

Hermosillo, Sonora, a 12 de Diciembre de 2014.

C. LIC. TERESITA DE JESÚS LIZÁRRAGA FIGUEROA.

Directora del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

De los Trabajadores del Estado de Sonora.

P r e s e n t e . -

Distinguida Señora Directora:

La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los diversos numerales 1, 2, 7 fracciones II y III, 16 Fracción VII, 25 Fracción IV, 45, 47 y 52 de la Ley 123 que rige su funcionamiento, publicada en el Boletín Oficial del Estado de Sonora, el día 08 de Octubre de 1992, ha examinado diversos elementos contenidos dentro del **EXPEDIENTE CEDH/IV/33/01/EQ/2010**, relacionados con la Queja presentada por la **C. Q.**, y vistos los siguientes:

A N T E C E D E N T E S:

1.- Mediante Queja por comparecencia presentada ante el **C. LIC. JOSÉ FRANCISCO MUNGUÍA CÓRDOVA**, entonces Director de Quejas de éste Organismo, con fecha 15 de Octubre de 2010 la **C. Q.** interpuso Queja en contra de Personal Médico y de Enfermería del Hospital del Socorro del ISSSTESON en Nogales, Sonora, por la probable violación de sus derechos humanos, consistente en **NEGLIGENCIA y DEFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA.**

2.- Mediante acuerdo de fecha 18 de Octubre de 2010, se dictó Acuerdo de Recepción de Queja por parte del **C. LIC. JOSÉ FRANCISCO MUNGUÍA CORDOVA**, Director de Quejas de este Organismo defensor de derechos humanos, respecto de los actos denunciados por la joven **Q.**, en contra de la autoridad antes mencionada, clasificándola como **VIOLACIÓN DE AUTORIDAD ADMINISTRATIVA y NEGLIGENCIA MÉDICA.**

3.- En la fecha antes señalada, se expidió Oficio Número **DGQ/O1/2010**, por parte del **C. LIC. JOSÉ FRANCISCO MUNGUÍA CORDOVA**, Director de Quejas de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, a través del cual, se le comunica a la denunciante la recepción de su Queja.

4.- Con fecha 21 de Octubre del 2010, con fundamento en los artículos 1, 7, 25 y 26 de la Ley 123 que Crea a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, en relación con los diversos 55 y 56 Fracción I del

Reglamento Interior que rige a éste Organismo, se dictó acuerdo donde se tuvo por admitida la Instancia por parte del **C. LIC. ALEJANDRO VALENZUELA PEREYRA**, entonces Cuarto Visitador General de esta Comisión Estatal, quien ordenó solicitar informes y anexos a la autoridad señalada como presunta responsable.

5.- Mediante Oficio No. **02/2010** de fecha 22 de Octubre de 2010, se solicitó Informe Justificado y pormenorizado a la **C. LIC. TERESA DE JESÚS LIZÁRRAGA FIGUEROA**, Directora General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, por parte del **C. LIC. ALEJANDRO VALENZUELA PEREYRA**, Cuarto Visitador General, otorgándole un plazo de quince días naturales para tal efecto.

6.- Mediante Oficio No. **0220/2010** de fecha 15 de Marzo de 2012, se le solicitó al **DR. MANUEL BERNAL DURÁN**, entonces Asesor Médico Legal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, tuviera a bien rendir dictamen médico-legal, con base en el resumen clínico suscrito por el **DR. AR1**, Médico General del ISSSTESON de Nogales, Sonora, así como análisis del expediente clínico que obra dentro de la Averiguación Previa **C.I. 2470/2010**, para efectos de determinar la posible existencia de negligencia médica de **Q.**

7.- Con fecha 22 de Noviembre de 2013, en vía de colaboración se le solicitó al **C. LIC. AMP**, Agente Primero Investigador del Ministerio Público del Fuero Común de Nogales, Sonora, por parte del **C. LIC. ALEJANDRO VALENZUELA PEREYRA**, Cuarto Visitador General, copia certificada de la Averiguación Previa instruida en contra de quien o quienes resulten responsables por el delito de Responsabilidad Médica, interpuesta por la hoy quejosa.

8.- Con fecha 03 de Junio de 2014, se solicitó al **C. DR. MANUEL ESTEBAN GARCÍA DÁVILA**, Médico Legista de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, rendir Conclusión Médico-Legal con base en el resumen clínico suscrito por el **DR. AR1**, Médico General del ISSSTESON de Nogales, Sonora, así como el Expediente Clínico que obra dentro de la Averiguación Previa **C.I. 2470/2010**, con la finalidad de determinar si existió negligencia médica, y consecuentemente resolver si existió violación a los Derechos Humanos.

9.- CONCLUSIÓN MÉDICO-LEGAL rendido por el **C. DR. MANUEL ESTEBAN GARCÍA DÁVILA**, Médico Legista de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, de fecha 11 de Junio de 2014.

EVIDENCIAS:

A).- Con fecha 15 de Octubre de 2010, la **C. Q.**, se presentó en las instalaciones que ocupa la Comisión Estatal de Derechos Humanos en Nogales, Sonora, a interponer formal Queja por la probable violación del derecho a la protección de la salud y negligencia por parte de personal del HOSPITAL DEL SOCORRO QUE PRESTA SUS SERVICIOS DE FORMA SUBROGADA A DERECHOHABIENTES DE ISSSTESON, EN NOGALES, SONORA, donde se hizo constar lo siguiente:

“...1 .- El día 09 de septiembre del 2010 como a las ocho de la noche me presente al Hospital en urgencias por estar embarazada y ya me habían comenzado las contracciones, me recibió el doctor de guardia del ISSSTESON, el cual me encamó, me puso suero intravenoso para apurar el parto, y nosotros le pedíamos que me hiciera la cesarí, porque sentía que no iba a tener un parto normal, el médico me dijo que yo tenía bien la pelvis para un parto normal, que no me iba hacer cesarí porque ellos no la hacían, pero tampoco le habló al ginecólogo del ISSSTESON, como a las tres de la mañana del diez de septiembre, y una hora después me pasaron al quirófano, teniéndome en la camilla ya que la plancha de expulsión no estaba lista, yo les pedía que me pusieran anestesia y no me la pusieron porque la vendían, y que eso no la paga el ISSSTESON, para eso ya no sentía dolores y les seguí pidiendo que me hicieran la cesarí y tampoco quisieron, al ver que el parto no parecía normal se le pidió al médico que hiciera un ultrasonido, que él no iba a despertar al ginecólogo porque ya estaba programado su parto natural

2.- Cuando vieron que mi parto no era normal, el doctor y las enfermeras se me echaron encima; empujándome el estómago para que saliera la niña la cual yo sentía que se movía dentro de mí, después de aplastarme el estómago como por diez minutos yo ya no sentía que moviera mi niña, como ala seis de la mañana nació mi hija la cual la pusieron en una incubadora, fue cuando entonces que me avisaron que mi hija había nacido muerta, debido a que el cordón umbilical se le enredo en el cuello, lo cual no me consta porque yo no la ví y me sacaron del cuarto que tenía y yo les pedía que me enseñaran a la niña y se negaron hacerlo, y nunca me dijeron el motivo porque no me la enseñaron.

3.- Cuando estaba en el cuarto mi cuñada me llevo a la niña pero una monja se enojó e inmediatamente me la quitó, y me dijo que yo no la debería de tener ahí, llevándosela ignoro a donde.

4.- Cabe mencionar que durante todo el embarazo me hice tres ultrasonidos en los cuales se veía a mi hija en estado normal y cuando las revisaba el médico general y el ginecólogo del ISSSTESON, me decían que todo estaba bien, y creo que al no recibir la atención médica adecuada tanto por el médico que me recibió en el hospital así como el personal que me atendió durante el parto, fue lo que ocasionó la muerte de mi hija.

5.- Por lo anteriormente narrado es que acudo a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos para que intervenga e investigue la actuación de estos empleados del ISSSTESON y en su momento se finque las responsabilidades que resulten del caso.”

B).- **Documental Pública** con Número de Oficio **UJ-1449-2010**, de fecha 26 de Noviembre de 2010, consistente en Informe de Autoridad

rendido por el LIC. AL, Apoderado Legal de ISSTESON, mismo que a la letra dice:

“... En atención a su oficio No. 02/2010, de fecha veintidós de Octubre del año dos mil diez, relativo al expediente CEDH/IV/33/01/EQ/2010, mediante el cual solicita al Director General del ISSTESON, Lic. Teresa de Jesús Lizárraga Figueroa, informe con justificación, en relación a los hechos denunciados por la quejosa Q y su esposo Q2, en contra de Autoridades Administrativas del Hospital del Socorro de ISSSTESON, en Nogales, Sonora, se informa lo siguiente:

El Hospital del Socorro en Nogales, Sonora, es un hospital subrogado que presta los servicios a derechohabientes de ISSSTESON; por tanto, las autoridades administrativas de dicho hospital, no forman parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.

Por otra parte, de la sola lectura de la queja interpuesta por los C. Q y Q2, se desprenden un sin número de inconsistencias por lo que la queja resulta oscura, dejando en estado de indefensión a mi representado para dar contestación al informe justificado y pormenorizado en relación a los hechos suscitados que dieron origen a la queja interpuesta.

Debido a que este Organismo solicita informe para estar posibilidades de integrar el expediente de queja y resolver lo que ha derecho corresponda, a fin de colaborar con esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, de igual forma, solicitamos el apoyo para que se requiera a los quejosos y aclaren el escrito presentado ante esta H. Autoridad, y así estar en posibilidad de emitir un informe justificado y pormenorizado como lo solicita. La anterior solicitud se hace con fundamento en los artículos 76 y 77 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, solicitando además se requiera a los quejosos para que nos haga llegar la documentación que obra en su poder relacionado con el proceso de embarazo desde su inicio hasta la fecha en que la atendieron en el Hospital del Socorro en Nogales; por otra parte, se solicita nos indique los nombres del personal que la recibió en el Hospital del Socorro del día nueve de Septiembre del dos mil diez, concretamente el nombre del doctor de guardia que la encamo, que médico le dijo que tenía bien la pelvis para un parto normal, el nombre del médico que le indicó que no le iban hacer cesárea, el nombre de la persona que le dijo que vendían la anestesia, que indique a quien le pidió que le hicieran la cesárea, ya que menciona de manera plural “tampoco quisieron”, que indique quien o quienes se refiere; a que médico le pidió que le hiciera un ultrasonido; que diga el nombre del doctor y las enfermeras que se le echaron encima; que doctor se le echo encima y le dijo que su hija estaba muerta; que diga el nombre de la monja que se molestó y le quito a la niña; debido a que menciona que durante su embarazo se hizo tres ultrasonidos, le solicito que nos anexe a su queja junto con todos y cada uno de los documentos que le expidieran durante el embarazo; que indique que médico general y que ginecólogo la atendieron durante el proceso de embarazo; por ultimo solicito agregue el acta de defunción de la menor, como podemos observar de la queja interpuesta se desprenden muchas dudas y una completa oscuridad en la queja interpuesta, por lo que a mayor razón de lo antes manifestado y para no dejar en estado de indefensión a mi representado, es que solicito de este Organismo, se requiera a la recurrente a efecto de que aclare su queja para estar en posibilidades de dar contestación a la misma en los términos legales solicitados.”

C).- Documental Pública consistente en Comparecencia de fecha 10 de Diciembre de 2010, por parte de la **C. Q.**, ante la fe pública del **C. LIC. FRANCISCO SUNNY TON QUEVEDO**, Visitador Adjunto adscrito a la Oficina Regional de Nogales, Sonora, misma que a la letra dice:

“... Que el día de hoy siendo las doce horas, compareció ante esta Oficina de Derechos Humanos, la C. Q, que se identifica con credencial de elector No. NCE, a quien se le da vista a través del oficio No. 239/2010, donde se le informa el contenido del informe justificado No UJ-1449-2010 de fecha 26 de Noviembre del 2010, en donde se le pide a la quejosa que aclare ciertas dudas e inconsistencias en la queja interpuesta en contra del Hospital del Socorro en Nogales, Sonora, por lo anterior la quejosa señaló lo siguiente:

- 1.- Solicitan indique los nombres del personal que la recibió en el Hospital del Socorro el día nueve de Septiembre de dos mil diez, concretamente el nombre del Doctor de guardia que la encamó.*
- 2.- Solicitan que digan que Médico le dijo que tenía la pelvis para un parto normal.*
- 3.- Solicitan el nombre del Médico que le indicó que no le iban a hacer cesárea.*
- 4.- Solicitan el nombre de la persona que le dijo que vendían la anestesia.*
- 5.- Solicitan el nombre a quien o quienes la quejosa pidió que le hicieran la cesárea.*
- 6.- Solicitan el nombre del médico a quien la quejosa le pidió le hiciera un ultrasonido.*
- 7.- Solicitan se les dé los nombres del doctor y las enfermeras que se le echaron encima.*
- 8.- Solicitan que doctor se le echó encima y le dijo que su hija estaba muerta.*
- 9.- Solicitan el nombre de la monja que se molestó y le quitó a la niña.*
- 10.- Solicitan documentos que se le hayan expedido a la quejosa durante el embarazo.*
- 11.- Solicitan que indique que médico general y que ginecólogo la atendieron durante el proceso de embarazo.*
- 12.- Solicitan se agregue el acta de defunción de la menor.*

Por todas estas peticiones es a lo que ellos llaman que la queja interpuesta es oscura.

A todo lo anterior la quejosa contestó lo siguiente: que fue el mismo médico el que la internó, el que le dijo que tenía buena pelvis para parto normal, a quien se le solicitó se practicara el ultrasonido y se negó, también al que se le solicitó se me practicara la cesárea negándose a la petición argumentando que el ginecólogo estaba dormido y no se le iba a molestar.

Asimismo manifestó que desconoce el nombre del médico que desde un inicio la atendió, también desconozco los nombres de las enfermeras, de la monja, del médico que se me hecho encima y me dijo que mi hija estaba muerta quien se presentó como apoyo al médico que atendió mi parto.

En cuanto a la documentación que se solicita, afirmó la quejosa que se niega a enviársela, toda vez que ellos como autoridad tienen la facultad para exigir la documentación solicitada al Hospital del Socorro o a la Administración del ISSSTESON en Nogales, Sonora, así como los nombres de todas las personas que ellos están solicitando, y que intervinieron en la atención de mi parto. Siendo

todo lo que tengo que manifestar, deseando que sea esa misma autoridad la que deberá de proporcionar los documentos que exige además, es esa misma autoridad quien debe de proporcionar los nombre de los médicos y enfermeras de quienes me atendieron ya que es esa la autoridad quien tiene el deber de proporcionarlos por ser la autoridad responsable jerárquicamente, la requerida para dar información a la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y no me corresponde saber que médicos y demás responsables den los nombres ya que ellos no lo dieron y hoy, mucho menos, además, es la autoridad esa la obligada de proporcionarla ya que ellos llevan la administración de la rotación el turno que le corresponde a cada quien del personal responsable y que de lo contrario estarían evadiendo el informe solicitado.”

D) Documental Pública consistente en **Informe de Hechos** por parte del **DR. AR1**, de fecha 18 de Noviembre de 2010, a través del cual manifestó lo siguiente:

“... El que suscribe Dr. AR1, de 29 años, me identifico con credencial de elector, médico general egresado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo con No. de cedula 6119580 y autorización para ejercer en el Estado de Sonora No. 8078/10, Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, expongo lo siguiente:

El día 9 de Septiembre recibo en el servicio de urgencias a la paciente Q1 de 18 años de edad en trabajo de parto a las 20:30 hrs. se hospitaliza para vigilancia del mismo, siendo valorada aproximadamente a la 1:00 am ya cursando el día 10 de septiembre de 2010, me comunico vía telefónica con el ginecólogo Dr. DR, donde le comento el estado actual de la paciente y como no existen en ese momento datos de alarma se deja a evolución a la paciente.

En mi experiencia médica he tenido algunos partos los cuales se prolongaron más tiempo, incluso con circulares de cordón los cuales no presentaron complicación alguna, al salir la cabeza se acostumbra doble pinzamiento y cortar.

Por ser un embarazo a término (38SDG X FUR) el cordón en este caso era lo suficientemente largo con abundante gelatina de Wharton y presencia de bucles lo que hace más grueso y más difícil de asfixiar al bebé. (Smith and Hogue, 1995; Del Valle et al, 1995).

Sentí que el descenso era lento pero dentro de lo normal por lo cual no notifique nuevamente al ginecólogo. No solicite un USG ya que en la norma oficial mexicana (NOM-007-SSA2-1993) anexo b sección 5.4.1.5. Comento que en los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos y médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiografía y el ultrasonido como pueden ver la norma no considera este procedimiento técnico como estándar. (Extracto de la norma, publicada en el diario oficial de la federación el 6 de enero de 1995)

Según la OMS la pelvimetría intraparto con rayos x, no ha demostrado eficacia alguna. La pelvimetría de rayos X durante el embarazo y parto incrementa la incidencia de leucemias en la infancia (Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Routine Ultrasound in late Pregnancy. Cochare data base syst rev 2008 oct 8; (4): cd 001451.)

A partir de 1993 se dejó de indicar la pelvimetria y así tenemos que en el año de 1996 las cesáreas por DCP eran del 12%, en el año de 2000 de 11.3% y en el 2006 12.8%, lo que representa una disminución importante por esta causa. (OMS uso de pelvimetrias mediante rayos X, departamento de investigación y salud reproductiva. Ginebra; 1996.

Por la falta de cooperación de la paciente al momento de la coronación del producto recurrí a la maniobra de Kristeller para la extracción ya que no cuento con la capacitación del uso de Forceps fue la única maniobra que pude realizar en esta situación. Posterior a esto se completó la extracción del feto.

En conclusión actué sin dolo y responsablemente no despegándome de la paciente durante todo su trabajo de parto y aplique todos mis conocimientos y maniobras y recursos al alcance en ese momento no deben descartar que el feto pudo haber portado una malformación congénita, que no le permitió tolerar el periodo expulsivo y no reaccionar a las maniobras de resucitación aplicadas.”

E).- Documental Pública consistente en Comparecencia de fecha 02 de Mayo del 2011, por parte de los **C.C. Q y Q2**, ante la fe pública del **C. LIC. FRANCISCO SUNNY TON QUEVEDO**, Visitador Adjunto adscrito a la Oficina Regional de Nogales, Sonora, donde se hizo constar lo siguiente:

- 1.- El primer punto es que tuvo desde la 1:00 AM hasta las 06:05 para darse cuenta de que si iba hacer complicado el labor de parto.*
- 2.- En el punto de que habla de que el ombligo estaba suficientemente largo y grueso por lo cual no se pudo haber ahorcado el bebé y el dictamen médico es de doble circular el cordón al cuello, entonces se contradice.*
- 3.- En el punto de que el doctor dice que el parto era lento pero normal y que no notifico al médico ni pidió un ultrasonido, ninguna parto que es lento es normal, debió haber pedido un ultrasonido para ver si la niña venía bien.*
- 4.- En el momento que dice que la paciente no tiene cooperación a la hora de la coronación debió haber pedido una cesárea.*
- 5.- En la maniobra Kristelle que se supone que se empuja desde la boca del estómago hasta el llegar a la matriz para expulsar al bebé no pudo salir por doble circulación de cordón al cuello, se supone que si sabe la maniobra de Kristelle debe saber la de Forceps ya que son acompañadas a un parto normal y son del mismo autor.*
- 6.- No especifica si la niña nació con signos vitales.*
- 7.- El doctor dice que no se debe descartar que el feto pudo haber portado una malformación congénita que no le permitió tolerar el periodo expulsivo y no reaccionar a las maniobras de resucitación aplicadas, entonces como dictaminó ante el ginecólogo DR que todo estaba normal.*
- 8.- Una pregunta es que maniobras de resucitación realizó el doctor.*
- 9.- No reviso el latido fetal, si aumento o bajo el latido en el transcurso del parto.*
- 10.- El ginecólogo que la atendió durante su embarazo no es el mismo que se consultó por vía telefónica al momento del parto.”*

F).- Documental Pública consistente en certificado de muerte fetal a causa de **ASFIXIA PERINATAL SEVERA CON/POR DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN AL CUELLO**, con Número de Folio **040235836** emitido por la Secretaría de Salud en fecha 10 de Septiembre de 2010.

G).- Documental Pública consistente en copia certificada de la Averiguación Previa Número **C.I. 2479/2010**, instruida la Agencia Primera Investigadora del Ministerio Público del Fuero Común de Nogales, Sonora, en contra de **QUIEN O QUIENES RESULTEN RESPONSABLES** por el delito de **RESPONSABILIDAD MÉDICA Y/O NEGLIGENCIA MÉDICA Y/O EL QUE RESULTE** cometido en perjuicio de **Q**, de la cual se destacan las siguientes diligencias:

a) Denuncia de Hechos por Comparecencia a cargo de la **C. Q**, de fecha 25 de Octubre de 2010, ante el Agente Primero Investigador del Ministerio Público del Fuero Común de Nogales, Sonora.

b) Diligencia de Ratificación de Declaración de Querrela por escrito a cargo de la **C. Q**.

c) Comparecencia a cargo del **C. DR AR1**.

SITUACIÓN JURÍDICA:

Del estudio de los medios probatorios allegados a la presente Recomendación, y del análisis de las probanzas obtenidas, valoradas en términos de lo dispuesto por el artículo 42 de la Ley 123 que Crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos, permite establecer que resulta fundada la violación a los derechos fundamentales en perjuicio de la **C. Q**, por la **VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y NEGLIGENCIA MÉDICA**, por parte del HOSPITAL DEL SOCORRO QUE PRESTA SUS SERVICIOS DE FORMA SUBROGADA A DERECHOHABIENTES DE ISSSTESON, DE NOGALES, SONORA.

De lo anteriormente expuesto, se advierte que la hoy quejosa presentó Queja ante esta H. Comisión Estatal de Derechos Humanos, en contra de Personal Médico y de Enfermería del Hospital del Socorro que presta sus servicios de forma subrogada a derechohabientes de ISSSTESON, en Nogales, Sonora, y al efecto manifestó que como a las 20:00 horas del día 09 de Septiembre del 2010, acudió al área de urgencias de ése nosocomio acompañada de su esposo. Cabe señalar que la quejosa contaba con aproximadamente 37 semanas de embarazo, y presentaba fuertes dolores propios de proximidad de parto, y que, después de revisarla en ese lugar, le dijeron que tenía 3 centímetros de dilatación, seguidamente procedieron a colocarle suero para apurar el parto, posterior a ello la trasladaron a la sala de expulsión, donde constantemente le realizaban el tacto y le pedían que pujara, siendo así que la agraviada solicitó un ultrasonido para conocer las condiciones en las que se encontraba el producto/feto, y sobre todo si se encontraban ante una evidente complicación, petición que fue negada argumentando el Médico de guardia que la joven tenía bien la pelvis para un parto natural por lo que no sería

necesario realizar una cesárea, aunado al hecho que manifestaron que no realizaban cesáreas. Ahora bien, cuando Q1 contaba con siete centímetros de dilatación, es relevante señalar que durante el alumbramiento no fue revisada y/o valorada por ningún ginecólogo.

Seguidamente y al ser aproximadamente las 03:00 horas del día 10 de septiembre de 2010 se le rompió la fuente, por lo que transcurrió otra hora más, es decir eran cerca de las 4:00 horas cuando ingresó al quirófano, transcurriendo aproximadamente otra hora más debido a la que la plancha de alumbramiento no se encontraba preparada, siendo en esos momentos cuando la hoy quejosa dejó de sentir dolores, optando el médico de guardia y enfermeras que se encontraban atendiendo el parto, a que pujara, a la fuerza, solicitando la agraviada que le colocaran la epidural, solicitud que fue negada debido a que la vendían, aun cuando se ofreció a cubrir el costo de la anestesia, no la aplicaron.

Es en ese momento, en el que se percatan que se encontraban ante una dificultad, decidiendo el médico de guardia realizar la maniobra de Kristeller para la extracción, por lo que las enfermeras procedieron a “echarse” por encima del vientre de la joven para lograr la extracción del feto, es en ese momento que deja de sentir movimiento, siendo hasta cerca de las 06:00 horas del mismo 10 de septiembre del 2010, que se dio el alumbramiento.

Posteriormente, y al cuestionarlos sobre el estado del bebé, se limitaban a señalar que se encontraba delicada de salud, por lo que al continuar insistiendo confirmaron que había fallecido, siendo la causa de la muerte asfixia perinatal severa, doble circular de cordón al cuello.

En tal virtud, y con la finalidad de evitar situaciones como las aquí descritas, donde se advierte una evidente negligencia médica cometida por personal del Hospital del Socorro, que presta sus servicios de forma subrogada a derechohabientes de ISSSTESON, en Nogales, Sonora, durante la prestación de los servicios de salud pública, es por ello, que con la presente Recomendación, se busca identificar las causas que originaron tan lamentable pérdida, tratando con ello de evitar que se presenten de nueva cuenta, casos tan lamentables como el sucedido a la **C. Q.**

Se corrobora lo anterior por las razones siguientes:

CAUSAS DE VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS:

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 87 fracción IV del Reglamento Interior que rige la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Sonora, y de acuerdo con las probanzas recabadas en el Expediente de Queja, la **Comisión Estatal de Derechos Humanos determinó** que sí

existió una violación a los Derechos Humanos en agravio de la C. Q, de acuerdo con los siguientes razonamientos lógico-jurídicos:

La denuncia de la quejosa versa en el sentido de que la causa de la muerte de su bebé fue por una negligente atención médica durante el parto, misma que derivó en el fallecimiento del producto.

De las manifestaciones de la quejosa en su escrito inicial, así como de la informado por la autoridad señalada como presunta responsable, así como del contenido de las constancias que obran integradas al Expediente de Queja en que se actúa, reseñadas en el apartado de evidencias y que aquí damos por reproducidas en aras de obviar repeticiones innecesarias, se desprende como hecho probado que el día 09 de Septiembre de 2010, siendo aproximadamente las 20:00 horas, la quejosa acudió al Hospital del Socorro que presta sus servicios a su vez de manera subrogada a derechohabientes de ISSSTESON, en Nogales, Sonora.

Ahora bien, resulta por demás relevante la atención médica que recibió por parte del DR. AR1.

A primera vista, resaltan de sobremanera dos circunstancias vitales que pudieron prever el funesto desenlace, ambas relacionadas en las actuaciones u omisiones realizadas por el **DR. AR1**. De la propia relatoría de hechos denunciado por la quejosa, así como del informe rendido por el doctor antes mencionado, señaló que no consideró necesaria la atención y/o presencia del Ginecólogo de apellidos **DR**, **debido a que en ese momento no había datos de alarma**, de igual forma afirmó que a pesar que el descenso era lento, se encontraba dentro de lo normal, decidió no notificar de nueva cuenta al ginecólogo, **asimismo decidió no solicitar USG**, a pesar que la agraviada ya tenía **nueve horas en trabajo de parto**.

Ahora bien, en lo referente a lo señalado por la quejosa, y confirmado por el Médico General **AR1**, quien se encontraba atendiendo el parto de la joven, recurrió a la maniobra de Kristeller para la extracción, ya que aseveró que no contaba con la capacitación del uso de Fórceps, indicando que fue la única maniobra que pudo realizar en ese situación, acción por demás injustificable.

Por lo que al completar la extracción del feto a las 06:05 horas del día 10 de Septiembre del 2010, éste habría nacido sin vida, siendo la causa de la muerte de acuerdo al Certificado de Muerte Fetal: **asfixia perinatal severa por doble circular de cordón al cuello**, emitido por la Secretaría de Salud en fecha 10 de septiembre del 2010.

Con lo expuesto, queda de manifiesto que existió una clara trasgresión de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, que dispone lo siguiente:

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

En lo que respecta a la realización de la maniobra de Kristeller, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, es muy clara al señalar lo siguiente:

5.4.13 Durante el periodo expulsivo, no deberá realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

La maniobra de Kristeller **está contraindicada** para facilitar el descenso del feto, y no en razones de emergencia médica. Si éste fuera el caso, estarían indicadas otro tipo de intervenciones. La maniobra de Kristeller no sólo es indeseable en sí misma, sino que existen diversas alternativas mucho más eficaces y, lo más importante, exentas de riesgo.

Es aplicable al caso concreto, la Tesis I.4o.A.64 A (10a.), emitida en la Décima Época, por los Tribunales Colegiados de Circuito, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XXV, Octubre de 2013, tomo 3, página 1890, la cual sostiene:

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN.

Suele señalarse que la medicina no es una ciencia exacta, pues existen matices en el curso de una enfermedad o padecimiento que pueden inducir a diagnósticos y terapias equivocadas. Así, una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error excusable, pues lo que se le pide al "buen médico" es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente, haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia. Por otro lado, el término malpraxis (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la lex artis médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado; este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada. Por tanto, la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado. .

Revisión fiscal 147/2013. Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de la Función Pública, encargado de la defensa jurídica del titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 20 de junio de 2013. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretario: Alfredo A. Martínez Jiménez

Es aplicable al caso concreto, la Tesis 1a. CLXXII/2014 (10a.), emitida en la Décima Época, por la Primera Sala, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro 5, Abril de 2014, tomo I, página 818, que sostiene:

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS.

La responsabilidad objetiva del Estado no se origina por cualquier daño causado, sino que éste debe ser consecuencia de su actuar administrativo irregular, es decir, derivado del incumplimiento de los deberes legales de los servidores públicos, establecidos en leyes o reglamentos. Sin embargo, tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, dicha responsabilidad también se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores -lex artis ad hoc-, o al deber de actuar con la diligencia que exige la lex artis.

Amparo directo en revisión 10/2012. Giovanni David Chávez Miranda. 11 de abril de 2012. Cinco votos de los Ministros Jorge Mario Pardo Rebolledo, quien formuló voto concurrente en relación con el tema contenido en la presente tesis, José Ramón Cossío Díaz, Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, Olga Sánchez Cordero de García Villegas y Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretaria: Ana María Ibarra Olguín.

Esta tesis se publicó el viernes 25 de abril de 2014 a las 09:32 horas en el Semanario Judicial de la Federación.

Por último, contamos con el Dictamen médico-legal de fecha 11 de Junio del 2014, suscrito por el **DR. MANUEL ESTABAN GARCÍA DAVILA**, Médico Legista de éste Organismo, mismo que a la letra dice:

“... El que subscribe, Médico Cirujano traumatólogo y ortopedista Dr. Manuel Esteban García Dávila legalmente autorizado para el ejercicio libre de su profesión, con cedula profesional No. 3864232 de la DGP y No. de certificación CEO18662SON09, en funciones de perito médico, por este conducto rindo la opinión médica en relación a la atención medica que recibió el paciente Q.

Esta opinión médica la realizo previa revisión del expediente clínico de la C. Q que me fue mostrado y en base a los datos que arroja el mismo, doy respuesta al interrogatorio formulado, ello en relación a la atención médica otorgada a la C. Q, y lo hago en los siguientes términos:

Según se anota en el expediente clínico fechado 09-septiembre-2010 del Hospital del Socorro de Nogales S.A. DE C.V. (todas las notas de evolución firmadas por el Dr. García Vargas).

El día 09-09-10 a las 22:30 hrs femenina de 18 años con embarazo a término en trabajo de parto, 5 cm de dilatación con 80% de borramiento, FCF 140x’, movimientos fetales (+), 2do plano de hodge, continua con mismo manejo.

El mismo día a las 23:50 hrs presenta dilatación de 6 cm y borramiento del 85-90%, FCF 145x', movimientos fetales (+) y 2do plano de Hodge.

El día 10-09-10 a las 01:00hrs presenta dilatación de 7cm, borramiento del 80%, FCF 140x', movimientos fetales (+) en 2do plano de Hodge, se notifica a ginecólogo (sin poner el nombre del ginecólogo en turno) se refiere que del caso que se le presenta al ginecólogo evoluciona favorablemente y se dejara para parto natural.

El mismo día a las 02:15 hrs presenta dilatación de 8 cm, borramiento del 90%, FCF 147x', continua con vigilancia obstétrica.

El mismo día a las 03:35 hrs presenta dilatación de 10 cm, borramiento del 95%, FCF 148x', se le realiza amniocentesis, obteniendo líquido amniótico normal, se prepara sala de expulsión para atención del parto.

El día 10-09-10 a las 07:00hrs femenina Robles Corral que nace a las 06:05 hrs con doble circular de cordón al cuello y abundante líquido meconial flácidas sin signos vitales, APGAR 0, se realizan maniobras de reanimación, ventilación asistida y compresiones torácicas. Aspiración y ventilación asistida con oxígeno y compresiones torácicas, aplicación de adrenalina 1+1 mg c/3 min por oncefaloclis hasta 0.5mg sin respuesta, se suspenden maniobras a las 06:30 am luego de 25 min de reanimación con apoyo de enfermería y medico de medio hospitalario, producto no vivo luego de nacimiento y reanimación.

Lo que se manifiesta en la queja es lo siguiente:

El día 09 de septiembre del 2010 como a las 8 de la noche se presentó al hospital a urgencias por estar embarazada, y ya le habían comenzado las contracciones, la recibe el Dr. de guardia y la encama, le puso suero intravenoso para adelantar el parto, (ella le pedía que le hicieran cesárea), el médico le comenta que tenía bien la pelvis para un parto normal, que no le iban a hacer cesárea porque ellos no la hacían pero tampoco se comunicó con el ginecólogo de guardia, como a las 04:00am la pasan a sala de expulsión donde fue dejada en la camilla por que no estaba lista la cama de expulsión, refiere que solicitaba que le pusieran anestesia a lo que se negaron ya que comentaron que esa anestesia la vendían y no la pagaba el ISSSTESON, al ver que su parto no era normal le solicita al médico que le realizaran un ultrasonido, a lo que le contesta que no iba a despertar al ginecólogo ya que su parto estaba programado para parto natural. Cuando vieron que su parto no era normal el doctor y las enfermeras se le echaron encima empujándole el estómago para que saliera la niña a lo cual ella sentía que se le movía en su vientre, después de aplastarle el estómago por 10 minutos ya no sentía que se moviera el producto, como a las 06:00 am nació la niña la cual la pusieron en una incubadora, fue cuando el doctor que se le echó encima le dijo que su hija había nacido muerta con el cordón umbilical enredado en el cuello, lo cual no le consta ya que fue sacada al cuarto donde se encontraba previamente. Cabe mencionar que durante su embarazo se hizo 3 ultrasonidos en los cuales se veía a su hija en estado normal (en el expediente cuanta con 2 ultrasonidos los cuales arrojan lo siguiente:

13 de abril del 2010: los hallazgos encontrados son compatibles con embarazo de 16.3 Semanas de gestación (SDG) no acorde con fecha de ultima menstruación (F.U.M.) con evolución aparentemente normal.

10 de junio del 2010: los hallazgos encontrados son compatibles con embarazo de 24.4 SDG no acorde con F.U.M. con evolución sonográfica aparentemente normal.

En la nota medica realizada por el Dr. AR1 (no siendo el mismo médico que aparece en la primer hoja de expediente clínico siendo este el Dr. AR1, pero si el mismo que firma las notas de evolución, nombre que parece como Dr. García Vargas a lo que se desprende la duda de quién fue el médico encargado) se desprende lo siguiente:

El que suscribe el Dr. AR1, 29 años de edad, **MEDICO GENERAL** egresado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo con No. de cedula 6119580 y autorizado para ejercer en el Estado de Sonora No. 8078/10 expone lo siguiente:

El día 09-sep-10 ingresa al servicio de urgencias la paciente antes mencionada de 18 años de edad en trabajo de parto a las 20:30 hrs se hospitaliza para vigilancia del mismo, siendo valorada aproximadamente cada hora hasta su traslado a la sala de expulsión dato que se puede valorar con la paciente.

Aproximadamente a las 01:00 hrs ya del día 10-09-10 se comunica vía telefónica con el ginecólogo Dr. DR donde le comenta el estado actual de la paciente y como no existían en ese momento datos de alarma se deja a evolución a la paciente. Refiere que en su experiencia (sin especificar con cuantos partos o años de experiencia cuenta) ha atendido algunos partos que se prolongan más tiempo, incluso con circulares de cordón los cuales no presentaron complicación alguna, al salir la cabeza se acostumbra doble pinzamiento y cortar.

Entiéndase circular de cordón como: es la presencia de una o más asas de cordón umbilical alrededor de alguna parte del cuerpo fetal. La más frecuente es la circular de cuello y su importancia radica en que puede comprometer la circulación útero-placentaria con la consiguiente hipoxia y muerte fetal durante el trabajo de parto. La incidencia varía entre 18 y 33%. El diagnostico se puede sospechar mediante los hallazgos que se enumeran a continuación:

1.- Clínicamente por la presencia de hipo fetal y disminución de los movimientos fetales percibidos por la madre.

2.- Mediante el ultrasonido, por la presencia de asas alrededor de una estructura fetal, cordón sin bucles y rectilíneo.

3.- Monitoreo fetal ante e intra parto, que revela la presencia de desaceleraciones variables.

4.- Mediante el eco Doppler, por las restricciones de flujo en algún segmento del cordón.

(Smith and Hogue, 1995; Del Valle et al, 1995 pág. 263).

Refiere haber sentido que el parto era lento pero normal, por lo que no notifico nuevamente al ginecólogo. No solicito un ultrasonido ya que en la norma oficial mexicana (NOM-007-SSA2-1993) anexo b sección 5.4.1.5. Comenta que en los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos y médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiografía y el ultrasonido, como pueden ver la norma no considera este procedimiento como estándar. Según la OMS la pelvimetria intraparto con rayos X no ha demostrado eficacia alguna.

Refiere que por la falta de cooperación de la paciente al momento de la coronación del producto recurrió a la maniobra de Kristeller para la extracción, ya que no cuenta con la capacitación de uso de fórceps, por lo que fue la única maniobra que pudo utilizar en esta situación. Posterior a esto se completó la extracción del producto. (No refiere durante cuánto tiempo estuvo realizando la maniobra de Kristeller).

En conclusión refiere que actuó sin dolo y responsablemente no despegándose de la paciente durante todo su trabajo de parto y aplico todos sus conocimientos, maniobras y recursos a su alcance en ese momento. Refiere que no se debe descartar que el feto pudo haber portado una malformación congénita, que no le permitió tolerar el periodo expulsivo y no reaccionar a las maniobras de resucitación aplicadas. (Causas de muerte según el certificado de muerte fetal: 1.- Asfixia Perinatal Severa, 2.- Doble Circular de Cordón al Cuello).

De la NOM-007-SSA2-2010 se desprende lo siguiente:

3.4 Atención de la emergencia obstétrica: a la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad de salud, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 hrs todos los días del año.

3.6 Calidad de la atención: al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención medica con los menores riesgos para los paciente, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperante, incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada así como los resultados.

3.12 Distocia: a las anomalías en el momento del trabajo de parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo y requiere maniobras especiales.

3.14 Embarazo: el periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

3.15 Embarazo complicado: a la certeza de estados patológicos durante la gestación, que incrementan la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido y que requiere atención especializada.

3.16 Embarazo de alto riesgo: al embarazo con altas probabilidades de presentar estados patológicos que pueden incrementar la morbimortalidad de la mujer, feto o recién nacido.

3.17 Embarazo saludable: al embarazo sin factores de riesgo, libre de complicaciones y con una adecuada vigilancia para el producto de la concepción.

3.18: Emergencia obstétrica: a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación del parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

3.29 Nacido muerto: a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta.

3.36 *Parto: el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. El nacimiento puede ser también por cesárea, indicación médica u obstétrica.*

5.1.2.7 *En las unidades de salud se deberá de disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico y perinatal, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso.*

5.2.1.1.1.9. *Los principales datos de alarma son:*

- 1.- *Presencia de hemorragia.*
- 2.- *Perdidas transvaginal líquido amniótico, sangre o secreciones anormales.*
- 3.- *Presencia de contracción uterina.*
- 4.- *Disminución de la movilidad fetal.*
- 5.- *Cefalea.*
- 6.- *Acufenos.*
- 7.- *Fosfenos*
- 8.- *Edema de miembros inferiores.*
- 9.- *Fiebre*
- 10.- *Disuria*
- 11.- *Flujo transvaginal.*

5.2.1.7. *Independientemente de sus factores de riesgo, como parte del control prenatal, ante situaciones obstétricas de emergencia, toda mujer embarazada debe tener acceso a la atención de la emergencia obstétrica, tanto en instituciones públicas como privadas, en los términos de las disposiciones jurídicas que resulten aplicables.*

5.2.1.8. *La unidad de salud debe de garantizar la prestación de servicio de salud oportuna, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio y durante la atención a la emergencia obstétrica.*

5.4 *Atención del parto*

5.4.1. *En toda unidad médica se deben de aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto. Es necesario priorizar el parto natural y en pacientes primigestas de no existir contraindicación médica obstétrica se debe de propiciar el trabajo de parto y parto natural. Reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.*

5.4.3. *Durante el trabajo de parto se propiciara la deambulación alternada con reposo en posición sentada o decúbito respetando todas las posiciones que la embarazada desee utilizar, en tanto no exista contraindicación médica.*

5.4.4. *La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se aplicaran según el criterio médico, previa información y autorización de la paciente.*

5.4.5. *La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se realizaran bajo protocolo institucional, justificado por escrito, realizado por personal capacitado y bajo vigilancia.*

5.4.6. *La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y de gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe de obedecer a indicaciones*

específicas. Los procedimientos invasivos ameritan consentimiento informado por escrito.

5.4.9. El registro e interpretación de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal deberá ser por lo menos cada 30 minutos en la fase activa y cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto.

5.4.11. El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deberá hacerse por lo menos cada hora, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

5.4.12. Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, como lo establece la NOM en la materia.

5.4.13. DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO, NO DEBERA REALIZARSE LA MANIOBRA DE KRISTELLER YA QUE LOS RIESGOS PARA LA MADRE Y EL FETO SON ELEVADOS.

5.4.15. El pinzamiento del cordón umbilical se debe realizar entre los 30 o 60 segundos después del nacimiento, previa aspiración de secreciones nasales del recién nacido con perilla, siempre que las condiciones clínicas lo ameriten.

5.6.2. Toda unidad médica que proporcione atención obstétrica deberá tener reglamentados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan:

5.6.2.1 reanimación neonatal

5.6.2.2. Manejo del cordón umbilical

5.6.2.3. Valoración de Apgar

5.6.2.4. Valoración de Silverman Anderson

5.6.2.5. Prevención de cuadros hemorrágicos con Vitamina K 1 mg im

5.6.2.6. Prevención de oftalmopatías purulenta con antibiótico local

5.6.2.7. Examen físico y antropométrico completo.

5.6.2.8. Valoración de edad gestacional o madurez física y neuromuscular

5.6.2.9. Vacunación de acuerdo a la NOM en la materia

5.6.2.10. Alojamiento conjunto

5.6.2.11. Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana

5.6.2.12. Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 hrs de vida.

COCLUSIONES

La atención médica brindada a la señora Q en el Hospital del Socorro de Nogales, Sonora, fue inadecuada por lo siguiente:

A) *Al momento de solicitarle la paciente que se le realizara una cesárea electiva se le informa que su parto será vaginal ya que su pelvis se encuentra adecuada para un parto natural, el mismo medico refiere en su nota medica que según la OMS la pelvimetria ósea con rayos X no ha demostrado eficacia alguna e incrementa la incidencia de leucemia en la infancia.*

B) *Omitiendo el médico tratante el registro e interpretación de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal por lo menos cada 30 minutos en la fase activa (siendo que aquí se fue tomada aproximadamente cada hora) y cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto (no se registra ninguna dato de frecuencia cardiaca fetal posterior a pasar a sala de expulsión) como lo dice la NOM-007-SSA2-2010 en su punto 5.4.9.*

C) *Se refiere que se le solicita al médico tratante la toma de ultrasonograma a lo que se le notifica que no ya que el ginecólogo se encontraba dormido y ya estaba programado su parto natural además de mencionar que en la NOM-007-SSA2-1993 menciona que se requieren la existencia de criterios técnicos y médicos por escrito para el uso racional de tecnologías, pero la paciente ya se encontraba con estos criterios ya que su parto era prolongado (pasa a sala de expulsión aprox. 03:35 hrs y hora de expulsión 06:05 am) sufriendo fetal, siendo que con el ultrasonograma se hubiera percatado de la doble circular de cordón alrededor del cuello fetal y haber tomado las medidas necesarias.*

*Omitir llamar al ginecólogo de guardia al momento de darse cuenta que el producto no coronaba y decidir la utilización la maniobra de Kristeller (donde la paciente aun sentía movimiento fetal) por un periodo de 10 min aproximadamente sin tomar frecuencia cardiaca fetal (ya para ese momento la paciente no percibía movimiento fetal lo cual fue ignorado). Se refiere en la NOM-007-SSA2-2010 en su punto **5.4.13. DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO, NO DEBERA REALIZARSE LA MANIOBRA DE KRISTELLER YA QUE LOS RIESGOS PARA LA MADRE Y EL FETO SON ELEVADOS.***

Los servicios de salud deben caracterizarse por mejorar el nivel y la calidad de la atención que se presta a los usuarios. Es especialmente grave la violación cuando está de por medio la atención especializada en el área materno-infantil. La protección de la salud constituye un derecho universal previsto en diversos instrumentos internacionales, en los que se establece que el cuidado y protección de la mujer durante el periodo de embarazo, tiene una mención especial al tratarse de un grupo con alto grado de vulnerabilidad.

A continuación se describe la denotación del derecho a la protección de la salud, con base en el Estudio para la elaboración de un manual de calificación de hechos violatorios de los derechos humanos:

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

Es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo.

A efecto de que este derecho pueda tener lugar, los gobernados deben poseer entre otros los siguientes:

a) El derecho a tener acceso a los servicios de asistencia médica impartidos o autorizados por el Estado de conformidad a las normas vigentes, cuyo objetivo será promover, conseguir o preservar el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados.

b) El derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad proporcionada tanto por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas cuya supervisión corre a cargo del Estado.

c) Derecho garantizado por el Estado, dentro de sus posibilidades, para crear la infraestructura normativa e institucional necesarias para una adecuada prestación de los servicios de salud.

Uno de los instrumentos internacionales que establecen la protección de los derechos del ser humano por excelencia es, sin duda, la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de Diciembre de 1948 por la ONU. Nuestra Constitución Política Federal en sus artículos 1° y 4° reconoce los principios consagrados en dicho documento como derechos de los individuos que se encuentren en esta entidad. El cuidado y protección de la salud figura en el artículo 25 de dicha Declaración, en especial la atención a la maternidad, en el punto 2, como a continuación se indica:

Artículo 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dispone: **Artículo VII.** *“Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.”*

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece:

Artículo 10. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

[...]

2. *Se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del [...]...*

Artículo 12.1. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños... d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de Abril de 1996, dispone:

Artículo 10.- *“Derecho a la salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, 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...*

Los instrumentos internacionales a que se ha hecho referencia resultan obligatorios para nuestro país, conforme a lo que se establece en los artículos 1º y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y confieren un cuidado especial a la maternidad y a la infancia. En el presente caso no se cumplió con el derecho a la protección de la salud, debido a que a la paciente no se le practicó oportunamente la cirugía que requería, sino hasta que se presentó la urgencia de la bradicardia (...), con las consecuencias fatales ya conocidas.

El artículo 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. En el presente caso, las [...] médicas del HMIELM que resultaron responsables en la atención de la (agraviada), lamentablemente no establecieron un diagnóstico adecuado de las condiciones que ella presentaba, además de que en dicho nosocomio, en el turno [...] no se contaba con personal para la realización del diagnóstico (...)- (...). Las deficiencias en la operatividad en el área de urgencias gineco-obstétricas del HMIELM impiden garantizar plenamente el derecho a la

protección de la salud de las usuarias, como en el caso analizado, y ello implica responsabilidad, con base en la siguiente normativa:

Ahora bien, al disponer el artículo 63 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y de los Municipios, que todo servidor público tendrá por obligación salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que corresponderán según la naturaleza de la infracción en que se incurra, entre otras, cumplir con la máxima diligencia y esmero el o los servicios que tuviera a su cargo y abstenerse de todo acto u omisión que implique abuso o ejercicio indebido de su empleo cargo o comisión; indudablemente, quien incurrió en los actos violatorios de derechos humanos aquí descritos, infringiendo esta disposición, además de las ya señaladas, debe ser sometido al procedimiento de responsabilidad que señala dicha ley.

La Asamblea General de la ONU, en su resolución 60/147, del 16 de diciembre de 2005, en la que aprobó los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales, definió a la víctima de la siguiente manera:

“Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización.”

Una persona será considerada víctima con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

En un Estado que se precia de ser democrático, como el nuestro, el ciudadano se encuentra protegido no sólo por un marco de leyes al que están sujetos tanto las autoridades como los particulares, cuya finalidad, además de favorecer la convivencia pacífica entre sus integrantes, es garantizar el pleno desarrollo del ser humano, sino por la certeza de que tanto su persona como su patrimonio personal y sus derechos se encuentran salvaguardados por las autoridades que lo representan.

Toda víctima de violaciones de derechos humanos debe ser atendida con base en diversos principios que, de acuerdo con la doctrina de los

derechos humanos y el derecho internacional consuetudinario, incluyen, entre otros:

I.- Los conocidos como Principios de Joinet, presentados en el informe de 1997 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU. Sobre la cuestión de la impunidad, Louis Joinet, destacado jurista, estableció como derechos elementales de cualquier víctima de abuso de poder:

El derecho a saber. Es la prerrogativa inalienable de la víctima a conocer la verdad sobre las violaciones de derechos humanos ocurridas.

El derecho a la justicia. Consiste en que se integre y resuelva, por parte de un tribunal o instancia competente, sobre los derechos que se han vulnerado, los agentes involucrados y las sanciones que correspondan.

El derecho a obtener reparación. Contiene principios sobre los procedimientos de reparación y el ámbito de aplicación de este derecho y garantías para la no repetición de las violaciones.

REPARACIÓN DEL DAÑO.

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, y adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*.)

En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias que en este caso se dieron, merece una justa reparación del daño, como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad.

En este sentido, es menester considerar que la obligación positiva de proporcionar la asistencia médica necesaria es uno de los principales deberes que el Estado asume como tal. Según el Comité de Derechos Humanos: "... la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados".

En el caso que nos ocupa, quedó acreditada la violación del derecho a la protección de la salud en agravio de la quejosa. Como consecuencia de ello, la reparación del daño se convierte en un medio de enmendar simbólicamente a los deudos de una persona que fue víctima de la mala actuación de servidores públicos.

La reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos humanos. Es la justa retribución por el menoscabo sufrido, y esta Comisión Estatal de Derechos Humanos está facultada para solicitarla a favor de las víctimas, de conformidad con el artículo 73 de la Ley que la rige, en cuanto establece:

Artículo 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...

En ocasiones, los criterios internacionales rebasan las escuetas legislaciones nacionales y locales en esta materia. No obstante, es deber de este organismo promover y evidenciar que la aplicación de los primeros es obligatoria cuando son ratificados por México, de conformidad con los artículos 1º y 133 de la Constitución federal y 4º de la Constitución local.

Por ello, considerando que en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos para interpretar sus artículos, y que México ha reconocido su competencia, la interpretación que de ellos hace la Corte es vinculatoria para México y, por ende, para Sonora. Al respecto, los artículos 62 y 63 establecen lo siguiente:

Artículo 62.

1.- Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención.

[...]

3.- La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia.

Artículo 63.

1.- Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada...

En uso de sus facultades, la Corte ha sentado los siguientes criterios:

Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto 25 de la obra denominada *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II, 4 que a la letra dice: “Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado incluso una concepción general de derecho, que toda violación de una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...”

En su punto 44 se asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos como, por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, etc. Por ello, la presente sentencia impondrá obligaciones de derecho internacional que no pueden ser modificadas ni suspendidas en su cumplimiento por el Estado obligado, invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

El punto 49 establece:

El derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada.

Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional.

La restitución plena del derecho violado (*restitutio in integrum*) es abordada en el punto 26:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución, (*restitutio in integrum*) lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extramatrimoniales incluyendo el daño moral.

El punto 27 establece:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de los derechos humanos. El desiderátum es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente, es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados, tal como ocurre en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

Los criterios para la liquidación del lucro cesante y el daño moral se expresan con claridad en el punto 87:

“En el presente caso, la Corte ha seguido los precedentes mencionados. Para la indemnización del lucro cesante ha efectuado una apreciación prudente de los daños y para la del daño moral, ha recurrido a los principios de equidad.”

La reparación de las consecuencias de la medida o situaciones que ha configurado la vulneración de derechos se expone en los puntos 5 y 10 del mismo Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que dicen: “5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes.”

En ese orden de ideas, a fin de resarcir a la denunciante **Q**, la vulneración del derecho a la protección de la salud y negligencia médica, por parte del HOSPITAL DEL SOCORRO QUE PRESTA SUS SERVICIOS DE FORMA SUBROGADA A DERECHOHABIENTES DE ISSSTESON, EN NOGALES, SONORA, este Organismo tiene a bien formular respetuosamente a Usted **C. LIC. TERESITA DE JESÚS LIZÁRRAGA FIGUEROA**, la siguiente:

RECOMENDACIÓN:

PRIMERA.- Que a efecto de resarcir en la vulneración de los derechos humanos de la **C. Q**, gire instrucciones a quien corresponda para que tengan a bien iniciar y concluir en tiempo y forma legal, el procedimiento administrativo que se instaure en contra del **DR. AR1**, en el que se consideren las evidencias, razonamientos y fundamentos expuestos en esta resolución, para que se determine la responsabilidad correspondiente por la violación de derechos humanos en que incurrieron.

SEGUNDA.- Disponga lo necesario para que se realice el pago de la reparación del daño a la agraviada, con base en los argumentos vertidos en la presente Recomendación. Lo anterior, de forma directa y como un gesto de verdadera preocupación por las violaciones de derechos humanos cometidas por los Médicos y Enfermeras del **HOSPITAL DEL SOCORRO QUE PRESTA SUS SERVICIOS DE FORMA SUBROGADA A DERECHOHABIENTES DE ISSSTESON EN NOGALES, SONORA.**

TERCERA.- Se suspenda de manera provisional la prestación de los servicios médicos del **DR. AR1 en el HOSPITAL DEL SOCORRO QUE PRESTA SUS SERVICIOS DE FORMA SUBROGADA A DERECHOHABIENTES DE ISSSTESON, EN NOGALES, SONORA, hasta en tanto** no se resuelva en definitiva el procedimiento administrativo que se le instaure por los hechos aquí acreditados.

CUARTA.- Ordene a quien corresponda que se realice un análisis integral de las necesidades del área de urgencias Gineco-obstétricas del Hospital del Socorro, y se realicen las acciones que sean necesarias para garantizar que durante las 24 horas, y los 365 días del año, se cuente en ese hospital con equipo y personal bastante, profesional y óptimo, a fin de que todas las usuarias tengan un diagnóstico certero y reciban con la debida oportunidad la atención médica que requieran.

De conformidad con lo establecido por el Artículo 91 del Reglamento Interior que rige a este Organismo, solicito a Usted que la respuesta sobre la aceptación o no de esta Recomendación, nos sea enviada dentro de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de notificación de la presente. En caso afirmativo, le solicito que las pruebas correspondientes al cumplimiento de la misma, se envíen a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, dentro de los 15 días hábiles siguientes, a partir del vencimiento del primer término citado.

La falta de presentación de estas pruebas, dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, quedando la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en libertad de hacer pública esta circunstancia.

Recordándoles atentamente que la reforma Constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio de 2011, en su artículo 102 apartado B, establece que en caso de no acatar la presente Recomendación, deberá de fundar y motivar el rechazo de la misma y podrán ser sujetos a comparecer ante el Congreso Local para explicar el motivo de las violaciones a los Derechos Humanos y el por qué no acataron la Recomendación. Asimismo puede ser sujeto de Juicio Político.

Notifíquese personalmente al quejoso y por oficio a la autoridad señalada como responsable.- Así lo resolvió y firma el C. Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, **LICENCIADO RAÚL ARTURO RAMÍREZ RAMÍREZ, CONSTE.-**

A t e n t a m e n t e
“POR EL RESPETO A LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO”
COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

LIC. RAÚL ARTURO RAMÍREZ RAMÍREZ.
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE SONORA.