014, expedido por la Secretaría de Salud.

18.2 Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General en el que obran entre otras, las siguientes constancias:

18.2.1 Hoja de referencia de 19 de agosto de 2014 de V1 de la Unidad Auxiliar de Salud de Xiloxochico, Cuetzalan, Puebla, al Hospital General.

18.2.2 Historia Clínica Hospitalaria de V1.

18.2.3 Notas médicas de V1, de 19, 20 y 21 de agosto de 2014, suscritas por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, SP2, SP3, SP6, SP7, SP8, SP9 y SP10.

18.2.4 Notas de enfermería de V1.

18.2.5 Reporte ultrasonográfico de un Centro Radiológico privado de 19 de agosto de 2014, relativo al ultrasonido obstétrico abdominal practicado a V1.

18.2.6 Certificado de nacimiento de V2 de 20 de agosto de 2014, expedido por la Secretaría de Salud.

18.3 Expediente clínico de V2 en el Hospital General, integrado entre otras, por las siguientes constancias:

18.3.1 Constancia de alumbramiento de V2 de 20 de agosto de 2014, en el Hospital General.

18.3.2 Notas médicas de V2 de 20 y 21 de agosto de 2014.

18.3.3 Hojas de enfermería de V2 de 20 de agosto de 2014.

18.4 Expediente clínico de V1 integrado en el Centro de Salud de Xiloxochico, Cuetzalan, Puebla, del que destacan las siguientes constancias:

18.4.1 Historia clínica de V1.

18.4.2 Notas médicas de V1 de 19 de agosto y de 4 de septiembre de 2014, suscritas por SP1.

18.4.3 Tarjeta de control de la mujer embarazada y en lactancia de V1.

18.5 Informes rendidos por AR2, AR4, AR5, SP4, SP5 y SP11 sobre la atención médica otorgada a V1 y V2 en el Hospital General.

18.6 Oficio DAS/492/2014 de 28 de agosto de 2014, mediante el cual el Director de Atención a la Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional sobre la atención médica otorgada a V1 y V2.

19. Oficio SVG/6/250/2014 de 24 de septiembre de 2014, por el que la Segunda Visitadora General de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla remitió el expediente de queja 1 para su seguimiento por parte de este Organismo Nacional, del cual destacan las siguientes constancias:

19.1 Acta circunstanciada de 28 de agosto de 2014 en la que se hizo constar la entrevista realizada por un visitador adjunto de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla a V1, sobre los hechos materia de la queja.

19.2 Oficio DAS/500/2014 de 3 de septiembre de 2014 por el que la Directora del Hospital General y el Director de Atención a la Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla rindieron informe sobre el caso de V1 y V2.

20. Oficio DAS/523/2014 de 11 de septiembre de 2014, mediante el cual el Director de Atención a la Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla dio vista a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla, sobre el caso de V1 y V2 derivado de la nota periodística referida.

21. Oficio DAS/531/2014 de 15 de septiembre de 2014, mediante el cual el Director de Atención a la Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla dio vista al Delegado de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud y Comisario Público de esa entidad federativa, sobre el caso de V1 y V2.

22. Oficio SJ-291/2015 de 30 de marzo, de 2015, a través del cual la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla informó sobre el inicio del expediente 2 con motivo del caso de V1 y V2, y remitió copia cotejada del mismo, destacando que este se encuentra concluido por haberse llegado a un convenio conciliatorio, toda vez que V1 se dio por satisfecha con la explicación recibida por parte de los prestadores del servicio sanitario, y del cual destacan las siguientes constancias:

22.1 Narrativas de hechos de 23, 24 y 27 de octubre de 2014 rendida por AR1, AR2, AR3, AR5, SP3, SP4, SP5, SP6 y MR1, sobre el caso de V1 y V2.

22.2 Declaración rendida por V1 en el expediente 2 ante la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla.

23. Oficio SC.SAGC.DSALISSSTEP.DJQD-694/2015 de 31 de marzo de 2015, mediante el cual el Comisario Público de la Secretaría de la Contraloría del Estado en los Servicios de Salud del Estado de Puebla informó que esa instancia inició el expediente administrativo 1, indicando que el mismo se encontraba en investigación y al cual se anexaron entre otras, las siguientes documentales:

23.1 Acta de comparecencia de 25 de septiembre de 2014 de AR4 en la Secretaría de la Contraloría del Sector Salud.

23.2 Acta de comparecencia de 25 de septiembre de 2014 de AR5 en la Secretaría de la Contraloría del Sector Salud.

24. Acta circunstanciada de 8 de abril de 2016 en la que se hizo constar la recepción de la resolución emitida en el expediente administrativo 1, el 30 de junio de 2015, en la que se determinó que *“no ha lugar a iniciar formal procedimiento de determinación de responsabilidades en contra del personal médico adscrito al Hospital General”*.

25. Opinión médica sobre el caso de V1 y V2, emitida el 7 de julio de 2016, por un médico adscrito a este Organismo Nacional.

26. Acta Circunstanciada de 15 de julio de 2016 en la que se hizo constar la recepción de un correo electrónico en el que el Director Jurídico de la Delegación de la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud del Estado de Puebla informó que con motivo del caso de V1 y V2 no se dio vista a la Procuraduría General de Justicia de esa entidad federativa.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

27. La Secretaría de Salud del Estado de Puebla informó a esta Comisión Nacional que sobre el caso de V1 y V2, no se dio vista a la Procuraduría General de Justicia de esa entidad federativa.

28. Asimismo, el Comisario Público de la Secretaría de la Contraloría del Estado en los Servicios de Salud del Estado de Puebla hizo saber a este Organismo Nacional, que con motivo del caso materia del presente pronunciamiento, esa instancia inició el expediente administrativo 1, en el que mediante resolución emitida el 30 de junio de 2015 se determinó que *“no ha lugar a iniciar formal procedimiento de determinación de responsabilidades en contra del personal médico adscrito al Hospital General”*.

29. Finalmente, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla informó que sobre los hechos inició el expediente 2, el cual fue concluido por haberse celebrado un convenio conciliatorio, toda vez que V1 se dio por satisfecha con la explicación recibida por parte de los prestadores del servicio sanitario en la audiencia celebrada durante la tramitación del referido procedimiento; sin pasar por alto lo anterior, esta Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones se ha abocado a la investigación del caso de V1, y de las diligencias practicadas se desprende el análisis que se expone a continuación.

IV. OBSERVACIONES.

30. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2014/5663/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a continuación se analizarán de la siguiente manera: 1. Derecho a la protección de la salud de V1 y 2. Derecho a la vida de V2.

1. Derecho a la protección de la salud.

31. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*¹.

32. Esta Comisión Nacional, ha reiterado 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 garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad”*².

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

¹ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

² CNDH. Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, del 23 de abril de 2009, párrafo 24 y Recomendación 38/2016 *“sobre el caso de violencia obstétrica y violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2 y a la vida de V2, en el Hospital General de Zona número 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Uruapan, Michoacán”*, párr. 21.

*de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*³.

34. Sobre el derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*.⁴

35. Además se puntualizó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*; y recalcó que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.⁵

36. Asimismo, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su numeral 12.2 establece que *“los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo,*

³ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, párrafo 1.

⁵ *Ibidem*, párr. 27.

el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”.

37. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*.⁶

38. Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*; asimismo que los Estados partes *“se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”*.

⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

Inadecuada atención médica otorgada a V1 en el Hospital General.

39. El 19 de agosto de 2014 a las 9:20 horas, V1, mujer de 21 años de edad, quien cursaba un embarazo de 38.5 semanas de gestación, acudió al Centro de Salud de Xiloxochico, de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, ya que presentaba salida de líquido vaginal.

40. En el referido nosocomio fue atendida por SP1, quien en la nota elaborada destacó que V1 presentaba salida de líquido de 12 horas de evolución, con movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, producto encajado y 2 centímetros de dilatación, emitiendo un diagnóstico de embarazo intrauterino de 38.5 semanas de gestación y ruptura de membranas de 12 horas de evolución.

41. Al respecto, en la opinión emitida por una médica de este Organismo Nacional, la salida de líquido transvaginal, es indicativo de presencia de ruptura prematura de membranas, por lo que de manera adecuada SP1 envió a V1 al Hospital General para su valoración por el servicio de Ginecología y Obstetricia.

42. V1 arribó al servicio de Urgencias del Hospital General a las 13:22 horas del 19 de agosto de 2014, siendo atendida por AR1, quien después de revisar a V1 estableció: *“...acude a valoración ya que refiere que el día de ayer por la noche presenta salida de líquido transvaginal en forma escasa, acompañado de mucosidad...además de dolor en bajo vientre...abdomen globoso con AFU de 31cm, FC de 150 x´, se realiza rastr (sic) con US el cual muestra PUVI en PC, SL, DI, al TV se encuentra con cervix central dehiscente a un dedo en toda la trayectoria del cervix, se alcanz (sic) a tactar las membranas las cuales se encuentran abombadas...el guante explorador no arrastra salida de líquido únicamente mucosanguinolento escaso...Se realiza trazo tococardiográfico. Debido a que la paciente refiere salida de líquido trasvaginal se solicit (sic) US para corroborar, sin embargo cabe mencionar que por clínica no se verifica ruptura*

de membranas. Plan: Se solicita UU obstétrico para determinar cantidad de líquido y de esta forma determinar si se deja evolucionar a trabajo de parto. Regresar de inmediato con resultado US. Dx: G:1 con embarazo de 38.5 SDG POR us TRASPOLADO Prodromos de TP Pb Ruptura de membranas...".

43. Al respecto, la médica de este Organismo Nacional puntualizó que AR1 realizó un rastreo ultrasonográfico en el que se reportó un producto único vivo en posición cefálica, situación longitudinal y dorso a la izquierda, sin embargo no registró el índice de líquido amniótico, por lo que AR1 de manera inadecuada solo realizó tacto vaginal a la paciente, cuando debió explorarla utilizando un espejo vaginal, verificando visualmente la presencia o ausencia de líquido amniótico a través del canal cervical, para diagnosticar Ruptura de membranas, si bien es cierto realizó un ultrasonido obstétrico reportando producto único vivo intrauterino en posición cefálica, situación longitudinal y dorso a la izquierda, también lo es, que omitió cuantificar el índice de líquido amniótico, enviando a AR1 de forma inapropiada a realizarse este estudio en medio particular.

44. En consecuencia, en la misma fecha, V1 acudió con un médico particular a fin de que se le realizara un ultrasonido obstétrico, de cuyo resultado se desprendió lo siguiente: *“placenta fúndica posterior, con adecuada implantación; así como calcificaciones e indentaciones, cotiledones en la sustancia placentaria y grosor de 4.89 centímetros. El líquido amniótico normal de acuerdo a la edad gestacional, con un ILA (índice de líquido amniótico) de 17 por Phelam (Normal 5 a 22 centímetros) con detritus en su interior”.*

45. Hecho lo anterior, a las 16:00 horas del 19 de agosto de 2014, V1 regresó al Hospital General, siendo atendida por AR2, quien de la revisión efectuada destacó: *“...acude con resultados de Us obstétrico. el cual reporta un ILA de 17 por Phelam dentro de lo normal. Paciente con signos vitales estables...abdomen con FCF 150x, sin datos de actividad uteri (sic) genitales externos sin pérdidas*

transvaginales, al tacto vag (sic) larga elastica cuello (sic) con incipiente borramiento...con orificio externo semipermeable, orificio interno cerrado. IDX:- Primigesta con emn- de 38.5 semanas por fur y US sin trabajo de parto. Plan:- deambualcion con reposo – orientación signos de alarma obstetrica. – valoracion de acuerdo a evolucion. cita abierta...”.

46. A pesar de que el resultado del ultrasonido fue reportado como normal, en la opinión de la médica de este Organismo Nacional, a las pacientes que presentan sospecha de ruptura de membranas se les deben practicar los siguientes estudios de laboratorio y gabinete: a) reporte cardiotocográfico, b) toma de cultivos, cristalografía y nitrazina, y c) recolección de líquido amniótico para pruebas de madurez pulmonar fetal.

47. Lo anterior, debido a que las pacientes que presentan ruptura prematura de membranas requieren vigilancia fetal estrecha por riesgo continuo del compromiso fetal debido a compresión del cordón umbilical, infección intraamniótica⁷ y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Por ello, las pacientes deben permanecer hospitalizadas en reposo y no se realizarán tactos vaginales a menos que esté en trabajo de parto, como en el presente caso, y finalmente debió iniciarse tratamiento con antibióticos.

48. En consecuencia se evidencia que AR2 no agotó los medios existentes para realizar un diagnóstico integral de ruptura de membranas en V1, ya que de manera inadecuada la dio de alta poniendo en riesgo al binomio materno-fetal de presentar las complicaciones antes descritas, debiendo hospitalizarla a fin de mantenerla en reposo y una vez emitido el diagnóstico adecuado determinar la viabilidad de la realización de una cesárea al tratarse de un embarazo de término.

⁷ Infección del líquido amniótico o la placenta.

49. Es así que 12 horas más tarde, a las 4:20 horas del 20 de agosto de 2014, V1 se presentó nuevamente en el Hospital General y fue valorada por AR3, quien de la revisión practicada reportó: *“...viene a valoración por sentir contracciones y dolor abdominal...abdomen con FCF de 148x´que empieza con rodromo (sic) trabajo de parto, genitales externos sin perdidas, transvagin (sic) a la exploración vaginal se encuentra cuello blando central, anterior, con dilatación de un centímetro, a la salida de guante se visualiza moco sanguinolento, con borramiento del 30%, membranas integras, abombadas. DX: Embarazo de 38.5 SDG por FUR primigesta. Plan: Deambulacion Orientacion de signos de alarma obstetricos Cita abierta al servicio de urgencias para valoración...”*.

50. Sobre el particular se observa que el citado médico no describió la salida de líquido amniótico a través del canal cervical o su colección en el fondo del saco vaginal, y al igual que AR2, tampoco agotó los medios ya citados para confirmar o descartar la ruptura de membranas. Por tanto, al no integrar de manera adecuada el diagnóstico y al dar de alta a V1, puso en riesgo al binomio materno-fetal, ya que debió indicar su ingreso hospitalario para un adecuado diagnóstico y vigilancia estrecha por tratarse de un embarazo de término.

51. Por tanto, V1 volvió al Servicio de Urgencias del Hospital General a las 8:30 horas del 20 de agosto de 2014 y fue atendida por AR1, quien en la nota elaborada reportó *“...Se reporta el US solicitado el día de ayer, por una supuesta ruptura de membranas, como normal con líquido amniótico dentro de la normalidad, con detritus en su interior, placenta grado 3 de maduración (madura), PUVI en P...AFU de 31cm, se realiza nuevamente rastreo con US el cual muestra PUVI EN PC, SL, DI, con actividad cardiaca normal de 147 lpm. Al TV se encuentra con 1 cm de dilatación sin embargo el borramiento aumentó al 70%, no presenta pérdida transvaginales...Plan: Deambulación con cita abierta a urgencias. Se orienta en signos de alarma obst. Revaloración en 3 hrs. Dx: G:1 con 38.5 SDG por US traspolado Primer periodo de trabajo de parto...”*.

52. De ello se observa que el ultrasonido realizado a V1 reportó un diagnóstico de gesta 1, con embarazo de 38.5 semanas de gestación, en primer periodo de trabajo de parto. En consecuencia, de la opinión médica emitida por personal de esta Comisión Nacional se destaca que V1 estuvo en trabajo de parto en fase latente con una duración aproximada de 19 horas. En ese sentido, la Guía de Práctica Clínica de vigilancia y manejo de trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo de la Secretaría de Salud destaca que la fase latente de trabajo de parto en pacientes nulíparas⁸, como el caso de V1, tiene una duración de 18 horas en promedio.

53. Al respecto, como se ha mencionado, habían transcurrido 19 horas de trabajo de parto de V1, desde las 13:22 horas del 19 de agosto de 2014, sobre lo cual, la médica de esta Comisión Nacional precisó que ese dato era indicativo de que V1 presentaba una detención en la evolución del proceso de parto a partir de la hora 18, lo que puede traer como consecuencia Sufrimiento Fetal Agudo y complicaciones respiratorias, comprometiendo la sobrevivencia del producto de la gestación, como sucedió en el presente caso. Por tanto, considerando todos los factores anteriormente descritos, AR1 debió ingresar a la paciente para normar la conducta a seguir a través de la vigilancia estrecha de V2 y resolución de la gestación vía cesárea, no obstante, de manera inadecuada dio de alta a la paciente, poniendo en riesgo de nueva cuenta al binomio materno-fetal.

54. Es así, que a las 16:00 horas de la fecha citada, V1 fue valorada por AR4, quien estableció en la nota elaborada: *“...Percibe Mov fetales Niega Perd TV...Abdomen Con PUVI Cefalico AFU de 30 cm FCF 150 Mov fet (+) Act. Uterina (++) . TV Con Cervix Poste (sic) Con 6 cm Dilatacion Borramiento 80%...Guante Explorador Con Liquido Claro y Sangre...Tarnier (+)...IDx G1 Emb 42 SDGXFUM 39.6Xusg TdPFA + Pb RPM. Plan Ingreso a Observación p/vigila TdP No Acepta Paciente Que Regresa en 1 hora...”*. Con ello, AR4 confirmó que V1 se

⁸ Mujer que no ha tenido partos.

encontraba en trabajo de parto en fase activa y efectuó una maniobra de Tarnier⁹ a la paciente, con el propósito de confirmar la salida de líquido amniótico. Hecho lo anterior, AR4 emitió de manera adecuada la impresión diagnóstica de Probable Ruptura Prematura de Membranas e indicó correctamente su ingreso hospitalario para vigilancia del trabajo de parto.

55. V1 manifestó que debía avisar a sus familiares, tal como se confirmó de la declaración rendida por ella misma en el expediente 2: *“Regresé a las 16:20 horas al Hospital General...estaba otro médico que ahora sé se apellida...me dijo que llevaba cuatro de dilatación, que ya me iba a internar, salí para avisarle a mi suegra y pasé al baño y ví que tenía sangrado, no tardé ni 10 minutos cuando regresé y me volvieron a revisar este médico dijo que ahora tenía 9 de dilatación, me subieron con las embarazadas y me revisó otro médico y me pasaron a quirófano.”*

56. V1 retornó al Hospital General para solicitar la atención y fue valorada por AR4, quien estableció lo siguiente: *“...Paciente Acude a Revaloracion y Emb de 42 SDG x FUM y 39.6 x USG traspolado + TdPFA. Refiere Aumento Actividad Mov fet (+)...Abdomen Globoso PUVI FCF 150X´Cefalico Act. Uterina Regular TV Cervix Central con 8/9 cm Dilatación Borramiento 90% Membranas Abombadas...IDx G1 Emb 42 SDG 39.6 X usg TdPFA. Plan Pasa a toco Atencion Oport Parto...”*. De la atención descrita se observa que una vez practicada la revisión a V1, AR4 indicó su ingreso al Área de Tococirugía para la atención oportuna del trabajo de parto.

57. Sin embargo, es pertinente considerar que conforme a lo previsto en la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo de Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo de la Secretaría de Salud, al determinarse el ingreso de la paciente durante la primer etapa el trabajo de parto debe elaborarse la historia clínica y

⁹ Maniobra médica que consiste en presionar el fondo uterino y con la mano exploradora intravaginal elevar la presentación del producto de la gestación.

documentar entre otros aspectos, el partograma, para establecer la verificación y registro de la contractilidad uterina, y el latido cardíaco fetal, así como el progreso de la dilatación cervical; sin embargo, en el caso de V1, AR4 no elaboró el partograma, suscitándose una inadecuada vigilancia del binomio materno-fetal, situación que derivó en la falta de detección temprana de complicaciones tales como el sufrimiento fetal o alteraciones en la evolución del trabajo de parto.

58. Además, en la nota de valoración suscrita por AR4 se estableció que V1 cursaba un embarazo de 42 semanas de gestación, el cual, en la opinión de la médica de este Organismo Nacional se define como un embarazo prolongado por llegar o superar este término. Al respecto, según se observó de la comparecencia de AR4 en la Secretaría de la Contraloría del Sector Salud, este manifestó: “...*la propia paciente traía consigo su ultrasonido que a mi criterio presentaba errores... debería ser más específico en el grado de madurez de la placenta de grado III; ya que este tipo de observación nos hace sospechar que la placenta es muy viejita o muy madura...*”.

59. Tales hallazgos mencionados por AR4 en su comparecencia, no fueron descritos en la nota de valoración que elaboró sobre V1, a pesar de que eran de vital importancia para la vigilancia y manejo de la paciente, ya que conforme a la experticia médica, el embarazo prolongado es una condición asociada a la morbimortalidad perinatal, por lo que se debe realizar una valoración adecuada antes del parto por medio de un perfil biofísico, cuantificación de líquido amniótico fetal y descartando los factores de riesgo que puedan propiciar, entre otras dificultades la aspiración de meconio (primer desecho del recién nacido), considerada una complicación grave en el neonato; sin embargo, como se ha descrito, AR4 únicamente indicó el ingreso de V1 al área de tocología¹⁰ para la atención del parto, sin considerar esta circunstancia y las medidas que en consecuencia debían instaurarse.

¹⁰ Área del hospital para la atención de pacientes embarazadas.

60. En la citada nota de valoración, AR4 tampoco mencionó los supuestos errores de ultrasonido particular a que hizo referencia durante su comparecencia; y en su caso, debió tomar las medidas adecuadas para que se subsanaran, máxime cuando la obligación y responsabilidad de la práctica del ultrasonido recae en el personal médico del Hospital General y no en la paciente, como pretendió AR4.

61. Es así, que a las 17:35 horas del 20 de agosto de 2014, V1 ingresó al área de Tococirugía, siendo valorada por AR5, quien procedió a la atención del parto, mismo que describió de la siguiente manera: *“...ingresa al servicio de tococirugia...Trabajo de parto fase activa, con 9 cm de dilatacion y 90% de borramiento, con membranas integras...abdomen blando y globoso por utero gestante con AU de 31 cm con producto cefalico, se coloca tococardiografo para monitorización fetal con FCF de 127 x´ y con descensos hasta de 70x al TV se encuentra con 9 cm de dilatación y 90% de borramiento, se rompen membranas obteniendo salida de líquido meconial (+++) espeso notificando inmediatamente al servicio de pediatría, pasando a la paciente con dilatación y borramiento completo a sala de expulsion (sic)...se obtiene PUVI del sexo fem la cual sin estimulación se corta cordon umbilical y se pasa a pediatra sin estimular al producto para su atencion. Peso: 3,820 Talla: 47 PC: 32 PT: 32 PA: 28 Pie: 7...HN: 18:05...”*

62. Con relación a lo anterior, se describe que AR5 realizó la ruptura de membranas y detectó la salida de líquido meconial espeso durante el nacimiento de V2, por lo que colocó un toco cardiógrafo a fin de efectuar monitorización sobre el estado de V2, registrando una frecuencia cardiaca de 127 latidos por minuto hasta 70, sin embargo, en la nota AR5 no describió la hora en que inició el estudio ni la duración de su registro, lo que impide determinar el tiempo que V2 permaneció sin vigilancia.

63. En la opinión de la médica de este Organismo Nacional, la bradicardia o disminución de la frecuencia cardiaca en V2 es signo indiscutible de sufrimiento

fetal, por lo que una vez que este se presenta, como en el caso particular (bradicardia y líquido meconial espeso) deben establecerse los preparativos para realizar una cesárea de emergencia o extraer al recién nacido vía vaginal de manera rápida si el caso lo permite.

64. Asimismo, se observó que el Hospital General no cuenta con el personal suficiente para la adecuada atención de los pacientes, tal y como se desprende de las declaraciones de AR5 ante la Secretaría de la Contraloría en el Sector Salud, al referir: “...yo considero que el producto tal vez no aguante el trabajo de parto, a lo que me comenta el doctor (...) que en ese momento ya no contamos con el servicio de ginecología, por lo que decido pasar a la señora (...) a la sala de expulsión para la atención de parto...”. De tal manera, si bien es cierto que AR5 en su calidad de médico general contaba con los conocimientos y habilidades para vigilar y atender un trabajo de parto, en el caso de V1 se trataba de un embarazo que presentaba diversas complicaciones y por ello, debió ser atendido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia, sin embargo, en ese momento, el citado nosocomio no contaba con médicos del referido departamento, lo que contribuyó a la situación de riesgo de V2, misma que en la opinión de la médica de este Organismo Nacional debió resolverse previamente mediante cesárea al detectarse datos de sufrimiento fetal, lo que no fue posible debido a la falta de médicos capacitados en Ginecología y Obstetricia.

65. Con posterioridad al parto, a las 22:15 horas, V1 fue valorada por SP2, quien estableció que la paciente ingresaba a piso procedente del área de toco cirugía para vigilancia del puerperio, y el 21 de agosto de 2014 a las 6:00 horas fue revisada por SP3 quien reportó que V1 presentaba signos vitales estables, asintomática, afebril, tolerando dieta oral, con uresis¹¹ presente y mostrando mejoría; por lo que de manera adecuada fue dada de alta.

¹¹ Proceso de secreción y eliminación de la orina.

66. Esta Comisión Nacional considera que las irregularidades detectadas configuran una serie de actuaciones que conectadas entre sí violaron en agravio de V1 y V2 el derecho a la protección de la salud. Dichas conductas y omisiones descritas, contravienen lo dispuesto en los puntos 5.1.6, 5.2.2, 5.4.1.1 y 5.4.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, vigente al suscitarse los hechos, 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 los lineamientos para el control, seguimiento y atención del embarazo, así como los factores de riesgo obstétrico y los procedimientos para la adecuada atención y control del trabajo de parto.

67. El incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (actualmente NOM-007-SSA2-2016) ha sido referido reiteradamente en las Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional,¹² en las que se resalta la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en la aludida norma, mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

68. En razón de ello, este Organismo Constitucional destaca que el personal médico del Hospital General, involucrado en el caso de V1 y V2, tenía el deber de cuidado en su calidad de garantes del derecho a la salud materna, derivada de los artículos 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a

¹² Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 33/2016, 35/2016, 38/2016, 40/2016, 46/2016, 47/2016 y 50/2016.

saber: *“I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”, así como “II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”;* lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”.*

69. De igual forma, inobservaron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, 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, 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”, vigente durante los hechos que se analizan en el presente pronunciamiento y 10.3, de la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

70. Finalmente, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron observar los artículos XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1 y 10.2, inciso a), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).

71. En suma, el personal médico encargado de la atención médica de V1 incurrió en los siguientes actos violatorios de Derechos Humanos que incidieron en la afectación del binomio materno-fetal, que derivó en la pérdida de la vida de V2:¹³

Autoridad Responsable	Acto u Omisión	Normas inobservadas
AR1	Omitió realizar las acciones necesarias y realizar los estudios para verificar la ruptura de membranas de V1. Inadecuadamente dio de alta a V1 y no indicó su ingreso para confirmar el diagnóstico.	Artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, 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, 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, XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1 y 10.2, inciso a), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador").
AR2	Omitió indicar a V1 los estudios tendentes a corroborar la ruptura de membranas de V1. Omitió indicar el ingreso hospitalario de V1 para efectuar un adecuado diagnóstico de su condición médica. Al no descartar el diagnóstico de ruptura de membranas puso en riesgo la vida de V2.	
AR3	Omitió realizar los estudios necesarios a V1 para emitir un adecuado diagnóstico sobre la ruptura de membranas.	
AR4	Omitió describir los hallazgos detectados en el ultrasonido practicado a V1, para la adecuada vigilancia y manejo del trabajo de parto. No elaboró el partograma de la paciente ni solicitó monitoreo cardiotocográfico, ultrasonido obstétrico para valorar y vigilar el bienestar del binomio materno-fetal.	
AR5	No estableció la hora de inicio ni la duración del estudio cardiotocografico que realizó a V1, por lo tanto no es posible conocer el tiempo que V2 permaneció sin vigilancia.	

2. Derecho a la vida de V2.

72. Para este Organismo Nacional el derecho a la vida *“consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un*

¹³ La responsabilidad de AR6 se analiza en el apartado de Derecho a la vida de V2.

*valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano*¹⁴.

73. Las disposiciones que establecen la protección a la vida son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 1.2 y 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

74. La Corte Interamericana ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido...”*.¹⁵ También ha afirmado *“En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo”*.¹⁶

75. De igual manera ha señalado que *“[...] los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud”*¹⁷.

¹⁴ Recomendación 51/2015, Sobre el caso de inadecuada atención médica y violencia obstétrica en agravio de V1 y V2, en el Hospital General de Acatlán de Osorio de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, párrafo 110.

¹⁵ CIDH, *Villagrán Morales y otros vs. Guatemala* (“Caso de los Niños de la calle”), sentencia de 19 de noviembre de 1999, Fondo. párrafo 144.

¹⁶ *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 124.

¹⁷ CrIDH. *Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1° de septiembre de 2015, párrafo. 177.

76. El 20 de agosto de 2014, MR1 atendió a V2 después de su nacimiento y describió que se trataba de un producto único vivo, flácido y con esfuerzo respiratorio debido a la aspiración de meconio, por lo que realizó una intubación a V2 y aspiró las secreciones, brindando un ciclo de ventilación con secreción positiva.

77. Además, toda vez que V2 mostraba signos de haber estado expuesta a uno o varios eventos de asfixia, tales como dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular y/o reflejos, así como oliguria¹⁸, MR1 realizó un estudio de gasometría a V2 del que se detectó que presentaba acidosis metabólica desde su nacimiento, lo que se encuentra asociado a mayor morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal.

78. Sobre la atención otorgada por MR1 a V2 es pertinente destacar, que de las constancias médicas analizadas no se desprende que éste haya sido supervisado por un médico titular, con lo cual se incumplió con el apartado 10.3, de la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas; la cual describe que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico, los médicos residentes participarán en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la Unidad Médica receptora de residentes.

79. En ese sentido el hecho de que el personal de salud adscrito al Hospital General, no era el suficiente para brindar una debida atención, propició que las labores recayeran en médicos residentes, los cuales deben estar supervisados en todo momento por personal médico adscrito debidamente capacitado, con lo cual se expone a los pacientes del establecimiento hospitalario, por lo que se advierte una responsabilidad institucional, ya que en el citado Hospital General no existe el personal suficiente y especializado para atender este tipo de eventos, y por

¹⁸ La oliguria es una condición en la que se produce muy poca orina.

permitir que el personal en formación atienda a las pacientes sin supervisión de un médico adscrito.

80. Por otra parte, V2 fue atendida posteriormente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por AR6 y MR2 el 20 de agosto de 2014 a las 21:00 horas, quienes refirieron en el diagnóstico emitido una probable aspiración de meconio y para descartar asfixia neonatal.

81. A las 3:00 horas del 21 de agosto de 2014, V2 fue valorada por SP4, quien describió en la nota elaborada: *“frecuencia cardíaca de 130 latidos por minuto (Normal 100-180 latidos por minuto), frecuencia respiratoria de 80 respiraciones por minuto (Normal 40-60 respiraciones por minuto), temperatura de 36° centígrados y Saturación de Oxígeno de 99% (normal 95%); así como los siguientes resultados gasométricos: potencial de Hidrógeno (pH) de 7.47 (Normal 7.35 a 7.45), Presión de Dióxido de Carbono (pCO₂) de 30 mmHg (Normal 35-40 mmHg), Presión de Oxígeno (pO₂) de 130 mmHg (Normal 60-80 mmHg)”*.

82. Sobre ello, la médica de esta Comisión Nacional consideró que V2 presentaba aumento en la frecuencia respiratoria, disminución de dióxido de carbono y elevación de oxígeno en la sangre, todo ello indicativo de que se encontraba en alcalosis respiratoria, es decir con un trastorno del equilibrio ácido-base que puede producir en los recién nacidos tetania (enfermedad que produce contracciones y dolor en los músculos de las extremidades), alteraciones de la conciencia, síntomas de isquemia cerebral (reducción del flujo sanguíneo cerebral), parestesias (sensación de hormigueo o adormecimiento) y síntomas piramidales (afectación motora).

83. A las 14:10 horas, AR6 y MR2 atendieron a V2 y establecieron que presentaba síndrome dismórfico, es decir, una enfermedad congénita que se manifiesta a través de anomalías variables; en el caso particular de V2, los médicos detectaron estrabismo bilateral y pies en posición varo (el talón mira hacia dentro y se dirige

hacia adentro). En consideración de la médica de este Organismo Nacional, tales anomalías no fueron provocadas por la asfixia que presentó V2, pues se trata de padecimientos congénitos.

84. Asimismo los citados médicos establecieron que V2 se encontraba *“luchando con el ventilador”*, ello debido a que se encontraba despierta y podía respirar de manera espontánea, por lo que indicaron retirar el tubo ventilador y suspendieron la administración de analgésico. Además, refirieron que la radiografía de tórax de V2 mostraba una posible cardiomegalia (aumento anormal del tamaño de corazón). Al respecto, apropiadamente indicaron continuar la administración de dobutamina¹⁹; sin embargo, debieron solicitar exámenes complementarios, tales como electrocardiograma, ecocardiograma, gasometría, electrolitos séricos y química sanguínea para comprobar o descartar la cardiomegalia y en su caso determinar el tipo de cardiopatía congénita y si la misma era compatible con la vida.

85. En atención a la determinación de extubación, a las 17:30 horas del 21 de agosto de 2014, AR6 y MR2 procedieron a efectuar la misma, y establecieron que encontraron la cánula endotraqueal obstruida por meconio y aspiraron las secreciones de la boca y la nariz, aplicando nebulizaciones a base de adrenalina y beclometasona, previamente y con posterioridad a la extubación endotraqueal.

86. No obstante, después de 25 minutos V2 presentó en forma súbita un descenso brusco de la frecuencia cardíaca, pasando de 144 a 40 latidos por minuto, palidez generalizada y piel marmórea, al presentarse un *“fracaso de extubación”* que generó la necesidad de intubar nuevamente a V2, por lo que AR6 y MR2 intubaron nuevamente a la paciente y aplicaron 2 ciclos de ventilación asistida; sin embargo, la frecuencia cardíaca era 0.

¹⁹ Fármaco que aumenta la fuerza en la contracción del músculo cardíaco.

87. Por tanto, oportunamente AR6 y MR2 realizaron a V2 masaje cardiaco durante 20 minutos y ventilación con presión asistida, administraron 5 bolos de adrenalina sin lograr restablecer la frecuencia cardiaca, por lo que al no mostrar respuesta al manejo otorgado no se logró revertir el paro cardiorespiratorio en V2, dándose por fallecida a las 16:05 horas del 21 de agosto de 2014, con un diagnóstico de cardiopatía congénita cianógena y síndrome de aspiración de meconio de 22 horas de evolución.

88. Cabe destacar que de acuerdo con la opinión de la médica de esta Comisión Nacional, AR6 y MR2 emitieron el diagnóstico de cardiopatía congénita con base en la evolución clínica brusca de la falla cardiaca de V2 y la falta de respuesta a las acciones de reanimación, sin embargo, es de reiterarse que debieron realizar estudios complementarios para descartar o confirmar la cardiomegalia y determinar el tipo de cardiopatía que padecía V2.

89. Finalmente, es pertinente recapitular que las irregularidades en la atención médica otorgada a V1 respecto al adecuado y oportuno seguimiento de las complicaciones relacionadas con la ruptura de membranas que presentaba, así como la prolongación del trabajo de parto, propiciaron que V2 presentara bradicardia y líquido meconial espeso, signos sugestivos de sufrimiento fetal además de asfixia, lo que en la valoración realizada por la médica de este Organismo Nacional comprometió de manera importante la sobrevivencia de V2, causando posteriormente su muerte.

90. Este Órgano Constitucional colige que la protección a la salud de V1 se encontraba interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo de V2 hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que fueran satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada al acceso al derecho a la salud, se garantizaría la viabilidad de V2.

91. Dicha interconexión, se encuentra latente en el contenido del artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del niño, al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

92. Este Organismo Constitucional ha reiterado que *“los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales – como el derecho a la vida-. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso”²⁰*.

93. En atención a las consideraciones expuestas en la presente Recomendación, para este Organismo Nacional existen elementos suficientes que permiten concluir que las irregularidades en la atención médica otorgada a V1 y en la resolución de su embarazo, por parte del personal adscrito al Hospital General, permitieron que las complicaciones que presentaba V2 evolucionaran, reduciendo su expectativa de supervivencia una vez que se suscitó su nacimiento, derivando en la pérdida de la vida.

3. Responsabilidad.

94. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus

²⁰ Recomendación 18/2016, “Sobre el caso de los menores de edad vacunados en la entonces unidad médica rural “La Pimienta”, en el municipio de Simojovel, Chiapas”, 29 de abril de 2016, parr. 106.

funciones, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la salud de V1 y a la vida de V2; en ese orden de ideas, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen elementos suficientes para concluir que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, contenidas en el artículo 50 fracciones I, XXI y XXIII de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla.

95. Esta Comisión Nacional, también advirtió la falta de cobertura de personal médico especializado en Ginecología y Obstetricia para atender las necesidades del nosocomio. Asimismo, de las constancias aportadas por la autoridad no se desprende el motivo por el cual AR1 indicó a V1 la práctica de un ultrasonido obstétrico de carácter privado el 19 de agosto de 2014, a pesar de que el Hospital General contaba con el servicio. Lo anterior permite acreditar una responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta los elementos anteriormente plasmados, este Organismo Nacional considera, que se generó un gasto innecesario a V1 con motivo de la realización del citado estudio, y al no contar con el personal capacitado para proveer la atención médica adecuada a V2, fue atendido por un médico residente no supervisado.

4. Reparación integral del daño

96. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos 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 hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

97. En ese contexto, conforme a lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, adoptados por las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, así como en los diversos criterios sostenidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se advierte que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y obligación de investigar los hechos, identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

98. La Comisión Nacional advierte que los aludidos principios sobre reparación del daño se deben aplicar en casos de violaciones a derechos humanos, según el caso concreto, por lo que deberán servir como un referente internacional aplicable para que la autoridad responsable pueda determinar la reparación integral en los casos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles. En ese sentido, se deberán llevar a cabo acciones encaminadas a la reparación integral del daño ocasionado a V1, con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas durante el presente caso.

99. Asimismo, de conformidad al artículo 3° de la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Puebla y el artículo 4° de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, V3 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener una relación

inmediata con V1 y V2. Al respecto, este Organismo Nacional observó que V3 brindó acompañamiento a V1 durante el desarrollo del trabajo de parto y en las gestiones realizadas al efecto en el Hospital General; además, es de destacarse que el vínculo familiar existente en su calidad de esposo de V1 y padre de V2, propicia que sea susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como su inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de la citada entidad federativa.

100. Para tal efecto, en términos de los artículos 1°, 2°, 3°, 12, fracción II, 18, 20, 38, 41, 45 y demás aplicables de la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Puebla, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Puebla el 27 de noviembre de 2014, en la que se establecen los lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas de violaciones a derechos humanos, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud en agravio de V1, así como a la vida de V2, y al determinarse la calidad de víctima indirecta de V3, se deberá inscribir a V1 y V3 en el Registro Estatal de Víctimas de Puebla, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas de violaciones a Derechos Humanos, previsto en la aludida Ley.

a) Medidas de rehabilitación.

101. La atención médica y psicológica que se preste a la víctima, deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a

través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

102. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

b) Medidas de satisfacción.

103. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a la víctima, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

104. Asimismo, se inicie una investigación administrativa en contra de quien conoció del presente caso en la Contraloría del Estado del Puebla, quien en su momento determinó: *“no ha lugar a iniciar formal procedimiento de determinación de responsabilidad en contra del personal médico adscrito al Hospital General”*, lo anterior, para que se investigue si dicha resolución fue sustentada en una investigación suficiente y en su caso se finque la responsabilidad que corresponda.

105. De igual forma, se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la denuncia penal que se presente ante la Fiscalía General del Estado de Puebla, para que se realicen las investigaciones correspondientes por los hechos del presente caso.

c) Garantías de no repetición.

106. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital General, dos cursos de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres y de la niñez, así como en la debida observancia de la NOM-007-SSA2-2016, los cuales deberán ser impartidos por personal especializado con perspectiva de género.

106. Se tomen las medidas necesarias para contar con la infraestructura necesaria y el personal especializado suficiente en el Área de Ginecología del Hospital General.

d) Indemnización.

107. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, de V1, y a la vida de V2 la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V3.

108. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

109. Asimismo, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial

(deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

110. En el presente caso, este Organismo Nacional hace especial énfasis en la calidad de V1 de mujer y de V2 como menor de edad, lo que permite establecer las condiciones de vulnerabilidad que determinan la procedencia de la reparación del daño en su favor.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Puebla, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño a V1 y V3 con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital General, conforme a la Ley General de Víctimas y a la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Puebla, que incluyan una compensación y rehabilitación 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 otorgue atención médica de seguimiento, con oportunidad, calidad y calidez, para V1 en el Hospital General, dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Puebla, o en algún otro centro de atención médica perteneciente a la misma, así como atención psicológica, y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en clínicas, hospitales y centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria 3, “Zacapoaxtla”, Puebla, dos cursos integrales de educación, formación y capacitación sobre los derechos humanos que el orden jurídico reconoce a las mujeres, niñas y niños, que garantice el trato digno y la calidad y calidez, especialmente a mujeres, niñas y niños, así como sobre la observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitirán a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico de la Jurisdicción Sanitaria 3, “Zacapoaxtla”, Puebla, en la que se le exhorte al personal médico, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se tomen las medidas necesarias para contar con la infraestructura necesaria y el personal especializado suficiente en el Área de Ginecología del Hospital General.

SEXTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario ante la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto,

las pruebas que le sean requeridas. Asimismo, se inicie una investigación administrativa en contra de quien conoció del presente caso en la Contraloría del Estado del Puebla, quien en su momento determinó: *“no ha lugar a iniciar formal procedimiento de determinación de responsabilidad en contra del personal médico adscrito al Hospital General”*, lo anterior, para que se investigue si dicha resolución fue sustentada en una investigación suficiente y en su caso se finque la responsabilidad que corresponda.

SEPTIMA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la denuncia que se presente ante la Fiscalía General del Estado de Puebla, para que se realicen las investigaciones correspondientes por los hechos del presente caso.

OCTAVA. Se inscriba a V1 y V3 en el Registro Estatal de Víctimas de Puebla, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas de violaciones a derechos humanos, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

112. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la

aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

114. 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 a las legislaturas de las entidades federativas, que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ