



## Comisión Nacional de los Derechos Humanos

**RECOMENDACIÓN NO. 33 / 2019**

**SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, A LA VIDA EN AGRAVIO DE V2 Y DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 221 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.**

**Ciudad de México, a 18 de junio de 2019**

**LIC. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo segundo, 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 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2018/5654/Q**, relacionado con el caso de V1 y de V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron 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; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 3, 11, fracción VI, 16 y 113 fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos referidos 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.

3. A efecto de facilitar la lectura de la presente Recomendación, las claves utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son las siguientes:

<b>Claves</b>	<b>Denominación</b>
<b>V</b>	Víctima
<b>AR</b>	Autoridad responsable
<b>SP</b>	Persona Servidora Pública

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno, autoridades y expedientes, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Institución	Abreviaturas
Fiscalía General de Justicia del Estado de México	Fiscalía Estatal
Hospital General Regional N° 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital 220
Hospital General de Zona N° 221 del Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital 221
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN

## I. HECHOS.

5. El 2 de agosto de 2018, se recibió en esta Comisión Nacional el escrito de queja de V1, en el que narró violaciones a sus derechos humanos atribuibles a personal del Hospital 221 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con motivo de la deficiente atención médica que recibió durante el parto, en la cual su hijo V2 presentó asfixia al nacer y en consecuencia padeció *encefalopatía hipóxico isquémica*<sup>1</sup>.

6. V1 de 30 años de edad, quién llevó su control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar del Hospital 220 del IMSS en Toluca, Estado de México, acudió a consultas prenatales entre el 29 de septiembre de 2017 y el 20 de abril de 2018, en las que se determinó que era una mujer sana, con un embarazo de bajo riesgo, el cual evolucionó de manera normal.

---

<sup>1</sup> Daño producido al cerebro secundario a la falta de oxígeno durante el periodo perinato o próximo al nacimiento. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. CENETEC “*Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica*”. 2017

7. El 15 de mayo de 2018, V1 quien contaba con 40 semanas de gestación, sintió dolor obstétrico y debido a que los médicos le habían informado que en esa fecha era probable el parto, alrededor de las 12:30 horas se presentó en el área de urgencias del Hospital 221. De la exploración física efectuada se le encontró en “*trabajo de parto inicial*” con 2 centímetros de dilatación; también se realizó un rastreo reportando frecuencia cardiaca fetal y tensión arterial normales, por lo que le dieron de alta médica, citándola para revaloración en 6-7 horas.

8. El mismo 15 de mayo, como se lo habían indicado, V1 regresó al Hospital 221 y fue revisada por AR1 a las 22:30 horas, quien reportó que continuaba con “*2 centímetros de dilatación*” y debía regresar para revaloración en 12 horas posteriores o antes en caso de presentar datos de alarma, por lo que se retiró a su casa.

9. Al día siguiente, 16 de mayo a las 21:50 horas, V1 acudió nuevamente al Hospital 221 en donde fue atendida por AR3, quien refirió que V1 se encontraba en “*trabajo de parto en fase inicial*”, con 2 centímetros de dilatación; para ese momento llevaba más de 33 horas en trabajo de parto. No obstante, la paciente fue dada de alta médica, otorgándole cita en 3 horas posteriores, además de que se le hizo saber cuáles son datos de alarma. Durante esa revisión, V1 hizo saber al personal médico que se había realizado un ultrasonido en un servicio particular, en el que se advertía “*el cordón enredado*”, a lo que le respondieron que lo anotarían en el expediente.

10. El 17 de mayo de 2018 a las 22:30 horas, con trabajo de parto de 58 horas, V1 acudió de nueva cuenta al Hospital 221, donde fue atendida por AR3, quien la diagnosticó con 4 centímetros de dilatación en trabajo de parto, ingresando al área de tococirugía con inicio de la conducción de trabajo de parto, ordenando vigilancia obstétrica. Más tarde fue revisada por una médica quien le informó que sólo presentaba 2 centímetros de dilatación y cuestionó que la hubiesen ingresado, sin embargo prescribió la aplicación de “*oxitocina*” para estimular el útero y aumento de

frecuencia, duración e intensidad de contracciones. Al respecto, V1 destacó que en todo momento fue informada que el estado de su hijo era bueno.

**11.** La madrugada del día siguiente, es decir, el 18 de mayo de 2018, después de casi cuatro horas de que V1 ingresó a tococirugía, AR3 indicó que presentaba “*10 cm. de dilatación*”, por lo que era hora de iniciar el parto y que ya faltaba poco para que su hijo naciera.

**12.** Durante el parto V1 sentía dolor intenso y en repetidas ocasiones AR3 le pedía que “*pujara*”; añadió que sentía “[s]e estaba forzando demasiado la salida del bebé”, lo que le provocaba a ella y a su hijo sufrimiento, “*situación que es violencia obstétrica*”; de un momento a otro llamaron a un pediatra, siendo éste quien recibió a V2. Ese día, a las 01:40 horas nació V2, masculino con un Apgar 4/6, Silverman 5, talla 53 centímetros, con el cordón umbilical con circular de cuello apretada, por lo que fue llevado a la UCIN.

**13.** Desde el momento de su nacimiento, V2 presentó problemas para respirar por lo que fue intubado, además de tener una convulsión, por lo que indicaron a la madre que era posible se repitiera. V1 fue dada de alta médica el 19 de mayo de 2018, con evolución favorable y pronóstico bueno, sin embargo V2 permaneció en la UCIN del Hospital 221 durante 2 meses, hasta el 16 de julio de 2018 que fue trasladado al Hospital 220 del IMSS en Toluca, para la realización de una “*traqueotomía*” y una “*gastreostomía*”, lugar donde se mantuvo en terapia intensiva hasta el 5 de agosto de 2018, y posterior a ello, su atención continuó en el “*piso de pediatría*”; siendo dado de alta médica el 14 de agosto de 2018, casi tres meses después de su nacimiento.

**14.** En su queja, V1 mencionó que el personal médico le indicó que su hijo V2 presentaba daño neurológico severo, se alimentaba por sonda de “*gastreostomía*”, estaba conectado a una máquina de oxígeno, se tenía que nebulizar porque manifestaba sintomatología parecida al asma, y aunque había evolucionado de

manera favorable, padecía daños permanentes. Además, debía prepararse para el momento en que su hijo fuese dado de alta médica, ya que debía comprar un *“aspirador de secreciones para casa”* cuyo costo estaba entre \$6,000.00 (seis mil pesos 00/100 M.N.) y \$11,000.00 (once mil pesos 00/100 M.N.), una mascarilla para aplicar un gas a fin de hidratar la tráquea, y un medicamento que se le suministraría de por vida a efecto de evitar las convulsiones. Destaca que la compra del aparato fue una condicionante para que V2 fuera dado de alta médica.

**15.** V1 afirmó que la afectación a la salud de su hijo fue a consecuencia de la mala práctica médica del personal del Hospital 221, ya que como le indicaron en sus diversas revisiones médicas de control prenatal, V1 no tuvo problemas durante la gestación. Agregó que debido al impacto en la salud de V2, éste debía estar al menos siete años en rehabilitación para su desarrollo físico y neurológico.

**16.** Por los hechos antes descritos, el 7 de agosto de 2018, V1 presentó denuncia en la Agencia del Ministerio Público adscrita a la Fiscalía Regional de la ciudad de Toluca, Estado de México, de la Fiscalía Estatal, señalando como probables responsables a personal médico del Hospital 221; en tal Fiscalía se radicó la Carpeta de Investigación correspondiente por el delito de violencia obstétrica, y posteriormente, fue remitida al Centro de Justicia para las Mujeres con sede en esa ciudad, por tratarse de un delito de género.

**17.** Por otra parte, el 19 de abril de 2019, V1 comunicó a personal de esta Comisión Nacional que V2 había perdido la vida ese mismo día, cuando se encontraba recibiendo atención médica en el Hospital 220, enviando copia del certificado y acta de defunción, en los que se asentó como causa de la muerte *“choque séptico 4 horas, neumonía adquirida en la comunidad 15 días, parálisis cerebral infantil 11 meses, retraso del desarrollo neuromotor 11 meses”*.

**18.** El 24 de abril de 2019, personal de la Fiscalía Estatal informó a esta Comisión Nacional que el 16 de abril de 2019, acordó declinar la competencia en favor de la

Fiscalía General de la República para que continuara con la integración y determinación de la Carpeta de Investigación.

## **II. EVIDENCIAS.**

**19.** Escrito de queja del 2 de agosto de 2018, presentado por V1 por actos atribuidos a personal médico del Hospital 221 del IMSS.

**20.** Acta Circunstanciada de 13 de agosto de 2018, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de un correo electrónico en el que se adjuntó copia digitalizada de la denuncia de hechos que V1 presentó el 7 de agosto de 2018, ante la Fiscalía Regional de Toluca de la Fiscalía Estatal.

**21.** Acta Circunstanciada de 3 de septiembre de 2018, donde este Organismo Nacional hizo constar la comunicación sostenida con V1, quien manifestó que V2 fue dado de alta médica el 14 de agosto de ese año.

**22.** Oficio 095217614C21/2486, de 12 de octubre de 2018, con el que el IMSS rindió el informe requerido por este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2, al cual se adjuntaron entre otras las siguientes constancias:

**22.1.** Oficio 161301200200/340, de 28 de septiembre de 2018, por el cual el titular del Hospital 221 remitió el informe sobre los hechos motivo de la queja.

**22.2** Resumen Clínico del Coordinador Clínico del turno nocturno B, sobre la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital 221.

**22.3** Informe sin fecha, de la Jefa del Servicio de Neonatología, en el que informó sobre la atención médica otorgada a V2.

**22.4** Informe de 28 de septiembre de 2018, suscrito por médico familiar del Hospital 221 sobre la atención médica proporcionada a V1 el 7 de mayo de 2018.

- 22.5** Informe médico de 27 de septiembre de 2018, de SP1 sobre la atención médica de V2 en su nacimiento.
- 22.6** Informe de 28 de septiembre de 2018, elaborado por AR3 sobre la atención otorgada a V1 el 17 de mayo de 2018.
- 22.7** Acta informativa de 28 de septiembre de 2018, del Coordinador Médico Turno Nocturno.
- 22.8** Expedientes clínicos de V1 y de V2 integrados en el Hospital 221.
- 23.** Oficio 095217614C21/2549, de 17 de octubre de 2018, con el cual el IMSS remitió copia del expediente clínico de V2, integrado en el Hospital 220.
- 24.** Acta Circunstancia de 20 de marzo de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la información que el Centro de Justicia para Mujeres en Toluca remitió respecto de la Carpeta de Investigación.
- 25.** Acta Circunstancia de 20 de marzo de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la consulta de la Carpeta de Investigación radicada en Centro de Justicia para Mujeres en Toluca.
- 26.** Acta Circunstanciada de 3 de abril de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la recepción del acuerdo dictado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, por el que acordó entre otros puntos, que la queja es procedente desde el punto de vista médico.
- 27.** Oficio 1486/19, de 4 de abril de 2019, por el que personal del Centro de Justicia para las Mujeres en Toluca, Estado de México, de la Fiscalía Estatal, informó las actuaciones practicadas en la Carpeta de Investigación.
- 28.** Acta Circunstanciada de 9 de abril de 2019, a través de la cual esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación realizada con V1, quien informó que desde

el 1 del mes y año citados, V2 fue nuevamente hospitalizado “y se ha puesto más grave”; agregando que “ahora una doctora pidió reunir al consejo para decidir la situación de mi hijo”.

**29.** Acta Circunstancia de 15 de abril de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que la Carpeta de Investigación radicada en el Centro de Justicia para Mujeres en Toluca, continuaba en trámite.

**30.** Opinión Médica de este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2, emitida el 16 de abril de 2019.

**31.** Acta Circunstanciada de 22 de abril de 2019, donde esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación con V1, quien informó que el 19 del mes y año citados, V2 perdió la vida cuando recibía atención médica en el Hospital 220 y adjuntó copia del certificado de defunción, en el que se especifica como causa de muerte: “*choque séptico 4 horas, neumonía adquirida en la comunidad 15 días, parálisis cerebral infantil 11 meses, retraso del desarrollo neuromotor 11 meses*”.

**32.** Acta Circunstanciada de 24 de abril de 2019, en la que este Organismo Nacional hizo constar la entrevista con personal de la Fiscalía Estatal quien informó que el 16 de abril de 2019, acordó declinar la competencia a favor de la Fiscalía General de la República para que continuara con la integración y determinación de la Carpeta de Investigación.

**33.** Ampliación de Opinión Médica de esta Comisión Nacional emitida el 16 de mayo de 2019, sobre la pérdida de la vida de V2.

**34.** Acta circunstanciada de 28 de mayo de 2019, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de copia del oficio 400LH0004/MP/0120/2019, a través del cual el Centro de Justicia para Mujeres de la Fiscalía Estatal remitió copias certificadas de la Carpeta de Investigación a la Delegación de la Fiscalía General de la República en Toluca, Estado de México. Mismo que al día siguiente, 29 de

mayo, fue remitido a la Unidad de Atención Inmediata de la Delegación Estatal de la mencionada Fiscalía.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**35.** El 7 de agosto de 2018, V1 presentó denuncia de hechos ante la oficina de la Fiscalía Regional Toluca de la Fiscalía Estatal, donde se inició la Carpeta de Investigación por el delito de “violencia obstétrica”; misma que por razón de competencia se remitió a la Fiscalía General de la República el 29 mayo de 2019.

**36.** Acta Circunstanciada de 3 de abril de 2019, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional hizo constar la recepción del acuerdo dictado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, en el que acordó entre otros puntos, que la queja es procedente desde el punto de vista médico, y prevé un monto por concepto de indemnización, ya que en el presente caso existió *“falta de vigilancia del trabajo de parto, sin detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal; y soslayar el resultado del USG obstétrico realizado en el control prenatal 05 de abril de 2018, que reportaba la presencia del circular de cordón”*. (sic)

### **IV. OBSERVACIONES.**

**37.** En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2018/5654/Q**, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos, a una vida libre de violencia obstétrica de V1; a la protección a la salud de V1 y V2; a la integridad personal y la vida de V2; y a la información y libre consentimiento informado en los procedimientos médicos.

## **A. Derecho a la protección de la salud.**

**38.** En el párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Constitución mexicana), se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; mismo sentido que la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido en su jurisprudencia administrativa, en la que señala 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, [...] para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos*”<sup>2</sup>.

**39.** Esta Comisión Nacional considera que tal derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, por lo 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 [...]*”<sup>3</sup>.

**40.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido el derecho a la protección de la salud “[...] *como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*”<sup>4</sup>. Por su parte, en relación con las mujeres en gestación la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de

---

<sup>2</sup> SCJN, “*Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”, abril de 2009 y registro 167530.

<sup>3</sup> CNDH, Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

<sup>4</sup> ONU, 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, 2000.

Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su numeral 12.2 establece que “[...] *los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario [...]*”.

**41.** Específicamente, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité CEDAW de la Organización para las Naciones Unidas (ONU), en su Recomendación General 24 señala que “[...] *el acceso a la atención de 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 [...]*”<sup>5</sup>.

**42.** Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, aclara 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/o 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*”<sup>6</sup>.

**43.** Teniendo en consideración los estándares nacionales e internacionales mencionados, a continuación se analiza el caso en particular, base de la presente Recomendación.

---

<sup>5</sup> ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, “*Artículo 12 de la CEDAW, La mujer y la salud*”. Párrafo 1.

<sup>6</sup> CIDH, “*Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, párr. 84.

### **A.1 Atención prenatal de V1 en la Unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS.**

**44.** El control prenatal de V1 fue llevado en la citada Unidad Médica, donde acudió a 8 consultas para supervisión de su embarazo en las fechas: 29 de septiembre, 6 de octubre, 10 de noviembre y 8 de diciembre, todas de 2017; 12 de enero, 9 de febrero, 9 de marzo y 20 de abril, de 2018. Desde la primera consulta, se determinó que V1 era una mujer sana, sin antecedentes de relevancia, con un embarazo de bajo riesgo, y hasta la última cita cuando contaba con 36 semanas de gestación, continuó con el desarrollo de un embarazo de manera normal, recibiendo una atención adecuada, por lo que es posible determinar que V1 no tuvo complicaciones en el control prenatal.

**45.** El 8 de mayo de 2018, V1 acudió al servicio de urgencias del Hospital 221 debido a que presentaba dolor obstétrico; una vez que fue revisada por un médico, se le informó que el desarrollo de su embarazo era normal indicando continuar el trabajo de parto a libre evolución y dándola de alta con cita abierta a urgencias.

### **A.2 Atención del parto de V1 en el Hospital 221 del IMSS.**

**46.** A las 12:30 horas del 15 de mayo de 2018, V1 nuevamente acudió al nosocomio por presentar dolor obstétrico esporádico, y conforme a lo asentado en la nota médica de esa fecha, se describió entre otros datos, que V1 cursaba con embarazo de 40 semanas de gestación, tensión arterial normal, sin palpar contracciones uterinas, dilatación de 2 centímetros y frecuencia cardíaca fetal dentro de los parámetros establecidos, dándola de alta médica y con cita para revaloración en 6-7 horas. A las 22:30 horas del mismo día V1 asistió nuevamente a valoración, otorgando la revisión AR1, quien asentó que persistía con 2 centímetros de dilatación.

**47.** De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional y conforme a la Guía de Práctica Clínica<sup>7</sup>, la falta de avance en el trabajo de parto era indicio de que V1 continuaba en fase latente y presentaba dilatación estacionaria<sup>8</sup>, debido a que había transcurrido un lapso de más de 10 horas sin modificaciones cervicales. Lo anterior confirmó que al 15 de mayo de 2018, el trabajo de parto no había evolucionado de manera normal, sin embargo, AR1 no consideró la falta de progresión del cérvix, ni valoró el posible uso de “*oxitocina*”. A pesar de lo anterior, dio de alta a V1 citándola 12 horas después, lo que contribuyó a pasar inadvertida la complicación obstétrica que presentó V1, es decir el trabajo de parto prologando en fase latente, derivando en el cuadro patológico neonatal que sufrió V2.

**48.** El 16 de mayo de 2018, a las 21:50 horas, V1 acudió por tercera ocasión al citado nosocomio, siendo valorada por AR2 quien estableció que se encontraba en fase latente de trabajo de parto, sin embargo, no detectó la prolongación de esta fase siendo que en ese momento V1 había excedido de 33 horas, cuando dicho periodo tiene una duración de 12 horas aproximadamente.

**49.** Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, los signos antes descritos eran indicativos de un trabajo de parto anómalo, el cual pasó inadvertido por AR2, quien nuevamente dio de alta a V1, lo que abundó a inobservar el trastorno de trabajo de parto en fase latente, derivando en las complicaciones neonatales sufridas por V2.

**50.** El 17 de mayo de 2018 a las 22:32 horas, V1 ingresó a la Unidad Tocoquirúrgica del nosocomio, y fue atendida por AR3 quien inició el manejo con “*oxitocina*”, no obstante, a pesar de que el suministro de este medicamento no estaba contraindicado, AR3 omitió realizar una valoración adecuada del cuello uterino, el

---

<sup>7</sup> Guía Práctica sobre “*Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*”. IMSS-052-08. México 2014.

<sup>8</sup> La falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, et al. Adaptaciones maternas al embarazo. En: Williams. Obstetricia. 23ª edición. Mexico: Editorial Mc Graw Hill, 2010.

bienestar fetal y el descenso del producto por el canal del parto, siendo que dichos parámetros deben ser monitoreados estrechamente para evitar complicaciones perinatales, tales como sufrimiento fetal, asfixia neonatal y muerte fetal intrauterina, lo que corrobora la inadecuada vigilancia de la conducción del trabajo de parto con “*oxitocina*”, incumpliendo con ello lo establecido en la *NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”* en sus numerales 5.5.8 y 5.5.11.

**51.** En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se hace notar que en general, el uso de la “*oxitocina*” no es contraindicado para la conducción de trabajo de parto, sin embargo la Guía de Práctica Clínica, “*Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*”<sup>9</sup>, recomienda que se debe de realizar una valoración profunda e individualizada antes de ser suministrada.

**52.** Al respecto, a V1 le fue suministrada “*oxitocina*” sin la previa realización de un monitoreo cardíaco a V2 para determinar el bienestar fetal; tampoco se realizó una valoración completa de las condiciones del cuello uterino (cérvix) con el Índice de Bishop, para saber si el cérvix (cuello uterino) es favorable o no. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional resalta que de la nota médica del mismo 17 de mayo, AR3 reportó únicamente la dilatación (2cm) y el borramiento (60%), sin realizar la evaluación de la estación, posición del cuello uterino y consistencia; es decir, AR3 no descartó que el cérvix tuviera una respuesta desfavorable para realizar la conducción del trabajo de parto con “*oxitocina*”.

**53.** El 18 de mayo de 2018 a las 01:40 horas se suscitó el nacimiento de V2 mediante parto vaginal, con la atención de AR3, quien describió “*se libera circular a cuello apretada [...] cordón umbilical simple de cuello apretada, líquido amniótico normal*”, situación que de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo

---

<sup>9</sup> Guía de Práctica Clínica, “*Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*”, México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014, pág. 26

Nacional, aconteció debido a que la circular a cuello era simple y laxa, es decir, no existió interrupción del intercambio de sangre oxigenada materno fetal.

**54.** El acto obstétrico concluyó a las 02:15 horas del mismo 18 de mayo, sin reportar complicaciones durante la estancia hospitalaria de V1, quien evolucionó hacia la mejoría, por lo que se le dio de alta a las 10:10 horas del 19 de mayo del mismo año. En el caso de V2, al presentar asfixia neonatal, éste ingresó al servicio de pediatría para su seguimiento médico.

### **A.3 Atención médica de V2 en el Hospital 221 del IMSS.**

**55.** V2 ingresó al servicio de pediatría y su primera valoración se realizó el 18 de mayo de 2018 a las 02:05 horas por SP1, en la que se determinó que el neonato nació “*no vigoroso (flácido, hipoactivo, hiperreactivo, sin automatismo respiratorio) palidez importante de tegumentos*”; por ello, se le proporcionaron maniobras de reanimación con el objetivo de aumentar la frecuencia cardíaca, sin respuesta favorable, es decir no le era posible respirar por sí mismo<sup>10</sup>, por lo que se determinó intubarlo.

**56.** Sobre las condiciones de salud al nacimiento de V2, se encontró que éste pesó 3,400 gramos, Apgar<sup>11</sup> de 4/6 y Silverman<sup>12</sup> de 5, signos que eran indicativos de un “*recién nacido muy grave*”, determinando su ingreso a la UCIN.

**57.** De acuerdo con lo asentado en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, el estudio de Apgar se realizó al minuto 1, al minuto 5 y al minuto 10 de nacimiento; en el presente caso, V2 fue calificado al minuto 1 con una puntuación de 1, a los 5

---

<sup>10</sup> Sin automatismo respiratorio.

<sup>11</sup> Prueba para evaluar al recién nacido tras el nacimiento de acuerdo con 5 parámetros: color de piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. 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*”, 7 de abril de 2016.

<sup>12</sup> Examen que determina la presencia o ausencia de dificultad respiratoria. Martínez M. R. et al. “*Salud y enfermedad del niño y del adolescente*” 6ª Ed. Manual Moderno año 2009. Pág. 149.

minutos se le dio una puntuación de 4, y posteriormente de 6 puntos, lo cual era señal de que el recién nacido se encontraba en estado de gravedad.

**58.** Ante el diagnóstico de asfixia perinatal que V2 presentaba, SP1 indicó la administración de “*anticomiciales*” (anticonvulsionantes) para efectos de neuroprotección, así como terapia antibiótica a base de “*ampicilina*” y “*amikacina*”; es de resaltar que el referido médico lo reportó muy grave con alto riesgo de complicaciones secundarias al evento de asfixia como “*acidosis metabólica persistente, encefalopatía hipóxico isquémica, miocardiopatía hipóxico isquémica, insuficiencia renal aguda, entre otras hasta una disfunción orgánica múltiple*”.

**59.** A las 03:30 horas de la misma fecha, se corroboró la asfixia perinatal<sup>13</sup> y se agregó el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica severa<sup>14</sup>; al respecto, la Opinión Médica de este Organismo Nacional estableció que ambos padecimientos se encuentran relacionados con la disminución de oxígeno en sangre. El presente caso se relaciona de manera directa con el trabajo de parto prolongado y el uso de “*oxitocina*” a que fue expuesta V1; medicamento que fue suministrado sin haberse realizado el debido diagnóstico y seguimiento adecuado a su aplicación. Tales factores de riesgo, fueron el resultado a la demora en realizar el tratamiento adecuado y oportuno durante la atención del trabajo de parto de V1, lo cual incidió en el diagnóstico de V2 sobre asfixia perinatal y encefalopatía hipóxico isquémica.

**60.** El estado de asfixia de V2 fue confirmado mediante un estudio denominado *gasometría arterial*<sup>15</sup>, el cual reportó un pH de 7.09 y un exceso de base de -23.7,

---

<sup>13</sup> Alteración del intercambio de gases sanguíneos durante el periodo intraparto. Secretaría de Salud, “*Diagnóstico y tratamiento de la Asfixia Neonatal. Guía de Práctica Clínica*”, México, 2011.

<sup>14</sup> Lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia (disminución de la concentración normal de oxígeno). “*Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*”. CENETEC, 2017.

<sup>15</sup> Estudio realizado para corroborar la concentración de oxígeno y dióxido de carbono en sangre. Diccionario médico Clínica Universidad de Navarra. Consulta realizada el 20 de mayo de 2019 en el sitio: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/gasometria>

es decir, el recién nacido padecía acidosis y asfixia severa, todo ello secundario a la exposición durante el trabajo de parto a eventos de hipoxia.

**61.** De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, lo anterior condicionó un medio intrauterino hostil que derivó en que al nacimiento de V2, presentara asfixia severa, con la presencia de datos clínicos, como dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular, alteración del estado de alerta, hipotensión, alteraciones del ritmo cardíaco; así como datos paraclínicos (pH 7.09, acidosis) de asfixia (disminución de oxígeno) neonatal. Por ello, es posible corroborar que el diagnóstico fue secundario a la disminución de oxígeno durante el trabajo de parto, resultando en asfixia neonatal y encefalopatía hipóxico isquémica.

**62.** De acuerdo con dicha Opinión, la falta de oxígeno antes y durante el nacimiento lleva a la destrucción de las células cerebrales de un recién nacido, por lo que el tratamiento prescrito debe enfocarse a disminuir las complicaciones derivadas de la falta de oxígeno, por ello, la *Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica en el Recién Nacido*, refiere que el estándar de oro para la atención de pacientes recién nacidos que sufrieron falta de oxígeno al nacer, es la “hipotermia inducida” (enfriamiento), la cual reduce la posibilidad de muerte o afectaciones neuronales, previniendo el aumento de discapacidad en los supervivientes, por lo que para limitar las lesiones debe iniciarse dentro de las primeras 6 horas de vida.

**63.** Se resalta que V2 era candidato a este tipo de medidas, sin embargo el Hospital 221 no contaba con equipo de enfriamiento selectivo o generalizado para otorgar la terapia requerida, e incluso, tampoco había espacio físico para ingresarlo a la UCIN, razón por la que continuó recibiendo atención en el servicio en el área de cunero patológico y los recursos ahí existentes.

**64.** La Opinión Médica de esta Comisión Nacional describió que la asfixia neonatal y la encefalopatía isquémica tienen un tiempo limitado de acción para su tratamiento

(6 horas) y así limitar el daño cerebral, sin embargo, como se mencionó, el Hospital 221 carecía de los insumos necesarios para otorgar dicha terapia.

**65.** En la misma valoración se prescribió eritropoyetina para la protección neuronal del neonato, a pesar de ello se reportó que V2 había presentado crisis convulsivas clónicas de 10 segundos de duración, para lo cual se le prescribió tratamiento anticonvulsivante a base de “fenitoina”. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la presencia de crisis convulsivas indica que V2 sufría una lesión cerebral aguda grave; asimismo indica que las lesiones neurológicas que presentaba V2, fueron generadas al haberse encontrado expuesto a circunstancias donde el aporte de oxígeno estuvo disminuido, debido al uso de “*oxitocina*” y trabajo de parto prolongado de V1.

**66.** Debido a la gravedad de la asfixia perinatal y la encefalopatía hipóxico isquémica que padeció V2, puede considerársele como sobreviviente de asfixia<sup>16</sup>, con secuelas irreversibles y permanentes, ello considerando que la Opinión Médica de esta Comisión describió que la hipoxia-isquemia en el periodo neonatal, es una causa importante de parálisis cerebral y otras discapacidades en las y los niños, aunque no existe una prueba que permita predecir con certeza el pronóstico del paciente, por lo que es necesario el seguimiento a través del tiempo, debido al alto riesgo de más complicaciones durante su desarrollo.

**67.** Al continuar con la citada valoración, un médico pediatra indicó la monitorización continua cardíaca de V2, ventilación mecánica para apoyar la función respiratoria, vigilancia estrecha de la glucosa, así como la colocación de un catéter umbilical, ultrasonido transfontanelar y estudios paraclínicos. Sobre estas indicaciones y al igual que ocurrió con el equipo para enfriamiento selectivo o generalizado, se

---

<sup>16</sup> “En México, la asfixia al nacimiento, se encontró como la 6ª causa de muerte neonatal precoz dentro de un estudio realizado y en la 11ª causa de la mortalidad neonatal tardía con datos del Sistema de Información del Instituto Mexicano del Seguro Social (SISMOR) del IMSS”. Guía de Práctica Clínica, Secretaría de Salud, “Manejo de Líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos”. México, 2010, págs. 118-120.

destaca que en la nota elaborada por el médico pediatra el 18 de mayo de 2018, se estableció: *“no contamos en estos momentos con calibre 3.5 Fr”*; por lo que se advierte que en la institución no disponía de catéter en ese momento.

**68.** A las 04:45 horas del 18 de mayo mencionado, se observó de la gasometría practicada, que V2 presentaba exceso de base de  $-15.7$ , lo que era indicativo de asfixia severa. En la misma fecha a las 07:20 horas, se encontró a V2 con crisis convulsivas, indicio de que la lesión cerebral aguda fue grave.

**69.** A las 09:35 horas, del mismo día, mes y año, con 9 horas de vida, V2 continuaba con crisis convulsivas, mismas que fueron tratadas mediante levetiracetam y topiramato; a las 14:10 horas, fue posible controlar los eventos convulsivos, continuando intubado con ventilación mecánica, con alto riesgo de presentar infección debido a las intervenciones que se le habían realizado para preservar la vida. Asimismo, en las primeras 9 horas de vida ya había transcurrido el tiempo ideal de 6 horas para realizar hipotermia terapéutica, por lo que se asentó en la nota elaborada al efecto que *“en nuestra institución no contamos con medios para llevar al paciente a hipotermia, y por las horas de vida ya no está indicada, por lo que se usa como forma alterna de neuroprotección farmacológico como lo es la eritropoyetina”*. Posteriormente, se realizaron valoraciones a las 16:40 y 22:29 horas, sin que éstas reflejaran cambios en el estado de V2.

**70.** El 19 de mayo de 2018, V2 continuó bajo vigilancia y de la revisión realizada a las 11:30 horas se confirmó que seguía sin poder respirar por sí mismo; sobre su estado neurológico, presentaba datos clínicos de coma, con pérdida prolongada de la conciencia y sospecha de falla renal aguda.

**71.** A las 00:40 horas del 20 de mayo, V2 continuaba con signos en parámetros normales, sin respirar por sí mismo, con posible retención de líquidos, e ictericia<sup>17</sup>, para lo cual se indicó tratamiento con “*fototerapia profiláctica*”; a las 10:00 horas se reportó que padecía *ictericia tegumentaria Krammer II*; a las 18:40 horas V2 presentaba *empuñamiento de pulgar bilateral*<sup>18</sup>, signos clínicos tempranos de daño cerebral.

**72.** Los resultados de laboratorio sobre el funcionamiento del hígado de V2, reportaron cifras elevadas de “*bilirrubina*” y “*aspartato transferasa*”, por lo que continuó bajo vigilancia para verificar su progresión, reportado como muy grave.

**73.** El 21 de mayo de 2018, a las 06:00 horas, se estableció en la descripción de gravedad que presentaba V2, “*RIESGO infección nosocomial, hemorragia cerebral, secuelas neurológicas graves ceguera, hipoacusia, daño pulmonar, deterioro y/o secuelas a cualquier nivel, complicaciones inherentes a diagnósticos de base*”.

**74.** El 21 y 22 de mayo de 2018, V2 continuó grave; el 23 del mismo mes y año, se retiró la intubación endotraqueal para reducir gradualmente el soporte ventilatorio, sin grandes cambios fisiológicos en esa fecha; a las 10:20 horas del mismo 23 de mayo, V2 presentó una disminución de oxígeno del 50% y respiración irregular, por lo que recibió maniobras de reanimación avanzada y fue intubado nuevamente; el 24 de mayo del mismo año continuó bajo tratamiento y observación; y el 25 de ese mes y año se reportó un “*pico febril... sospecha de presencia de cuadro infeccioso*”, empuñamiento de pulgares y ausencia de respuesta respiratoria autónoma.

**75.** El 26 y 27 de mayo de 2018, V2 se mantuvo en condiciones similares; el 28 de mayo del mismo año éste presentó una leve mejoría a nivel neurológico al flexionar

---

<sup>17</sup> Presencia visible de ligera coloración amarillenta en la piel. “*Detección Oportuna, Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en Niños Mayores de 35 Semanas de Gestación Hasta las 2 Semanas de Vida Extrauterina*”. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.

<sup>18</sup> El pulgar atrapado por los otros 4 dedos “*atrapamiento del pulgar*”. Consejo de Salud General, “*Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista*”, Guía de práctica Clínica. México, Secretaría de Salud, 2012, pág. 19.

las extremidades inferiores y superiores, reportándolo grave con evolución estable y pronóstico reservado.

**76.** A las 22:10 horas del 29 de mayo de 2018, se encontró a V2 con temperatura de 38° (fiebre), continuando bajo tratamiento antibiótico; el 30 y 31 del mismo mes, así como el 1 de junio de 2018, V2 persistió con picos febriles y diagnóstico de sepsis neonatal, bajo tratamiento antibiótico, sin embargo, al 2 de junio seguía presentando fiebre, reportado grave, con mal pronóstico.

**77.** El 3 de junio de 2018, V2 padeció vómito con rastros de sangre, diagnosticando presencia de sangrado de tubo digestivo alto, y su respectivo tratamiento; el neonato continuó con vómito y distensión abdominal con regurgitaciones el día 4 de ese mes y año, síntomas de enfermedad por reflujo gástrico<sup>19</sup>; además, sufrió rigidez generalizada, reflejos miotáticos<sup>20</sup> exaltados, reflejo aquileo aumentado, síntomas con los que se le diagnosticó con síndrome de neurona motora superior<sup>21</sup>, el cual se encuentra relacionado con la calificación baja obtenida en la prueba de Apgar, por hipoxia neonatal, de V2. En tal sentido, la Opinión Médica de este Organismo Nacional puntualizó que todas las anteriores patologías, fueron secuelas de las complicaciones presentadas en el periodo perinatal.

**78.** Entre los días 5 y 11 de junio de 2018, V2 recibió tratamiento para sus condiciones clínicas y fue reportado como estable; el 12 de ese mes y año se le

---

<sup>19</sup> Paso del contenido gástrico hacia el esófago. “*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer y segundo nivel de atención*”. México: Secretaría de Salud, 08 de septiembre de 2014, pág. 3.

<sup>20</sup> El que se produce ante el estiramiento de un músculo esquelético. Diccionario médico Clínica Universidad de Navarra. Consultado el día 20 de mayo de 2019 en el sitio: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/reflejo-miotatico>

<sup>21</sup> Grupo de trastornos neurológicos progresivos que destruyen las neuronas motoras que controlan la actividad muscular voluntaria esencial como: hablar, caminar, respirar y tragar. Lesión que ocurre en los niveles superiores del sistema nervioso central. Rodríguez Blancas y Herrero María Cristina, “*La calificación de Apgar y el síndrome de neurona motora como secuela a largo plazo en recién nacidos de alto riesgo: Un seguimiento a 10 años de 400 pacientes*” Rev Mex Neuroci 2012; pág. 268. Consultado el 10 mayo de 2019 en el sitio: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2012/10/Nm125-04.pdf>

realizó extubación, sin embargo presentó dificultad para trasladar alimentos de la boca al estómago, por lo que debió ser reintubado. Los días 13, 14 y 15 continuó bajo seguimiento y se determinó que el reflujo esofágico que presentaba requería manejo quirúrgico mediante traqueostomía, mismo que se efectuaría en el Hospital 220.

**79.** El 16 de junio de 2018, se le realizó una resonancia magnética, en la que se descartaron lesiones estructurales; se prescribió el inicio de estimulación sensorial para rehabilitar y limitar el daño a nivel cerebral. Los días 17, 18 y 19 de junio, continuó bajo manejo por los servicios de neuropediatría, otorrinolaringología, cirugía pediátrica, y se indicó la realización de un encefalograma para establecer un pronóstico sobre la condición clínica de V2. Posteriormente, el 21, 22, 23, 24, 25 y 26 de ese mes y año se mantuvo bajo manejo, reportándolo grave.

**80.** Al ser valorado por el Servicio de Neurología el día 27 de junio del referido año, V2 fue reportado con estado comatoso superficial; de la valoración del encefalograma que se le había practicado se evidenció la actividad disfuncional de la corteza cerebral, por lo que el citado médico estableció un pronóstico funcional malo y reservado para la vida.

**81.** A partir del 28 de junio hasta el 5 de julio de 2018, V2 continuó en el servicio de terapia intensiva neonatal en espera de la valoración por parte del Hospital 220 para la colocación de traqueostomía y gastrostomía. El 6 de julio de 2018 se observaron secreciones amarillas en la cánula endotraqueal, con alto riesgo de desarrollar neumonía; fue tratado con antibiótico, sin embargo es de resaltar que no se realizaron los estudios de imagen pertinentes para corroborar el citado diagnóstico, previo a la prescripción del antibiótico.

**82.** Fue hasta el 7 de julio de 2018, cuando se solicitó llevar a cabo una radiografía para realizar la valoración del riesgo de neumonía nosocomial; al día siguiente, se detectó la presencia de leucocitos en la orina, por lo que se diagnosticó infección en

vías urinarias. Del 9 al 15 de julio del mismo año, V2 se mantuvo estable, sin cambios en su estado neurológico. Finalmente, el 16 de julio se determinó su envío al Hospital 220 para la realización de la traqueostomía previamente indicada.

#### **A.4 Atención médica de V2 en el Hospital 220.**

**83.** V2 ingresó al Hospital 220 el 16 de julio de 2018 con diagnóstico de encefalopatía hipóxico isquémica y displasia broncopulmonar<sup>22</sup>, siendo valorado por el área de pediatría para la realización de una traqueostomía; en el mismo día se practicó la citada intervención, además de una gastrostomía y la colocación de un catéter venoso central para su mantenimiento posterior. Ese mismo 16 de julio V2 ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

**84.** El 18 de julio de 2018, V2 presentó desaturación de oxígeno y desarrolló enfisema<sup>23</sup> en la cara y el cuello, por lo que se determinó retirar la traqueostomía; asimismo, se le indicó sedación a base de midazolam y analgesia a base de nalbupina<sup>24</sup>; un día después, 19 de julio, se volvió a realizar la traqueostomía. El 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26 de julio, V2 se mantuvo bajo manejo clínico estable.

**85.** El 27 de julio de 2018, se detectó que V2 presentaba aumento de leucocitos y plaquetas, datos que son sugerentes de sepsis; por ello se determinó manejo con antibiótico meropenem y se suspendió la administración de nalbupina, administrando en su lugar ketorolaco y metamizol. Posteriormente, el 28 de julio se reportó a V2

---

<sup>22</sup> Enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento. Instituto Mexicano del Seguro Social, "Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Displasia Broncopulmonar en niñas/niños menores de 2 años en el segundo y tercer nivel de atención". México, 2 de diciembre de 2015, pág.10.

<sup>23</sup> Acumulación anormal de aire en los tejidos del cuerpo. Asociación Española de Pediatría. Anales de Pediatría. Consultado en su versión electrónica el día 20 de mayo de 2019 en el sitio: <https://www.analesdepediatria.org/es-enfisema-subcutaneo-neumomediastino-tras-extraccion-articulo-S1695403313003305>

<sup>24</sup> Analgésico usado para los cuadros de dolor intenso. Rodolfo Rodríguez Carranza, "Vademécum Académico de Medicamentos", consultado el 20 de noviembre en su versión electrónica: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552&sectionid=90373216>

en condiciones generales regulares, con cánula de traqueostomía, con evidencia de daño profundo a nivel cerebral; al día siguiente se reportó que V2 presentaba anemia.

**86.** V2 continuaba bajo atención para el 30 de julio del año en cita, presentando temblor leve en extremidades inferiores, y datos aparentes de síndrome de supresión debido al retiro abrupto de nalbufina, tensión arterial por encima del percentil 90 y taquicardia de 180 lpm, además de aumento de la frecuencia respiratoria. Al respecto, la Opinión Médica de este Organismo Nacional señaló que era posible determinar que de manera inadecuada, desde el 27 de julio de 2018, se indicó la suspensión de nalbufina, sin realizar una dosis de disminución, lo que desencadenó en un síndrome de abstinencia, resultando en la necesidad de que el 30 de julio de ese año, se restableciera la dosis de nalbufina para mejorar la sintomatología y proceder a la suspensión paulatina del medicamento.

**87.** El 31 de julio y 1 de agosto, ambos de 2018, V2 se mantuvo estable; el 2 de julio del mismo año, personal de pediatría advirtió una elevación en las cifras de leucocitos y plaquetas, por lo que se agregó al doble esquema antibiótico, mediante manejo con fluconazol<sup>25</sup> ante la sospecha de que la infección que presentaba podría ser de origen micótico. El 4 de agosto del año en cita, V2 tenía aumento de cifras tensionales por lo que se le administró un antihipertensivo y se suspendió la administración de nalbufina, sin registrar datos de síndrome de supresión.

**88.** El 5 de agosto de 2018, V2 fue egresado de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, con diagnósticos de encefalopatía hipóxico isquémica, asfixia perinatal severa, no recuperada, neumopatía crónica, postoperado de traqueostomía y gastrostomía, decanulación de traqueostomía, enfisema y neumotórax bilaterales resueltos, postoperado de recolocación de traqueostomía, enfermedad por reflujo

---

<sup>25</sup> Toxina triazol antimicótico usado en el tratamiento y prevención de infecciones superficiales y sistémicas causada por hongos. Asociación Española de Pediatría, "*Pediamécum*". Consultado el 20 de mayo de 2019 en el sitio: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Fluconazol.pdf>

gastroesofágico y candidiasis general. Un día después, V2 fue valorado en el piso de Pediatría, con regurgitaciones, broncodisplasia pulmonar, determinándose el manejo conducente, así como valoración por la especialidad de oftalmología ante la sospecha de retinopatía<sup>26</sup>, misma que se realizó al día siguiente -7 de agosto-, detectándose una lesión de las fibras nerviosas oftálmicas, por lo que se solicitó un estudio de potenciales visuales.

**89.** Los días 7, 8, 9, 10, 11, 12 de agosto de 2018, se mantuvo el manejo de V2 de manera estable, por lo que en esta última fecha se inició la valoración de su egreso mediante la toma de estudios de laboratorio. El 13 de agosto, se reportaron los resultados de los estudios practicados a V2, de los cuales se le encontró estable sin alteraciones, por lo que el 14 de agosto del año referido, se determinó su egreso con diagnósticos de encefalopatía hipóxico isquémica, asfixia perinatal severa no recuperada, neumopatía crónica, postoperado de traqueostomía y gastrostomía, decanulación de traqueostomía, enfisema neumotórax bilateral resuelto, postoperado recolocación de traqueostomía, enfermedad por reflujo gastroesofágico descartada, y candidiasis oral remitida.

**90.** En suma, del análisis sobre las complicaciones derivadas de la inadecuada atención a V1 durante su parto, V2 presentó afectaciones neurológicas irreversibles durante su nacimiento, mismas que fueron confirmadas durante su estancia hospitalaria por la inadecuada atención durante los momentos previos al parto y en su nacimiento, violando con ello los artículos 1º, 2º fracciones I, II y V; 3º fracción IV, 23, 27 fracciones III y IV, 32, 33 fracciones I y II, 51 primer párrafo; y 61 fracción I de la Ley General de Salud.

---

<sup>26</sup> Detención del desarrollo neuronal y vascular normal de la retina, con mecanismos compensatorios en última instancia patológicos que resultan en una aberrante vascularización de la retina. Secretaría de Salud, “Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía del Prematuro en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”. México, 2 de julio de 2015. Pág. 10.

## **B. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1.**

**91.** En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado en “[...] *la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...]; “[brindando] por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”*, y “[asegurando] *que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres*”.

**92.** La violencia obstétrica, es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por algunos prestadores de servicios de la salud a través de una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, la cual le genere una afectación física, psicológica o moral, y que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

**93.** Este Organismo Constitucional reitera que en algunos casos, la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redundan en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

**94.** En la Recomendación General “*Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*”, este Organismo Nacional advirtió que: “[e]n el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en

*prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género [...]”<sup>27</sup>; igualmente sostuvo que: “[...] se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos”<sup>28</sup>.*

### **B.1 Violación al derecho humano de V1 a una vida libre de violencia obstétrica.**

95. Para el presente caso, este Organismo Nacional consideró que el 15 de mayo de 2018, AR1, al valorar a V1 no diagnosticó que presentaba dilatación estacionaria, ignorando los síntomas que ameritaban su ingreso, por lo que de manera inadecuada determinó su alta, retardando la atención necesaria.

96. Asimismo, a las 21:50 horas del 16 de mayo de 2018, AR2 omitió considerar que V1 estuvo 33 horas en trabajo de parto, sin avance en la dilatación del cuello uterino, pasando inadvertidas las manifestaciones de dolor y su sintomatología, dándola nuevamente de alta y permitiendo que transcurrieran más de 58 horas de trabajo de parto anómalo, siendo hasta el 17 de mayo que se determinó su ingreso para el manejo de su condición; tales acciones y omisiones reflejan una atención mecanizada la cual no está direccionada en agotar todos los medios posibles en beneficio del binomio materno-fetal, dejando de considerar la atención prioritaria y especial que V1 requería, en su calidad de mujer embarazada, por lo que en el

---

<sup>27</sup> CNDH, Recomendación General 31/2017, *Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, párr. 8.

<sup>28</sup> *Ibidem*. párr. 91.

presente caso es posible determinar la violencia obstétrica en agravio de V1, la que además trascendió en afectaciones neurológicas irreversibles en agravio de V2, quien finalmente perdió la vida.

**97.** En tal contexto, este Organismo Nacional advirtió que la demora en la atención oportuna y con calidad a la que V1 tenía derecho, trascendió en la afectación de la salud de V2, quien a consecuencia del trabajo de parto prolongado y de la inadecuada vigilancia obstétrica a su nacimiento, requirió maniobras de reanimación, primero con una mascarilla y oxígeno, posteriormente, al advertir que no respiró por sí mismo o que tenía ausencia de la respiración, fue intubado. Tal situación pudo haberse evitado si desde el 15 de mayo de 2018 -fecha en la que V1 acudió por primera vez a solicitar atención médica por presentar dolor obstétrico-, el personal médico le hubiera realizado un diagnóstico adecuado para la resolución de su embarazo de forma inmediata, lo que hubiera mejorado el pronóstico de sobrevivencia de V2. Por ello, las acciones y omisiones de AR1, AR2 y AR3 se traducen en violencia obstétrica en contra de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “*Convención de Belém Do Pará*”.

### **C. Violación al derecho a la información y libre consentimiento informado en los Procedimientos Médicos.**

**98.** El Comité CEDAW en la Recomendación General N° 24, “*Artículo 12 CEDAW- la mujer y la salud*” señaló que la garantía de acceso a los servicios de atención médica de calidad, comprende lograr que tales servicios sean aceptables para las mujeres y éstos lo son cuando “[...] se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas”<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, “*La mujer y la salud: 02/02/99*”, párr. 22.

**99.** Por su parte, tomando en consideración el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, al ingreso de V1 al hospital, se debió recabar su autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Agrega que una vez que se cuente con el diagnóstico se le informará a la paciente de forma clara y precisa sobre éste, los posibles tratamientos, riesgos y secuelas.

**100.** El segundo párrafo del artículo referido precisa que la autorización inicial no excluye la manifestación de un rechazo posterior en la obtención del consentimiento sobre cada procedimiento que implique un alto riesgo. Por lo que al analizar la atención otorgada a V1 el 17 de mayo de 2018 a las 22:50 horas en el Hospital 221, se distingue que AR3 indicó, según la nota elaborada que consta en el expediente: *“se inicia conducción con oxitocina, se informa a la paciente [V1] la cual acepta con la finalidad de regular actividad uterina”*.

**101.** Al respecto, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional advierte que aun cuando el uso de la *“oxitocina”* no estaba contraindicada, se debió realizar una valoración profunda y adecuada antes de ser suministrada. Al respecto, como se dijo con anterioridad, V2 cursaba con un trabajo de parto prolongado y también se le había indicado su conducción con el uso de *“oxitocina”*, por lo que ameritaba la realización de un monitoreo cardíaco al feto, estudio que no fue indicado al uso del citado medicamento.

**102.** De las constancias que obran en el expediente clínico, se advierte la nota agregada el día 17 de mayo de 2018, en la que se asentó que *“se inicia conducción con oxitocina, se informa a la paciente la cual acepta con la finalidad de regular actividad uterina”*; nota que por sí misma no acredita que V1 haya sido informada acerca de las posibles complicaciones de la conducción del parto con *“oxitocina”*,

ya que conforme a las evidencias recabadas por esta Comisión Nacional, se determinó que no existe un consentimiento firmado por la paciente, familiar directo, o representante legal a través del que se compruebe que fue debidamente enterada sobre los beneficios y posibles riesgos derivados del uso de la “*oxitocina*”, además de que no se proporcionó una adecuada orientación sobre las opciones terapéuticas, ni los riesgos y beneficios, iniciando la conducción con “*oxitocina*” sin hacer un monitoreo cardiotocográfico y sin contar con el consentimiento informado y firmado por V1, tal y como lo establece el apartado 5.5.7 de la *NOM-007-SSA2-2016*, que a la letra especifica lo siguiente:

*“La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado”.*

**103.** Por lo tanto, esta Comisión Nacional destaca la inexistencia de constancia o elemento en el que se refleje que V1, familiar directo o representante legal, otorgaran el correspondiente consentimiento para el procedimiento de inducción del trabajo de parto que se le iba a realizar, así como los riesgos y beneficios esperados del mismo, iniciando la conducción sin hacer el debido monitoreo cardiotocográfico. Por lo que ante la ausencia del mencionado consentimiento informado se acredita que V1 no autorizó la mencionada inducción del trabajo de parto con “*oxitocina*”, incumpliendo con ello lo ordenado en el apartado 5.5.7 de la *NOM-007-SSA2-2016* aludida, así como lo contenido del apartado 10.1 de la *NOM-004-SSA3-2012* “*Del expediente clínico*” (NOM-004-SSA3-2012), que establece la obligatoriedad del contar con el consentimiento informado como parte integrante del expediente clínico.

## **D. Derecho a la vida de V2.**

**104.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH); 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

**105.** La Corte IDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos<sup>30</sup>. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio<sup>31</sup>. Por otro lado, el derecho a la integridad personal es de tal importancia en la CADH<sup>32</sup>, tanto como el derecho a la vida, los cuales no sólo implican que el Estado debe respetarlos (obligación negativa), sino que, además, requiere que éste adopte todas las medidas apropiadas para garantizarlos (obligación positiva), en cumplimiento de su deber general establecido en el artículo 1.1 de la mencionada Convención<sup>33</sup>.

**106.** La misma Corte IDH ha señalado que *“de las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos que establece el artículo 1.1 de la Convención Americana derivan deberes especiales determinables en función de las particulares*

---

<sup>30</sup> Corte IDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo.* Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144.

<sup>31</sup> Corte IDH. *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 245

<sup>32</sup> Artículos 5 y 27 de la Convención Americana. Véase, además, *Caso “Instituto de Reeducción del Menor” Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 157.

<sup>33</sup> Corte IDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo.* Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 139.

*necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específico*<sup>34</sup>, como lo es V2 en el presente caso.

**107.** En el mismo sentido, el artículo 6 puntos 1 y 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

**108.** Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la CADH en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público<sup>35</sup>.

**109.** La vida como derecho fundamental se encuentra consagrada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

**110.** La SCJN ha determinado que “[e]l derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, en tanto que no sólo prohíbe la privación de la vida (que se traduce en una obligación negativa: que no se prive de la vida), sino que también exige que, a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio

---

<sup>34</sup> Corte IDH. *Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, párr. 111.

<sup>35</sup> Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 117. Véase además, el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “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), párr. 34.

*de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho en el ámbito legislativo, judicial y administrativo. En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado no sólo cuando una persona es privada de la vida por un agente del Estado, sino también cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias aludidas, como son las tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares, y las necesarias para investigar efectivamente los actos de privación de la vida”<sup>36</sup>.*

**111.** Por su parte, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, que en su Tercer Objetivo “*Salud y Bienestar*” para “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”, indica que una de las metas para el año 2030 es “*poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos*”.

**112.** Este Organismo Nacional ha sostenido que “[...] *existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*”<sup>37</sup>.

**113.** De la lectura a lo antes citado, se advierte un contenido normativo que implica el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar

---

<sup>36</sup> Tesis Constitucional. “*Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado*”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 163169.

<sup>37</sup> CNDH. Recomendación 75/2017, párr. 61.

la integridad personal y el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

**114.** Sobre el análisis ya descrito, este Organismo Autónomo observa que durante el desarrollo de los hechos en el presente caso, las afectaciones y posterior fallecimiento que V2 sufrió, fueron derivadas de la falta de protección al binomio materno-fetal durante la atención del parto de V1, por el incumplimiento de las garantías y derechos de protección de la madre, las cuales se encuentran ligados al producto de la gestación.

**115.** La inadecuada atención a V1 durante el trabajo de parto en el nacimiento de V2, incidió en las afectaciones físicas irreversibles que el neonato presentó, como asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico isquémica y crisis convulsivas secundarias; situación a la que se le debe agregar la falta de recursos específicos para su atención, como equipo de enfriamiento o catéter calibre 3.5 Fr.

**116.** De acuerdo con el análisis y la Opinión Médica en el presente caso, se determinó que con motivo de las irregularidades en la atención médica descritas, V2 presentó síndrome de neurona motora superior, con secuelas de alteraciones para la realización de actividades como hablar, caminar, respirar y tragar; tal Opinión precisó que sería necesario brindar un seguimiento estrecho y otorgar una atención interdisciplinaria a V2, con el objetivo de garantizar el grado máximo de salud que fuera posible acorde a las condiciones clínicas con que contaba, dado su padecimiento de encefalopatía hipóxico isquémica y asfixia perinatal severa no recuperada; sin embargo, esto quedó rebasado debido a la pérdida de la vida de V2 ocurrida el 19 de abril de 2019.

**117.** Respecto de esto último, de acuerdo con la ampliación de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional emitida el 16 de mayo de 2019, en el presente caso se determinó que es posible establecer que su defunción fue debidamente documentada por personal médico del Hospital 220, quien de manera adecuada

estableció que las causas directas de la defunción fueron choque séptico y neumonía adquirida en la comunidad y que, a su vez, el curso clínico de ambas patologías se vio afectado de manera indirecta por las condiciones de parálisis cerebral infantil y retraso psicomotriz que padecía V2 desde su nacimiento.

**118.** Al respecto, la bibliografía documenta que la parálisis cerebral tiende a disminuir la expectativa y calidad de vida del afectado y ello a su vez, implica la necesidad de intervenciones de forma coordinada con diversos profesionales que puedan brindar el manejo adecuado y oportuno ante determinadas circunstancias emergentes en el estado de salud de los pacientes que se enfoquen a disminuir el riesgo de muerte<sup>38</sup>.

**119.** De igual manera, se ha documentado que los pacientes con parálisis cerebral infantil, pueden presentar complicaciones en muchos sistemas, las cuales se relacionan de manera directa con la función motora gruesa (destrezas que involucran los músculos largos de los brazos, piernas y torso). De tales complicaciones, las que se presentan a nivel respiratorio son de las más comunes y también constituyen la primera causa de mortalidad en este tipo de pacientes; el desarrollo de tales complicaciones respiratorias está directamente relacionado a los problemas motores de los pacientes, los que derivan en una aspiración y abundante producción de secreciones generando procesos de neumonía recurrente<sup>39</sup>. Los estudios de esperanza de vida en niños afectados por parálisis cerebral hacen referencia a afecciones respiratorias como causa de muerte de la mayoría de los pacientes, esto puede guardar relación con las dificultades para la deglución que

---

<sup>38</sup> Pérez G.M.C. “Propuesta de intervención domiciliaria a la familia del niño con parálisis cerebral portador de infecciones respiratorias”. Rev. Cubana de Enfermería vol. 29, No.2, Ciudad de la Habana abr-jun. 2013. Consultado el 15 de mayo de 2019 en el sitio: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192013000200004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192013000200004&script=sci_arttext&tlng=pt)

<sup>39</sup> Cfr. Armero P.P. Pulido V.I. Gómez A.D. Seguimiento en Atención Primaria del niño con parálisis cerebral. *Pediatr Integral* 2015; XIX (8): 548-555. Consultado el 15 de mayo de 2019 en [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/04/n8-548-555\\_DavidGomez.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/04/n8-548-555_DavidGomez.pdf)

predispone a la sepsis respiratoria; sumándose a lo anterior, el encamamiento prolongado y la pobre movilización<sup>40</sup>.

**120.** En el mismo sentido, algunos estudios refieren que es posible relacionar las enfermedades respiratorias con la muerte hasta en un 74% de los pacientes con parálisis cerebral, siendo este porcentaje variable según el grado de disfunción motora que el paciente presente. De igual manera, los estudios clínicos establecen una relación directamente proporcional del riesgo de muerte respecto de la severidad de la disfunción motora; es decir, a mayor disfunción motora corresponde un mayor riesgo de muerte, siendo esta esperada en una etapa temprana de la vida<sup>41</sup>.

**121.** De acuerdo con la ampliación de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, es posible determinar que la condición de parálisis cerebral infantil y retraso del desarrollo psicomotriz que V2 padeció desde su nacimiento, lo condicionaba a presentar infecciones respiratorias recurrentes dadas sus alteraciones motoras severas y la falta de movilidad, lo que favoreció el desarrollo del choque séptico que derivó en la pérdida de la vida de V2.

**122.** Por lo anterior, este Organismo Nacional considera que la serie de acciones y omisiones que comprendió la inadecuada atención médica de V1 durante el trabajo de parto, fueron determinantes para las secuelas que presentó V2 al momento de su nacimiento y su posterior fallecimiento, situación que lleva a concluir que existe responsabilidad por la vulneración al derecho a la vida de V2.

---

<sup>40</sup> Pérez A.L. Bastian M.L. “*Parálisis cerebral infantil. Mortalidad en menores de 15 años en la provincia de Camagüey*”. AMC v.12 n.4 Camagüey jul-ago. 2008. Consultado el 15 de mayo de 2019 en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000400002&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000400002&script=sci_arttext&lng=en)

<sup>41</sup> Cfr. Reid M.S. Carlin B.J. Reddihough S.D. “*Survival of individuals with cerebral palsy born in Victoria, Australia, between 1970 and 2004*”. Developmental Medicine & Child Neurology/Volume54, Issue 4. Consultado el 15 de mayo de 2019 en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-8749.2012.04218.x>

## **F. Responsabilidad.**

**122.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violencia obstétrica, violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V2.

**124.** Este Organismo Nacional considera que las acciones y omisiones atribuidas a los servidores públicos enunciados, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto en el artículo 7 y 49 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y el artículo 303 de la Ley del Seguro Social, donde se prevé la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, lo que en el caso concreto no aconteció.

**125.** Lo anterior con base en que a las 22:30 horas del 15 de mayo de 2018, AR1 omitió diagnosticar la dilatación estacionaria en la que se encontraba V1, lo que contribuyó a las complicaciones neonatales.

**126.** En el mismo sentido, el 16 de mayo de 2018, AR2 omitió diagnosticar que ya habían transcurrido más de 33 horas sin avance de la dilatación del cuello uterino y un trastorno por retraso prolongado de la fase latente, pasando por alto el trabajo de parto anómalo, lo que contribuyó a las complicaciones neonatales que V2 presentó.

**127.** El 17 de mayo de 2018 a las 22:32 horas, AR3, valoró a V1, a más de 58 horas desde la valoración inicial del trabajo de parto, favoreciendo con ello las complicaciones neonatales que presentó V2.

**128.** El mismo 17 de mayo a las 22:50 horas, al indicar la conducción del trabajo de parto AR3 prescribió “*oxitocina*” para ello, y omitió realizar una adecuada consejería sobre las opciones terapéuticas; además, no informó sobre los riesgos y beneficios sobre la conducción de parto con “*oxitocina*”, iniciando el procedimiento sin hacer un monitoreo cardiotocográfico, y más aún, sin contar con el respectivo consentimiento firmado por V1 para la realización de tal procedimiento.

**129.** AR3 pasó inadvertidos los múltiples factores que comprometían el buen resultado de la prueba de trabajo de parto, realizando una inadecuada vigilancia del mismo, lo que contribuyó con las complicaciones neonatales relacionadas con el trabajo de parto y el uso de “*oxitocina*”, por lo que el binomio se vio expuesto a los riesgos inherentes a dicha opción terapéutica, como: ruptura uterina, mayor tasa de cesáreas, lesión vesical, hipoxia y sufrimiento fetal. Tampoco diagnosticó que V1 se encontraba en fase latente prolongada de trabajo de parto.

**130.** Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1° párrafo tercero, y 102 apartado B de la Constitución mexicana; 6° fracción III; 71 párrafo segundo, 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, contra las personas servidoras públicas antes referidas, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación, así como denuncia ante la Fiscalía General de la República.

#### **G. Responsabilidad Institucional.**

**131.** El 18 de mayo de 2018, cuando V2 requería terapia de hipotermia inducida para su atención a fin de protegerlo neurológicamente y mejorar su pronóstico, en una nota se asentó que “*no contamos en el instituto con equipo con equipo para*

*enfriamiento selectivo o generalizado.*” En ese sentido, este Organismo Nacional, hace evidente la carencia de condiciones esenciales para garantizar el derecho a la protección de la salud de V2 en el Hospital 221, por lo que este Organismo Nacional concluye que existe sobre ello una responsabilidad institucional atribuible al IMSS, al haberse generado en ese momento, un riesgo en la salud de V2 con motivo de la escasez o inexistencia de tales requerimientos mínimos.

**132.** Esta Comisión Nacional determina la Responsabilidad Institucional por parte del IMSS, pues la indisposición de material médico en el Hospital General, en específico, la falta de equipo para enfriamiento selectivo o generalizado para realizar la hipotermia terapéutica, así como carencia de catéter umbilical 3.5 Fr. en el momento requerido, lo que incidió en las graves afectaciones a la salud, integridad y evolución de V2, contraviniendo lo dispuesto en el artículo 26 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**133.** Paralelamente se encontraron violaciones a la *NOM-004-SSA3-2012* y la *NOM-007-SSA2-2016*, por lo que es necesario que el IMSS refuerce sus acciones para dar cumplimiento a dichas Normas Oficiales. Situaciones que constituyen por sí mismas, una falta de garantía integral de los servicios de salud disponibles en beneficio de las personas usuarias.

#### **H. Reparación del daño.**

**134.** De conformidad con lo establecido en los artículos 1º párrafo tercero de la Constitución mexicana; y 44 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción IV, 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1 y V3, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

**135.** En tal sentido, V3 adquiere la calidad de víctima indirecta, con motivo del vínculo familiar existente con V1 y V2, en su calidad de esposo y padre, respectivamente, ya que con motivo de los hechos se propició un indudable impacto en su esfera psicosocial, y posibles alteraciones en el entorno y vida familiar, generadas a partir del caso analizado en el presente pronunciamiento, por lo que debe ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

#### **a) Medidas de rehabilitación.**

**136.** La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos, por lo que a efecto de dar cumplimiento a la Recomendación, será necesario que el IMSS cumpla con las obligaciones establecidas en la Ley General de Víctimas, considerando los estándares de la jurisprudencia internacional de los derechos humanos.

**137.** En ese sentido, el IMSS deberá proveer y garantizar se otorgue a V1 y V3 la atención psicológica y tanatológica que requiera hasta que alcance su máxima recuperación psíquica y emocional posible.

**138.** Las medidas descritas deberán ser proporcionadas por personal profesional especializado, de forma inmediata y continua a través de atención adecuada,

inclusiva, atendiendo a su edad, sus especificidades de género y considerando los avances de la ciencia médica que puedan beneficiarle, por el tiempo que resulte necesario y en un lugar accesible, con su previo consentimiento, proporcionando información previa, clara y suficiente.

#### **b) Satisfacción.**

**139.** Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos.

**140.** Por lo expuesto, para tener por cumplidas las medidas de satisfacción, deberá colaborar con esta Comisión Nacional en la queja administrativa y la denuncia que se presentará ante las instancias pertinentes y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

**141.** Además, deberá incorporarse copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2 y AR3, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

#### **c) Medidas de no repetición.**

**142.** Consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención; por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de cualquier otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

**143.** El IMSS deberá implementar 3 cursos en el Hospital 221, en materia de **a)** Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; **b)** Conocimiento, manejo y observancia de

las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación; y **c)** sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica y a la vida.

**144.** Los cursos señalados deberán estar dirigidos al personal médico del Hospital 221 del IMSS, con el objetivo de prevenir hechos similares a los relatados en la presente Recomendación, los que deberán impartirse por personal certificado, calificado y con experiencia comprobada en derechos humanos; De igual forma, con el objetivo de que los cursos puedan ser consultados con facilidad, éstos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea. Este punto se tendrá por cumplido una vez que se envíe a esta Comisión Nacional la documentación que acredite que se impartieron los citados cursos.

**145.** Además, se deberá dotar al Hospital 221 de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde.

**146.** Asimismo, deberá emitirse una circular dirigida al personal médico del Hospital de 221, en la que se exhorte, cuando así proceda, someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al presente.

#### **e) Compensación.**

**147.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que el IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, valoren el monto justo para que se otorgue una indemnización a V1 y V3, de conformidad con las consideraciones expuestas, y los inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, en términos de la Ley General de Víctimas; para ello, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente

Recomendación para que, en ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente, las siguientes:

## **V. RECOMENDACIONES.**

### **A usted, señor Director General:**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, ese Instituto deberá tomar las medidas para reparar el daño de forma integral ocasionado a V1 y V3, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital 221, que incluya una compensación justa y se otorgue a V1 y V3 la atención psicológica y tanatológica que requieran hasta que alcancen su máxima recuperación psíquica y emocional posible, y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Inscribir a V1 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en términos de la Ley General de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Realizar las gestiones para que en el término de seis meses, tome las medidas necesarias de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, que permita la existencia y disponibilidad de todos los recursos necesarios para el óptimo funcionamiento del Hospital 221, que asegure el disfrute del derecho a la protección de la salud de las y los usuarios con calidad y eficiencia, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

**CUARTA.** Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita diversa circular dirigida al personal médico del Hospital 221, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para prevenir y atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**QUINTA.** Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, 3 cursos al personal médico del Hospital 221, en materia de: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación; y c) sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica y a la vida. El contenido de los cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS por las omisiones precisadas en los hechos motivo de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

**SÉPTIMA.** Coadyuve con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República, en contra de los servidores públicos involucrados, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

**OCTAVA.** Se incorpore copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1, AR2 y AR3, para que obre constancia de las violaciones a los

derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

**NOVENA.** Se designe a una persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

**148.** La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B de la Constitución mexicana, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas 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.

**149.** 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.

**150.** 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 de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

**151.** 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 mexicana; 15 fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como al Congreso del Estado de México, que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

**EL PRESIDENTE**

**MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**