



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 08 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1 Y V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ” DEL IMSS EN DURANGO, DURANGO.

Ciudad de México, D.F. a 29 de Febrero

**LIC. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
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 y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2014/5386/Q, relacionado con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad

recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue: a) Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS, en Durango, Durango (HGZ-1); b) Hospital General de Durango de la Secretaría de Salud del Estado de Durango (HGD); c) Ley General de Salud (LGS); d) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS-MPSAM); e) Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (RPM-IMSS); f) Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”* (NOM-004-SSA3-2012); g) Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”* (NOM-007-SSA2-1993); h) Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, i) Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. *“Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”* (NOM-016-SSA3-2012) y j) Guía de Práctica Clínica para el *“Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato”* (GPC-DTHO-SMEPI).

I. HECHOS

4. El 11 de enero de 2014, aproximadamente a las 11:00 horas, Q1 (tía de V1) llevó a V1 (mujer de 32 años de edad, con 37 semanas de gestación) al HGZ-1 debido a que presentaba contracciones, donde fue valorada por AR1, quien le indicó que todavía no era tiempo, que cuando tuviera “sangrado” regresara.

5. El 13 de enero de 2014, V1 acudió nuevamente al servicio de Tococirugía del HGZ-1, porque continuaba con contracciones y dolor, pero no se le brindó la atención médica de inmediato, sino hasta que “perdió la conciencia”, fue ingresada al quirófano y se le practicó una cesárea, de la que se obtuvo a V2, sin embargo, V1 presentó colapso pulmonar que le ocasionó su deceso, siendo las causas de la muerte: “(...) *choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento* prematuro de placenta, *embarazo de 37 semanas de gestación* (...)”

6. En la misma fecha, se diagnosticó a V2 con “*Encefalopatía hipóxica isquémica y asfíxia neonatal*”, derivado del paro respiratorio que presentó V1, y permaneció en el HGZ-1 hasta el 23 de abril de 2014, donde fue sometida a 8 intervenciones quirúrgicas, siendo las siguientes: gastrostomía¹; venodisección yugular externa derecha²; exploración abdominal quirúrgica³ y una apendicectomía; cierre de

¹ El 27 de febrero de 2014 (1ra). Es una intervención que consiste en la apertura de un orificio en el abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago, lo que permite comunicar al estómago con el exterior.

² El 7 de marzo de 2014 (2da). Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto la disección de la vena superficial de alguna extremidad o del cuello para introducir en luz un catéter.

³ El 10 de marzo de 2014 (3ra). Es la cirugía para examinar los órganos y las estructuras del área del vientre (abdomen) y la apendicectomía es la extirpación del apéndice.

herida quirúrgica y resección de íleon y yeyuno⁴; por laparotomía exploradora abdominal se le realizó una yeyunostomía⁵; por presentar dehiscencia de piel, le hicieron la sutura de tres puntos para cerrar la herida⁶, una venodisección⁷, y cierre parcial de herida y reducción de gastrostomía⁸.

7. El 25 de marzo de 2014, Q1 presentó escrito de queja en la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, el cual por razón de competencia se remitió a este Organismo Nacional el 8 de abril de ese año, donde se radicó el expediente CNDH/1/2014/5386/Q, al que se adjuntó la ampliación de queja presentada por Q2, representado por la ONG1, ante este Organismo Nacional el 28 de octubre de 2014.

8. El 24 de abril de 2014, V2 ingresó al HGD, donde le brindaron manejo adecuado, sin embargo, derivado de las irregularidades realizadas por los médicos en el HGZ-1, el 4 de mayo de 2014 a las 20:15 horas, V2 falleció. El certificado de defunción señaló como causas de la muerte: *“Choque mixto, sepsis por enterobacter cloacae, perforación intestinal, enterocolitis necrotizante, endocarditis”*. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se obtuvieron los informes y expediente clínico que remitió el Titular de Quejas en Materia de Derechos Humanos del HGZ-1, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

⁴ El 20 de marzo de 2014 (4ta). Es la sutura de la herida y la resección es cortar un fragmento de íleon y yeyuno (intestino delgado)

⁵ El 25 de marzo de 2014 (5ta). Cirugía que se realiza para crear una abertura en el yeyuno (parte del intestino delgado) desde el exterior del cuerpo.

⁶ El 2 de abril de 2014 (6ta). Sutura de la herida quirúrgica.

⁷ El 4 de abril de 2014 (7ta). Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto la disección de la vena superficial de alguna extremidad o del cuello para introducir en luz un catéter.

⁸ El 14 de abril de 2014 (8ta). Es una intervención que consiste en disminuir la apertura del orificio en el abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago, que previamente fue colocada.

II. EVIDENCIAS

A. RESPECTO DE V1

9. Escrito de queja presentado por Q1, ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango el 25 de marzo de 2014, el cual por razón de competencia fue recibido en este Organismo Nacional el 8 de abril de 2014, en el que denunció la muerte de V1, derivada de la inadecuada atención médica por parte del personal médico de HGZ-1.

10. Hoja Médica de 11 de enero de 2014, elaborada por AR1 (omitió escribir su nombre completo, cargo, rango y especialidad), en la que reportó a V1 con embarazo de 34 a 35 semanas de gestación e indicó su alta.

11. Relación de “Pacientes que Acuden al Servicio de Tococirugía” de 11 de enero de 2014, en la que se advierte a las 11:20 horas el nombre de V1.

12. Nota de Ingreso a Tococirugía de las 21:00 horas de 13 de enero de 2014, suscrita por AR2 (omitió escribir su nombre completo, cargo, rango y especialidad), quien reportó a V1 con embarazo de término y pérdida de la conciencia.

13. Nota Preoperatoria de las 20:15 horas de 13 de enero de 2014, suscrita por AR3 (omitió escribir su nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad), en la que observó a V1 con *“desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y probable tromboembolia pulmonar”*.

14.“Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” del 13 de enero de 2014, signada por AR5 (omitió escribir su nombre completo), en la que señaló que se realizó a V1 cesárea y en el apartado de descripción técnica, AR2 y AR5 (no anotaron su nombre completo y cargo) precisaron *“se extrae placenta desprendida en su totalidad (...) sangrado 300 cc [centímetros cúbicos]”*.

15. “Hoja de Registro de Atención del Recién Nacido en Sala de Parto y Puerperio” de 13 de enero de 2014, elaborada por AR6 (omitió escribir su nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad), en la que precisó que V1 *“(…)llega por su propio pie con pérdida del conocimiento a la entrada de tococirugía (...) desprendimiento placenta 50% (sic)”*.

16.“Carta de Consentimiento Bajo Información para Hospitalización, Tratamiento y/o Procedimiento o Intervención Quirúrgica” de 13 de enero de 2014, elaborada por AR5, relativa a V1, en la que no se advierte el nombre y firma del familiar o persona legalmente responsable.

17. Nota Preanestésica y Posanestésica de las 20:15 horas del 13 de enero de 2014, elaborada por AR4, en la que precisó que le proporcionó a V1 intubación, ventilación manual y se canalizó a dos vías. Además, a las 20:25 horas se obtuvo a V2 por cesárea Kerr (intervención quirúrgica para extraer el producto de la concepción a través de una incisión transversal de la pared uterina).

18. Resumen Clínico y Exploración Física de 13 de enero de 2014, suscrita por AR2 y AR5, en la que asentaron *“desprendimiento de placenta normoinsera total (...) sangrado de 300 ml [mililitros] (...)”*.

19. “Registro de Anestesia y Recuperación” de 13 de enero de 2014, elaborada por AR4, en la cual indicó que V1 tuvo *“sangrado 800 [mililitros]”*.

20. “Resultados de laboratorio” de las 20:18 horas de 13 de enero de 2014, suscritos por SP1, del que se desprendió que V1 tenía hemoglobina de 13.8 gr/dl y hematocrito de 40.3% (normales).

21. En el “Certificado de Defunción” se asentó que V1 falleció a las 20:35 horas de 13 de enero de 2014, y como causas de la muerte: *“(…) Choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo de 37 semanas de gestación.”*

22. “Notas Inicial y de Evolución” de 14 de enero de 2014, suscrita por SP2, en la que indicó *“se propuso realizar la necropsia para determinar la causa de la defunción”* de V1, pero sus familiares no aceptaron.

23. Oficio 095217614BB1/1591 de 12 de septiembre de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual adjuntó diversos informes de los médicos que atendieron a V1, siendo los siguientes:

23.1 “Resumen Médico” sin fecha, suscrito por SP3, en el que asentó la atención brindada a V1 por personal médico del HGZ-1.

23.2 Informes de AR4 y AR5 ante la Subdirección Médica del HGZ-1, ambos del 9 de septiembre de 2014.

23.3 Informe de AR2 ante la Subdirección Médica del HGZ-1, de 10 de septiembre de 2014, sobre la atención médica de V1.

B. RESPECTO DE V2

24. “Hoja de Registro de Atención del Recién Nacido en Sala de Parto y Puerperio” de 13 de enero de 2014, elaborada por AR6, en la que asentó que reportó a V1 con 37 semanas de gestación, con peso de 2260 gramos, la calificó con apgar de 3-5-6 (indicativa de compromiso del estado de salud al momento del nacimiento) e integró el diagnóstico de *“asfixia severa no recuperada, desprendimiento de placenta del 50%”*.

25. Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de las 21:15 horas de 13 de enero de 2014, signada por SP4, en la cual asentó las condiciones de salud en la que ingresó V2 a esa unidad.

26. “Carta de Consentimiento Bajo Información para Hospitalización, Tratamiento y/o Procedimiento o Intervención Quirúrgica” de 2 de febrero de 2014, suscrita por AR8, en la que estableció cirugía de gastrostomía por punción.

27. “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería” de 4 de febrero de 2014, en la que asentó *“pendiente cita SEGD (Esofagogastroduodenal)⁹ no sirve el aparato (sic)”*.

28. Nota de Evolución Nocturno de 9 de febrero de 2014, suscrita por AR7, en la que precisó *“plan pendiente SEGD”*.

⁹ Es una radiografía para examinar el funcionamiento del sistema digestivo.

29. Nota de Ingreso Pediatría del 12 de febrero de 2014, signada por AR7 (omitió escribir su nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad), en la que reportó a V2 sin “(...) *reflejo de succión (...) presencia de abundantes secreciones nasales (...) campos pulmonares con presencia de rudeza respiratoria*”, por lo que solicitó realizar gastrostomía”.

30. Nota de Cirugía de 26 de febrero de 2014, firmada por el AR8, en la que asentó que V2 presentaba “(...) *trastorno mecánico de la deglución que requiere gastrostomía (...)*”.

31. “Registro de Asistencia y Recuperación” de 27 de febrero de 2014, elaborado por AR8 y SP5, en el que asentaron que se realizó gastrostomía a V2.

32. Nota Postoperatoria de 27 de febrero de 2014, realizada por AR8 y SP5, en la que precisaron diagnóstico preoperatorio “*ausencia de reflejo de succión*”, con incidentes de “*punción de bazo sangrado y cedió solo*”.

33. Nota Matutina de 1 de marzo de 2014, firmada por AR9, en la que señaló “*se salió en forma accidental la sonda buco-gástrica*”, colocada a V2.

34. Nota Médica Matutina de 3 de marzo de 2014, signada por AR8, en la que reportó a V2 con “*abdomen blando*”.

35. Nota Médica Matutina de 5 de marzo de 2014, elaborada por AR8, en la que asentó que V2 comenzó dieta y sin datos clínicos de dificultad respiratoria.

36. Nota Médica Matutina de 6 de marzo de 2014, realizada por AR8, en la que encontró a V2 estable.

37. Nota de Cirugía del 7 de marzo de 2014, efectuada por AR8, en la que reportó a V2 con distensión abdominal, resistencia muscular y pronóstico reservado.

38. Nota de Cirugía Pediátrica de las 19:32 horas del 7 de marzo de 2014, signada por AR10, en la que refirió que V2 presentó *“distensión abdominal importante (...) esta multipuncionado, por lo que se realizará venodisección¹⁰”*.

39. “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 7 de marzo de 2014, elaborada por AR10, en la que señaló diagnóstico preoperatorio de V2, *“multipuncionado”* y realizar cirugía de *“venodisección yugular externa derecha”*.

40. Indicaciones de Pediatría de 8 de marzo de 2014, signada por AR11, en la que se indicó a V2 *“ayuno (...) sonda de gastrostomía abierta a derivación (...) oxígeno de flujo libre (...) transfundir paquete globular (...)”*.

41. “Resultados de laboratorio” de 8 y 9 de marzo de 2014, suscritos por SP1, realizados a V2.

42. “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería” de 9 de marzo de 2014, elaborado por el área de Enfermería, en la que reportó a V2: *“continúa abdomen distendido (...) se avisa a médico de guardia”*.

¹⁰ Procedimiento quirúrgico que consiste en disecar una vena superficial de alguna extremidad o del cuello e introducir un catéter en la luz del vaso.

43. “Carta de Consentimiento bajo Información para Hospitalización, Tratamiento y/o Procedimiento o Intervención Quirúrgica” de 10 de marzo de 2014, realizada por AR12 (omitió anotar nombre, firma, cargo y matrícula), en la que integró diagnóstico de V2 *“oclusión intestinal”* e intervención quirúrgica de *“exploración abdominal”*.

44. “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 10 de marzo de 2014, efectuada por AR8, en la que asentó diagnóstico preoperatorio de V2 *“oclusión intestinal”* y cirugía *“exploración abdominal”*.

45. Nota Postoperatoria de 10 de marzo de 2014, elaborada por AR8, en la que asentó realizar a V2 *“perforación gástrica colónica”*.

46. “Registro de Anestesia y Recuperación” de 10 de marzo de 2014, signada por SP7, en la que indicó procedimiento *“LAPE”* (Laparatomía Exploradora) para V2.

47. “Informe Anatomopatológico” de 11 de marzo de 2014, suscrito por SP6, en la que estableció diagnóstico histopatológico de V2 *“apendicitis aguda y periapendicitis aguda”*.

48. “Nota Matutina de las 09:00 horas del 11 de marzo de 2014, firmada por SP8, en la que asentó que V2 presentó *“tórax con presencia de lesión en hombro derecho”*.

49. “Nota de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 20 de marzo de 2014, en la que AR8 asentó que realizó a V2 *“resección de íleon y yeyuno”*.

50. Nota de Cirugía Pediátrica de las 14:40 horas de 21 de marzo de 2014, signada por AR10, en la que reportó a V2 con *“evolución tórpida”* y *“salida de material fecaloide por sonda orogástrica”*.

51. Nota de Cirugía Pediátrica de 24 de marzo de 2014, suscrita por AR8 (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula), en la que señaló la salida de líquido por la herida quirúrgica de V2, por lo que solicitó *“Rx de abdomen para control (...) probablemente mañana se vuelva a intervenir para exploración abdominal”*.

52. “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 25 de marzo de 2014, elaborada por AR8, quien indicó preoperatorio: *“necrosis intestinal y anastomosis”*, y realizar cirugía de *“exploración abdominal”*.

53. “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 2 de abril de 2014, realizada por AR8, en la que indicó preoperatorio: *“dehiscencia de piel”* y realizar cirugía *“puntos de sutura en piel”*.

54. Nota de Evolución Matutina de las 10:00 horas de 2 de abril de 2014, suscrita por SP8, en la que reportó a V2 con *“abdomen con dehiscencia de piel a nivel de herida quirúrgica tercio superior”*.

55. Nota de Cirugía de 2 de abril de 2014, signada por AR8, en la que asentó que a V2 se le colocaron *“tres puntos laterales para cerrar herida (...) se salió penrose”*.

56. “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 14 de abril de 2014, elaborada por AR8, en la que asentó preoperatorio *“herida dehisciente”* y realizar operación de *“cierre parcial de herida y reducción de gastrostomía”*.

57. Nota Pediátrica de las 14:40 horas del 14 de abril de 2014, firmada por AR10, en la que indicó que V2 presentó *“herida con datos de proceso infeccioso, el cual solo afecta porción de piel, con secreción amarilla escasa (...) solo requiere manejo médico”*.

58. “Notas Inicial y de Evolución” de las 20:30 horas del 23 de abril de 2014, firmada por AR7, en la que se asentó que los familiares de V2 solicitaron su traslado al Hospital General, vía alta voluntaria.

59. “Alta Voluntaria” de 23 de abril de 2014, elaborada por el servicio de Pediatría, en la que precisó la entrega de V2 a Q2.

60. Nota de valoración en Urgencias Pediátrica, de las 22:00 horas del 23 de abril de 2014, firmada por SP9, en la que describió las condiciones de salud de V2.

61. Resumen Médico sin fecha, firmado por SP10, en el que refirió que el 24 de abril de 2014, V2 ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica con los diagnósticos de: *“Encefalopatía hipóxica isquémica. Crisis Convulsivas. Herida quirúrgica en abdomen infectada.”*

62. “Resumen Clínico” de 9 de septiembre de 2014, suscrito por SP11, relativo a la atención que brindó a V2 por personal médico del HGZ-1, del 13 de enero al 23 de abril de 2014.

63. Informes de AR8 y AR10 ante la Subdirección Médica del HGZ-1, sin fecha, en la que señalan su intervención en la atención de V2.

64. “Certificado de Defunción” de V2, en el que se precisó que falleció a las 20:15 horas del 4 de mayo de 2014 y se indicó como causas de muerte: *“Choque Mixto, Sepsis por enterobacter cloacae, perforación intestinal, entorocolitis necrotizante, endocarditis”*.

65. Escrito de ampliación de queja presentada por Q2 en este Organismo Nacional el 28 de octubre de 2014, representado por la ONG1, respecto a la inadecuada atención médica brindada a V1 y V2 en el HGZ-1.

66. “Opinión Médica” de 25 de noviembre de 2014, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V1 y V2 en los HGZ-1 y HGD.

67. “Acta Circunstanciada” de 4 de junio de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con la abogada de Q2, quien señaló que los familiares de V1 y V2 presentaron queja en la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS, donde se inició el expediente respectivo y el 13 de agosto de 2014, la Comisión Bipartita de ese Instituto, resolvió improcedente la queja.

68. Oficio 095217614/BB1/2662, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, recibido en este Organismo Nacional el 18 de diciembre de 2015, a través del cual informó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente en el expediente N° QD/DGO/0135-4-2014/NC351-06-2014, determinó improcedente el caso de V1, adjuntando el

informe que sustentó la improcedencia de 3 de diciembre de 2015, en el que se consideró: *“La asegurada se presentó con una urgencia real al término de su embarazo consistente en [DPPNI], misma que condicionó choque hipovolémico con pérdida súbita del estado de alerta que obligó a la interrupción del embarazo en forma inmediata, no obstante, su estado evolucionó en forma crítica, falleciendo a pesar de la atención médica especializada que se le brindó en forma adecuada y oportuna. En relación a la recién nacida es de señalar que no obstante la inmediatez con la que fue obtenida mediante cesárea y el tratamiento otorgado, cursó con asfixia perinatal y alteraciones a nivel gastrointestinal, patología secundaria a la urgencia obstétrica descrita”*.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

69. Q1 y Q2 presentaron escritos de queja, recibidos en este Organismo Nacional el 8 de abril y 28 de octubre de 2014, respectivamente.

70. El 18 de diciembre de 2015, se recibió en este Organismo Nacional el oficio 095217614/BB1/2662, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS a través del cual comunicó la improcedencia de la queja formulada por Q2.

IV. OBSERVACIONES

71. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/I/2014/5386/Q, en los términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos en contra

de V1 y V2. Respecto a V1: **a)** el derecho a la vida, **b)** el derecho a la integridad personal, **c)** derecho a la protección de la salud, **d)** derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica (inadecuada integración del expediente clínico) **e)** derecho a una vida libre de violencia (obstétrica) y **f)** el derecho a la libertad y autonomía reproductiva. En cuanto a V2: **a)** el derecho a la vida, **b)** el derecho a la integridad personal, **c)** derecho a la protección de la salud, **d)** derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica (inadecuada integración del expediente clínico) y **f)** al principio del interés superior de la niñez, atribuibles al personal médico adscrito al HGZ-1 en razón a las siguientes consideraciones:

72. Esta Comisión Nacional analizará las evidencias del expediente CNDH/I/2014/5386/Q, conforme a lo siguiente:

- A.** En primer lugar se examinará la violación del derecho a la protección de la salud y a la vida de V1 y V2, en cuyo apartado se incluirán las violaciones a la integridad personal y a derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica.
- B.** El derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica), así como a la libertad y autonomía reproductiva, en agravio de V1.
- C.** La violación al principio de interés superior de la Niñez en agravio de V2.

Atendiendo las siguientes consideraciones:

A) DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1.

73. El artículo 4º de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población”*¹¹.

74. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”*¹².

75. En cuanto al derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención a 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*

¹¹ Época: Décima Época. Registro: 2004683. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3. Materia(s): Constitucional. Tesis: I.4o.A.86 A (10a.). Página: 1759. **DERECHO A LA SALUD. FORMA DE CUMPLIR CON LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14 DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA GARANTIZAR SU DISFRUTE.**

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

mujer".¹³ También observó que: *"muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad"*; y recalcó que: *"es obligación de los Estados garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles"*¹⁴

76. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *"deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas"*.¹⁵

77. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), reconoce que *"toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"*

¹³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, párr. 1.

¹⁴ *Ibidem*, párr. 27.

¹⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos". OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

78. Este Organismo Nacional se ha pronunciado sobre la protección al derecho a la salud en la Recomendación General 15, del 23 de abril de 2009, destacando que debe entenderse como el derecho a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad”*.¹⁶

A.1. ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V1 EN EL HGZ-1 POR AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6.

79. A las 11:20 horas del 11 de enero de 2014, V1 acudió al Servicio de Tococirugía del HGZ-1 debido a que presentó contracciones, por lo que fue valorada por AR1, quien la encontró con embarazo de 34-35 semanas de gestación e indicó su alta con receta, como se advierte de la hoja médica y del listado de pacientes que acuden a ese nosocomio en la fecha referida.

80. De acuerdo a la opinión de los expertos de este Organismo Nacional, AR1 omitió en la consulta del 11 de enero de 2014, realizar a V1 un adecuado interrogatorio y exploración física para conocer sus antecedentes ginecobstétricos: control prenatal, confirmar su fecha de última menstruación, si presentó problemas con sus anteriores embarazos, enfermedad hipertensiva, ruptura prematura de membranas y trombofilias (alteraciones en la coagulación), que le hubiera

¹⁶ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*.

permitido identificar algún factor de alarma obstétrica, con la finalidad de prevenir alguna complicación materno-fetal.

81. Además, AR1 no solicitó ultrasonido obstétrico para establecer la edad gestacional y peso del producto, posición fetal, verificar la cantidad de líquido amniótico, características de la placenta para descartar la presencia de un hematoma retroplacentario¹⁷, que evidenciaran el inicio del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPNNI), que constituye un alto riesgo materno-fetal y de pronóstico fatal, sobre todo si el desprendimiento es extenso, el cual presentó V1 dos días posteriores, y con ello brindarle a la paciente una atención oportuna y adecuada.

82. AR1 incumplió el punto 6.1.1 de la NOM-004-SSA3-2012¹⁸ que señala que el interrogatorio: *“Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos (...) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas”*, así como el diverso 6.1.2 de la citada norma oficial mexicana, respecto a la exploración física que establece: *“Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia (...)”*

83. AR1 también inobservó el punto 5.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993¹⁹ relativo a las actividades que deben realizarse durante el control prenatal como son:

¹⁷ Es un desprendimiento brusco de la placenta por una acumulación de sangre.

¹⁸ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

¹⁹ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

“elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales), medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración, medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración, valoración del riesgo obstétrico, valoración de crecimiento uterino y estado de salud del feto, determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (...) examen general de orina (...) preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36 (...)”.

84. Dos días después, esto es, 13 de enero de 2014, V1 acudió nuevamente al referido nosocomio debido a que presentó contracciones y dolor, precisando AR6 que V1 *“llega por su propio pie con pérdida de conocimiento a la entrada a tococirugía”*, como se advierte de la Hoja de Registro de Atención del Recién Nacido en Sala de Parto y Puerperio, sin embargo, Q1 precisó que V1 ingresó *“al servicio de Tococirugía a las 7:21 pm, entre 38 o 39 minutos después (...) le informan que falleció (...)”.*

B) PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1.

85. Se constató en la Nota de Ingreso a Tococirugía que a las 20:05 horas del 13 de enero de 2014, AR2 valoró a V1 y la reportó con: *“embarazo de término, con disnea (...) pérdida de la conciencia (...) escasa respuesta para la reversión del estado de conciencia (...) se decide desembarazo urgente (...) se activa el código rojo”.*

86. Diez minutos después, es decir, a las 20:15 horas del 13 de enero de 2014, AR3 pasó a V1 al quirófano por *“desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y datos maternos de PB tromboembolia pulmonar, con desaturación*

alarmante de oxígeno menor al 40% (normal \geq 94%)”, como se asentó en la Nota Preoperatoria.

87. A las 20:15 horas, AR4 proporcionó a V1 *“intubación (...) con ventilación manual inicia sin lograr incrementar la saturación de oxígeno (...) posterior a la intubación se incrementó a 56% (...) canalizó dos vías”,* como lo refirió en la Nota Preanestésica y Posanestésica, lo cual confirmó en su informe relacionado con la atención brindada a V1. Puntualizó que el ginecobstetra les informó que V1 antes de ser valorada, se desvaneció por lo que la pasaron a la sala de quirófano.

88. El 13 de enero de 2014, a las 20:25 horas se practicó a V1 cesárea y se obtuvo a V2, vivo, del sexo femenino; de acuerdo a la opinión de los expertos de este Organismo Nacional, V1 presentó deterioro progresivo y colapso cardiopulmonar, lo cual derivó en su fallecimiento, lo que difiere con lo señalado en el certificado de defunción como se precisa en el presente documento recomendatorio.

89. AR2 y AR5 precisaron en la cesárea con hallazgos de *“sangrado 300 ml, desprendimiento de placenta normoinserta total, útero infiltrado (couvalier)”*²⁰.

90. De las evidencias reseñadas y de la opinión médica de los expertos de esta Comisión Nacional, se advirtió que AR2 omitió proporcionar atención inmediata a V1, quien llegó a las *“07:21 horas pm”* del 13 de enero de 2014, consciente, caminando como se advierte del escrito de queja, y 44 minutos después, es decir, a las 20:05 horas V1 fue valorada por AR2, quien la reportó con *“disnea importante (...) y pérdida de la conciencia”,* pero no le suministró oxigenación y

²⁰ En el cual la sangre derramada invade la pared uterina con zonas extensas de hemorragias.

valoración inmediata a terapia intensiva ante esa urgencia, sino 10 minutos después, esto es, a las 20:15 horas, AR4 ingresó a V1 al quirófano, le proporcionó ventilación manual, intubación y le canalizó a dos vías.

91. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR2 debió atender inmediatamente el estado de gravedad (apnea) que presentó V1, verificar que la vía aérea estuviera permeable, oxigenarla con puntas nasales, mascarilla o intubación, brindarle ventilación mecánica asistida, dado que está demostrado que en el primer minuto de la administración del oxígeno la presión en los tejidos fetales comienza a elevarse y continua aumentando en los cinco minutos siguientes; establecer el origen de la pérdida del estado de conciencia de V1, indicar la canalización inmediata de dos vías periféricas con toma de muestras para laboratorio y reemplazar fluidos por vía intravenosa (soluciones cristaloides, coloides, sangre), colocar sonda Foley, indicar monitoreo cardioventilatorio y oximétrico, cuantificación del gasto urinario, gasometría arterial y solicitar urgente valoración a terapia intensiva, como lo recomienda la GPC-DTHO-SMEPI²¹ al precisar: *“hospitalización, permeabilizar una o más vías parentales y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA INMEDIATA en caso de compromiso fetal”*.

92. A pesar de que AR2 activó el código rojo obstétrico contra la muerte materna, cuyo objetivo fundamental es dar prioridad al cuidado de la atención materna-fetal, con enfoque institucional para proporcionar oportunamente los cuidados necesarios para salvar la vida de la persona, desatendió la urgencia que ameritaba V1 ante la apnea que presentó y la emergencia obstétrica (DPPNI) que

²¹ Editado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud en junio de 2009, actualizada en junio de 2011.

cursaba en ese momento, siendo esta última considerada una de las tres primeras causas de mortalidad materna de acuerdo a la literatura médica.

93. En el certificado de defunción de V1, se asentó que la causa principal de su fallecimiento fue “choque hipovolémico” determinado por AR2, AR4 y AR5, sin embargo, los expertos de este Organismo Nacional señalaron que los referidos galenos no le proporcionaron la atención de urgencia que requería la paciente, puesto que no transfundieron hemoderivados (paquete globular y plaquetas principalmente) para aumentar el transporte de oxígeno y corregir la coagulación intravascular diseminada (condicionada por alteraciones en la disminución de plaquetas), a pesar de que V1 presentaba plaquetopenia²² severa de 25,000 (normal 150 a 400 ml) como se advirtió de los resultados de laboratorio realizados a las 20:18 horas del 13 de enero de 2014. Además, no se administró en proporción estimada líquidos tibios (cristaloides coloides) para restituir el volumen circulante, toda vez que la hipovolemia e hipotermia aumentan el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía al disminuir la función de los factores de la coagulación, dado que AR4 sólo le suministró a V1, 1000 mililitros de solución Hartam.

94. Los expertos de este Organismo Nacional descartan como causa de la muerte de V1 el choque hipovolémico, toda vez que la literatura médica universal vigente refiere que al tratarse de una paciente embarazada, y con los cambios fisiológicos que presenta propios de la gestación, una pérdida sanguínea entre 500 y 1000 mililitros, es tolerada, sin manifestar inestabilidad hemodinámica, es decir, no presenta disminución de oxigenación en los tejidos, hipoxia celular o daño a órganos.

²² Disminución de las plaquetas que participan en la coagulación.

95. En el caso particular, V1 no presentó choque hipovolémico, dado que la hemorragia que presentó fue menor a 1000 mililitros, lo que se sustenta con la Hoja de Registro de Atención del Recién Nacido en Sala de Parto y Puerperio, en la que AR6 asentó “*desprendimiento placenta (sic) 50%*”, mientras que AR2 y AR5 afirmaron “*se extrae placenta desprendida en su totalidad (...) sangrado 300 cc [centímetros cúbicos]*”, como se advierte de la Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica y que confirmaron en sus informes que presentaron ante HGZ-1. Finalmente, AR4 señaló “*sangrado 800 [centímetros cúbicos]*” en el Registro de Anestesia y Recuperación.

96. A pesar de que AR2, AR4, AR5 y AR6, discrepan respecto a la cuantificación del sangrado y del porcentaje de desprendimiento de la placenta, lo cierto es que la hemorragia que presentó V1 fue menor a 1000 mililitros, sin que presentara inestabilidad hemodinámica, toda vez que al momento de su ingreso a quirófano se reportó con “*tensión arterial de 100/60 y FC de 60x*”, (normales), lo que se robustece con los resultados de laboratorio realizados a la paciente a las 20:18 horas del 13 de enero de 2014, que fueron reportados normales, esto es, hemoglobina de 13.8 gr/dl y hematocrito de 40.3%, sin evidencia de anemia aguda.

97. V1 presentó apnea durante 10 minutos (de las 20:05 a las 20:15 horas), lo que se corroboró con la Nota Preanestésica y Posanestésica, en la que AR4 asentó “*(...) se recibe paciente (...) inconsciente, con coloración marmórea [morada] generalizada, piel fría, pupilas midriáticas (dilatadas), sin respuesta, paciente en apnea (...)*”.

98. En opinión de los peritos de este Organismo Nacional, V1 tuvo pérdida de sangre por el DPPNI, que contribuyó al desenlace fatal, sin embargo, lo que derivó en la pérdida de la vida, fue la apnea o paro respiratorio que duro diez minutos y no fue revertido oportunamente, tiempo suficiente para que la falta de perfusión y oxigenación sanguínea llevara a la falla multiorgánica que provocó la muerte de V1.

99. De las evidencias analizadas, se acreditó la responsabilidad de AR2, AR4 y AR5, toda vez que no se garantizó el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle la atención de urgencia que requería, a pesar de que presentó apnea y DPPNI, asociados con la muerte materno-fetal, como aconteció en el caso particular, por tanto, se contravino lo dispuesto en el artículo 48 del RLGS-MPSAM que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”*, relacionado con la fracción III del artículo 27 de la LGS, que precisa que la atención medica integral, incluye la *“atención de urgencias”*, el cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley.

100. El artículo 72 de su RLGS-MPSAM, define “urgencia”: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”*. En términos similares la define el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, así como la fracción II del ordinal 8 del RLGS-MPSAM que precisa las actividades de atención médica son: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”*, así como el ordinal 90 del RPM-IMSS que establece: *“Las unidades médicas institucionales, en los casos*

en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar problemas de salud que pongan en peligro la vida, un órgano o una función, deberán proporcionar atención médica inmediata”, correlacionado con el punto 4.23 de la NOM-016-SSA3-2012 que define el servicio de urgencias “al conjunto de áreas, equipos y personal profesional y técnico del área de salud (...) destinados a la atención inmediata de una urgencia médica”.

101. La NOM-027-SSA3-2013²³ en el apartado de introducción establece que “ (...) para la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para la atención médica (...) dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan, atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica; los lineamientos de la citada norma mexicana en los puntos 5.4, 6.2 y 6.2.1, señalan “(...)Para la recepción del paciente en el servicio de urgencias, se requiere que un médico valore y establezca las prioridades de atención del mismo” (...), “ (...) Para la atención del paciente en el servicio de urgencias, será necesario que el personal médico lleve a cabo las siguientes actividades (...)”, “ (...) Determinar las necesidades de atención de los pacientes, con base a protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas (...)”.

102. Las irregularidades descritas repercutieron en el derecho a la protección de la salud, específicamente a la salud reproductiva, el cual implica que el Estado garantice “el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que

²³ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de septiembre de 2013.

permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”²⁴.

103. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que SP2 propuso “*realizar necropsia para determinar la causa de la defunción*” de V1, pero Q2 y demás familiares no aceptaron, sin embargo, SP3 precisó en su resumen médico remitido a este Organismo Nacional el 12 de septiembre de 2014, que se obtuvo el certificado por parte del Servicio Médico Forense, en el cual certificaron la no existencia de violencia en V1, toda vez que no existían antecedentes de DPPNI.

104. AR2, AR4 y AR5 transgredieron lo establecido en el artículo 61, fracción I de la LGS que precisa: “*(...) la protección materno–infantil y la promoción de la salud materna (...) abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio(...)*”, relacionado con los puntos 4.4 de la NOM-007-SSA2-1993, que define la emergencia obstétrica: “*(...) condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal*”, 5.1.1 establece “*La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud (...)*”.

105. Las acciones y omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en la NOM-007-SSA2-1993 que establece con claridad que “*La atención de la mujer con*

²⁴ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Capítulo VII* DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA. Naciones Unidas. Nueva York, 1995. Párrafo 7.2

emergencia obstétrica debe ser prioritaria”, también que “La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos”.

106. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, para lo cual mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.

107. La citada Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015 y 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015 y 52/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de V1 y V2 no se realizaron. A pesar de las recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la citada Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia

obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

C) DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V2.

C.1. ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V2 EN EL HGZ-1 POR AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12.

108. El 13 de enero de 2014, a las 20:23 horas nació V2, con peso 2,260 gramos, talla 45 cm, con calificación apgar de 3-5-6. SP4 reportó a V2: *“cianótico en apnea, con bradicardia de 40 x minuto (...) hipotérmico, flácido, intubada, neurológicamente sin respuesta a estímulos (...) sin respuesta corneal (...) paciente clínicamente sin respuesta neurológica, por asfixia perinatal severa, secundaria a [DPPNI] al nacer en paro cardiorrespiratorio (...) extremadamente grave con riesgo de muerte en las primeras horas y de sobrevivir esperamos lesión neurológica importante”*. En esa fecha V2 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGZ-1.

109. V2 fue diagnosticada con una *“asfixia perinatal severa”* derivada de manera directa del paro respiratorio que presentó V1, quien no fue atendida de inmediato, favorecida por el DPPNI que tampoco fue advertido y manejado oportunamente como quedó analizado en el apartado que antecede, lo que trajo como consecuencia la interrupción de la circulación materno-fetal.

110. De las evidencias descritas y de la opinión emitida por expertos de este Organismo Nacional, se advirtió la inadecuada atención médica brindada a V2 en

Pediatría del HGZ-1 los días 12, 26, 27 de febrero, 1, 3 al 6, 7, 10 y 11, 20 y 21, 24 y 25 de marzo, 2 y 14 de abril de 2014, en razón a las siguientes consideraciones:

111. El 12 de febrero del mismo año, V2 fue canalizada a Pediatría del HGZ-1, AR7 la reportó con “ (...) *no reflejo de succión, con presencia de abundantes secreciones nasales (...) campos pulmonares con presencia de rudeza respiratoria (...) motivo por el cual se solicita IC al servicio de cirugía pediátrica para valoración de realización de gastrostomía*”, omitiendo AR7 gestionar de inmediato el estudio de “*esofagogastroduodenal*” y la valoración del servicio de cirugía pediátrica que requería V2, quien había perdido el reflejo de succión, además del mal manejo de las secreciones que incrementaban el riesgo de broncoaspiración, por tanto, incumplió la fracción V del artículo 61 de la LGS que dispone “ (...) *La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende (...) la atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo (...)*” relacionado con el diverso 99 del RLGS-MPSAM que establece “ (...) *Los responsables de un hospital gineco-obstétrico tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad materno infantil, acatando las recomendaciones que para tal efecto dicten los comités nacionales respectivos (...)*”.

112. En virtud de que V2 presentó ausencia de reflejo de succión, los médicos que la atendieron del 1 al 9 de febrero de 2014, solicitaron una “serie esofagogastroduodenal”, lo cual le fue practicado hasta el 18 de febrero de 2014, debido a que el equipo médico se encontraba descompuesto, como se advierte de los Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería de 4 de febrero del mismo año. El no contar con equipo médico funcional se traduce en una responsabilidad institucional del HGZ-1 para brindar una atención médica de calidad, por lo que se transgredió el artículo 26 del RLGS que dispone “*Los*

establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos (...) que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas (...)", correlacionado con la NOM-016-SSA3-2012 que indica "llevar acabo el mantenimiento preventivo y correctivo de (...) equipamiento mecánico y electromecánico, de acuerdo con los estándares recomendados por el fabricante, su vida útil y las necesidades de la unidad operativa (...)".

113. En la Nota de Cirugía de 26 de febrero de 2014, AR8 asentó que V2 presentaba *"trastorno mecánico de la deglución"* y que requería *"gastrostomía"*, por lo que programó el quirófano para intervenirla, sin embargo, AR8 omitió solicitar laboratoriales y valoración preoperatorios de V2, sin poder establecer cómo cursó el postoperatorio inmediato y mediano, toda vez que no se tiene constancia en el expediente clínico de la Nota Médica del 28 de febrero de 2014, por tanto, AR8 incumplió el artículo 8 del RPM-IMSS que puntualiza: *"El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)"*, relacionado con los puntos 8.8. y 8.8.1 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo a la nota postoperatoria que señala: *"deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo: Diagnóstico preoperatorio"*.

114. El 27 de febrero de 2014, AR8 realizó a V2 una gastrostomía²⁵ bajo anestesia general balanceada, y asentó en la nota postoperatoria: *"(...) se intentó percutáneo sin obtenerse, se puncionó (...) sin pasar sonda Foley. Se realiza"*

²⁵ Es la colocación de una sonda de alimentación a través de la piel y la pared estomacal, que va directamente al estómago.

gastrostomía Stam y se verifica cavidad abdominal, se encuentra sangrado leve en bazo que remitió solo en zona de 2 mm, no complicaciones, incidentes, el mencionado (...) sonda orogástrica y Foley permeable (...)”.

115. Los expertos de este Organismo Nacional precisaron que AR8 omitió una adecuada y estrecha vigilancia en el postoperatorio de V2, para observar su evolución, asimismo debió solicitar radiografía o ultrasonido de abdomen de control, para verificar que la sonda de gastrostomía estuviera colocada adecuadamente y descartar alguna complicación por encontrarse las vísceras abdominales muy cercanas entre sí, ya que su colocación resultó difícil como consta en la nota quirúrgica, lo que se traduce en desatención de la paciente, por tanto, AR8 incumplió lo señalado en el artículo 48 del RLGS-MPSAM que señala “(...) *Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)*”, relacionado con el punto 8.3 de la NOM-004-SSA3-2012, relativa a las notas de evolución en hospitalización que refiere: “*Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día (...)*”, así como el 6.2.3 de la referida norma oficial mexicana que precisa “ (...) *resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan solicitado previamente (...)*”.

116. En la Nota Matutina de 1° de marzo de 2014, AR9 señaló que “*se salió en forma accidental la sonda buco-gástrica*”, colocada a V2 para evitar riesgos de broncoaspiración, sin embargo, AR9 omitió realizar una adecuada exploración física a V2, puesto que no señaló cómo se encontraba la sonda de gastrostomía, la cual más tarde le ocasionó complicaciones, por tanto, inobservó el punto 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012.

117. Los días 3, 5 y 6 de marzo de 2014, AR8 valoró a V2, señalando en la primera *“buen estado de hidratación (...) abdomen blando (...)”*, en la segunda *“comienza dieta, sin datos de dificultad respiratoria”* y en la última precisó *“con dieta bien tolerada, ha presentado vómito en dos ocasiones”*, sin embargo, omitió realizar una exploración física minuciosa y detallada de la región abdominal de V2, con la finalidad de verificar la permeabilidad de la sonda de gastrostomía y solicitar laboratoriales de control, para determinar su estado metabólico y nutricional, por tanto, inobservó lo dispuesto con el punto 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012.

118. El 7 de marzo de 2014, AR8 valoró a V2 encontrándola *“con distensión abdominal, resistencia muscular, resto sin alteraciones, con pronóstico reservado”*. A las 19:32 horas del mismo día, AR10 reportó a V2 con *“distensión abdominal”*, herida quirúrgica sin alteraciones y multipuncionada, por lo cual, previa firma de autorización por parte de los familiares de V2, le realizó bajo anestesia local venodisección yugular externa derecha, sin complicaciones, con pronóstico reservado.

119. AR8 y AR10 a pesar de que reportaron a V2 con distensión abdominal y resistencia muscular, en opinión de los médicos de este Organismo Nacional, omitieron realizar una adecuada y acuciosa exploración física, no solicitaron estudios de laboratorio, radiografía y ultrasonido abdominal, paraclínicos urgentes, toda vez que los síntomas descritos eran indicativos de que V2 presentaba *“abdomen agudo”*, situación que requería atención inmediata, que les hubiera permitido advertir que V2 cursaba con una perforación intestinal, para brindarle la atención oportuna, ya que es una complicación grave, de elevada mortalidad, la cual pasó desapercibida y que favoreció y condicionó la pérdida de la vida de V2.

120. El inadecuado manejo médico de AR8 y AR10 se confirmó con los resultados laboratoriales de 8 y 9 de marzo de 2014, que mostraron en V2 la presencia de “*anemia*²⁶, *leucopenia*²⁷ y “*plaquetopenia severa*²⁸” de acuerdo a la opinión de los expertos de este Organismo Nacional, y a pesar de ello, los referidos galenos omitieron investigar el origen de estas alteraciones hemáticas y tampoco las corrigieron, dado que no existe constancia médica escrita en el expediente de queja. Además, en las indicaciones del 8 y 9 de marzo de 2014, AR11 únicamente anotó que se continuara con el ayuno, el oxígeno a flujo libre, que se transfundiera a V2 paquete globular, reportando la sonda de gastrostomía abierta.

121. Por lo anterior, AR8, AR10 y AR11 no realizaron un adecuado protocolo de estudio y corrección de la anemia, leucopenia y plaquetopenia severa que presentó V2, por tanto, transgredieron lo dispuesto en la fracción III del artículo 27 de la LGS, correlacionado con el diverso 72 del RLGS-MPSAM y los lineamientos 4.11 y 8.1.3 de la NOM-004-SSA3-2012 que precisa que las notas médicas en hospitalización deben contener: “*Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento*”, así como el ordinal 8 del RPM-IMSS.

122. A las 12:10 horas del 10 de marzo de 2014, V2 ingresó a quirófano (tres días después de que se reportó con distensión abdominal), donde AR8 le practicó exploración abdominal con incisión media, disección hasta cavidad y encontró hallazgos quirúrgicos: “*perforación gástrica- colónica y apendicitis*”, complicaciones graves que pasaron desapercibidas por AR8, AR10 y AR11, en particular por AR8, quien intervino quirúrgicamente a V2, sin haber solicitado laboratoriales y valoración preoperatoria, a pesar de que desde el 8 de marzo de

²⁶ Concentración baja de hemoglobina en la sangre.

²⁷ Nivel más bajo de lo normal de glóbulos blancos en la sangre.

²⁸ Es la disminución en el número de plaquetas.

2014, se reportó a V2 con anemia, leucopenia y plaquetopenia severa, que no fueron corregidos, lo cual influyó para deteriorar el estado de salud de V2.

123. AR8, AR10 y AR11 incumplieron lo dispuesto en la fracción II del artículo 61 de la LGS, *relacionado con el diverso 99 del RLGS-MPSAM*, así como el ordinal 7 del RPM-IMSS que puntualiza *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”* y 43 del RPM-IMSS que puntualiza: *“El personal de salud deberá, en todo momento (...) procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente (...)”*.

124. Además AR8 infringió lo dispuesto en el artículo 8 del RPM-IMSS, relacionado con el punto 8.5 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo a la nota preoperatoria que deberá contener como mínimo *“diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios y pronóstico”*.

125. El 10 de marzo de 2014, V2 pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del HGZ-1. El 11 de marzo de 2014, SP8 reportó a V2 con *“(...) tórax con presencia de lesión en hombro derecho, quemadura por reacción química al pegamento de pache (sic) por catéter subclavio (...)”*.

126. Los expertos de este Organismo Nacional precisaron que la quemadura que presentó V2 en hombro derecho, confirma el inadecuado manejo y vigilancia de AR8, AR10 y AR11, quienes omitieron realizar una valoración y exploración física adecuada, que les hubiera permitido observar la lesión que presentó V2, que se

ocasionó por la reacción química del pegamento del material con el que se fijó el catéter subclavio, el cual fue colocado por AR10 el 7 de marzo de 2014.

127. En opinión de los expertos de este Organismo Nacional, no fue posible establecer el grado de quemadura que presentó V2, planos que interesó y sus dimensiones, o si se retiró o no el catéter, debido a que no se refiere en las notas médicas, por tanto, AR8, AR10 y AR11 incumplieron lo establecido en el artículo 8 del RPM-IMSS que puntualiza: “ (...) *El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)*”, relacionado con las notas de evolución que refiere el punto 8.3 de la NOM-004-SSA3-2012 relativa a las notas de evolución que puntualiza: “ (...) *deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día (...)*” y diverso 8.1.2 de la referida Norma Oficial Mexicana relativo a la “*exploración física*”.

128. El 20 de marzo de 2014, AR8 realizó intervención quirúrgica a V2 y reportó como hallazgos operatorios despegamiento de gastrostomía 90%, necrosis de yeyuno 30 cm, necrosis de íleon 30 cm, sin embargo, de acuerdo a la opinión de los expertos de este Organismo Nacional, la dehiscencia²⁹ y evisceración³⁰, las asas intestinales con placas verdosas, el despegamiento del 90% de las gastrostomía y la necrosis de yeyuno e íleon que ameritaron resección de 30 centímetros de intestino, fueron derivadas del procedimiento quirúrgico realizado a V2 el 10 de marzo de 2014, que fueron inadvertidos por AR8, debido a que omitió realizar una detallada exploración física, lo cual le hubiera permitido diagnosticar

²⁹ Separación de las capas de una herida quirúrgica.

³⁰ Salida hacia el exterior de una parte de las vísceras abdominales.

esas complicaciones con la simple inspección y la palpación abdominal, puesto que se aprecia una notoria debilidad de la pared, además de taquicardia, íleo y secreción serohemática constante en la herida quirúrgica. Además, omitió enviar muestras de las porciones resecaadas de intestino a patología.

129. AR8 inobservó lo establecido en el numeral 43 del RPM-IMSS que establece *“El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar (...) un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico, vigente (...) sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento (...)”*, relacionado punto 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, relativo a la exploración física y el lineamiento 8.8.15 de la referida Norma Oficial Mexicana que dispone *“(...) envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e hispatológico (...)”*.

130. El 21 de marzo de 2014, AR10 reportó a V2 con *“evolución tórpida, salida de material fecaloide por sonda orogástrica y distermia”*, como se advierte de la nota de cirugía pediátrica. En opinión de los expertos de este Organismo Nacional, los datos descritos eran sugestivos de “obstrucción o perforación intestinal”, por lo que AR10 omitió solicitar estudios de radiografía de abdomen y laboratorio de urgencia, para determinar el diagnóstico y tratamiento de V2.

131. Lo anterior se confirmó, en virtud que AR8 requirió radiografía de abdomen urgente hasta el 24 de marzo de 2014, dado que al valorar a V2 la encontró con salida de líquido por herida quirúrgica, sin embargo, el referido galeno también omitió realizar una adecuada y detallada exploración física e indicar el paso inmediato de V2 a quirófano al tratarse de un manejo de urgencia, por lo que el 25 del mismo mes y año, le fue practicada a V2 una segunda laparotomía exploradora en la que se observaron *“perforación colónica en colon ascendente,*

aproximadamente 1 cm y otra en anverso de 2 cm y otra de 5 cm (...)”, perforaciones que se debieron a la necrosis isquémica de la mucosa gastrointestinal.

132. AR8 y AR10 incumplieron lo dispuesto en la fracción III del artículo 27 de la LGS, correlacionado con el diverso 72 del RLGS-MPSAM y punto 8.1.3 de la NOM-004-SSA3-2012, que precisa que las notas médicas de hospitalización deben contener: *“Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento”* y el punto 4.11 de la citada Norma Oficial Mexicana que define la urgencia a *“(...) todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata (...)”*

133. El 2 de abril de 2014, SP8 señaló que V2 presentaba *“dehiscencia de piel a nivel de herida quirúrgica en su tercio superior”*; en la misma fecha, AR8 previa autorización de los familiares de V2 intervino quirúrgicamente a V2, al colocarle 3 puntos laterales para cerrar la herida y reportó que el penrose³¹ se salió, sin embargo, en opinión de los peritos de este Organismo Nacional, AR8 omitió describir el sitio y las condiciones en que le fueron realizados dichos procedimientos y si le recolocó o no el penrose, porque no lo mencionan en la nota, por tanto, inobservó lo dispuesto en el ordinal 8 del RPM-IMSS, relacionado con los puntos 8.8 y 8.8.5 de la NOM-004-SSA3-2012 que en relación a las notas postoperatoria *“deberán elaborarla el cirujano que interviene al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo”, “descripción de la técnica quirúrgica”*.

³¹ Tipo drenaje abierto, formado por un fragmento alargado de material de plástico o de goma que se coloca en la herida para permitir la salida de líquido al exterior.

134. El 14 de abril de 2014, AR8 intervino quirúrgicamente a V2 realizando *“cierre parcial de herida y reducción de gastrostomía”*. A las 14:40 de la misma fecha, AR10 reportó a V2 con *“(…) herida QX con datos de proceso infeccioso en piel el cual afecta solo porción de piel, con secreción amarilla escasa (…)”*, refiriendo que requería únicamente manejo médico.

135. En opinión de los expertos de este Organismo Nacional, AR8 y AR10 omitieron brindar manejo para la secreción amarilla que presentó V2, solicitar laboratoriales de control y valoración por el servicio de infectología, sin poder establecer el sitio en el que le fue realizado dicho procedimiento porque no lo asentaron en sus notas médicas, por tanto incumplieron lo señalado en el artículo 8 del RPM-IMSS que indica *“(…) el personal de salud (…) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (…)”* relacionado con el diverso 71 del mismo ordenamiento legal que se pronuncia en similares términos, concatenado con los puntos 6.2 y 6.2.1 de la NOM-004-SSA-2012 establecen respecto a la nota de evolución *“(…) Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente (…) de acuerdo al estado clínico (…)”*, *“(…) evolución y actualización del cuadro clínico (…)”*.

136. El 23 de abril de 2014, los familiares de V2 solicitaron su egreso hospitalario como se advierte de la hoja de alta voluntaria.

D) PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2.

137. El 24 de abril de 2014, V2 ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva del HGD, donde fue reportada grave, con mal pronóstico para la vida, con los diagnósticos

de encefalopatía hipóxica, epilepsia, postoperada de gastrostomía, peritonitis química, postoperada de laparotomía exploradora por perforación intestinal, infección de herida quirúrgica por E.cloacae, sepsis por S.aureus, lo que deterioró la salud de V2 y el 4 de mayo de 2014, presentó paro cardíaco que no revertió a maniobras de reanimación, lo que le ocasionó la muerte.

138. En el acta de defunción se asentó que V2 falleció a las 20:15 del 4 de mayo de 2014 y como causa de la muerte: *“Choque Mixto, Sepsis por enterobacter cloacae, perforación intestinal, entorocolitis necrotizante, endocarditis”*.

139. Las peritos médicos de este Órgano Nacional indicaron que no fue posible establecer a qué hora, cómo y de qué forma fue trasladada V2 al HGD, porque no existe constancia médica escrita anexada al expediente clínico, por tanto, personal del HGZ-1 incumplieron lo puntualizado en el artículo 8 del RPM-IMSS, correlacionado con lo previsto en la NOM-004-SSA3-2012 relativo al apartado de las notas de referencia (traslado) en los punto 6.4, 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3, 6.4.3.1, que establecen *“(...) deberá elaborar un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de: Establecimiento que envía, establecimiento receptor, resumen clínico, que incluirá como mínimo: motivo de envío, impresión diagnóstica (...) terapéutica empleada si la hubo (...)”*.

E) INTERCONEXIÓN ENTRE LOS DERECHOS DE V1 Y V2.

140. Los expertos de este Organismo Nacional señalaron que V2 fue diagnosticada con “asfixia perinatal severa” derivado de manera directa de la inadecuada atención de V1. Al existir esta interrelación del binomio materno-fetal,

el personal médico debió observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, por lo que deben brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

141. Este Organismo Nacional considera que existe una interconexión entre los derechos de V1 y V2, reconocidos en el artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño al precisar una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*. En este sentido, el Comité de los Derechos de los niños señala *“(…) durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño (…)*.³²

142. El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15 *“sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”* reconoció que: *“entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala*

³² Observación General No 15 “Sobre el Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), párrafo 51.

salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto”.

143. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se señala que: *“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la (...) mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...).”*

144. De las evidencias reseñadas y analizadas, se acreditó el deterioro de la salud de V2, derivado de la afectación materno infantil por la inadecuada atención que recibió V1 que influyó en su salud, aunado a las irregularidades en que incurrieron el personal médico de Pediatría del HGZ-1 que impidieron garantizar con efectividad a V2 el derecho a la protección a la salud, que trajo como consecuencia la pérdida de la vida.

145. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido (...).”*³³. También reconoce que

³³ “Caso de los Niños de la calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”, sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

los “derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directamente vinculados con la atención de la salud (...)”³⁴

146. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas.

F) CONCLUSIÓN RESPECTO DE LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DE V1 Y V2.

147. En el presente caso, el personal médico del HGZ-1, debió considerar el estado integral de V1, ya que al no proporcionarle correctamente la atención inmediata que requería, tuvo como consecuencia que sufriera paro respiratorio de diez minutos, que no fue revertido oportunamente, lo que derivó en la pérdida de su vida y ocasionó la interrupción de la circulación materno-fetal que afectó la salud de V2, sumado a la inadecuada atención médica que recibió la neonata, produjo su deceso, contraviniendo lo previsto en el segundo párrafo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que dispone: “(...) *no podrá restringirse ni suspenderse el ejercicio de los derechos a la vida (...)*” y el numeral 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

148. De todo lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 y V2, contenidos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º,

³⁴ “Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador”, sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 117.

párrafo cuarto, 29 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 2, fracciones I, II y V; 3° fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero, 61, fracción I y II; 61 Bis de la LGS; 8, fracción I y II, 9, 21, 26, 87, y 48 del RLGS-MPSAM; 1, 4 fracción II, 6, 7, 8, 43 del RPM- IMSS, el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, NOM-007-SSA2-1993, NOM-016-SSA3-2012, NOM-027-SSA3-2013 y la GPC-PDT-SCHS-RN-STNA.

149. En los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”); 10.1, 10.2, incisos a), y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 10.2. 12.1 y 12.2, inciso d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I, VII y XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se señala el derecho a la vida, la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, especialmente de las mujeres en estado de gravidez, el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, entre las que debe figurar la reducción de la mortalidad materna.

150. Además de los anteriores instrumentos internacionales, para V2 aplican los artículos 15 y 28 de la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y

adolescentes vigente al momento de los hechos; 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño.

G) VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA INTEGRIDAD PERSONAL, Y A CONOCER LA VERDAD RESPECTO A LA ATENCIÓN MÉDICA (INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO) DE V1 Y V2.

151. De acuerdo con el principio de interdependencia, los derechos se encuentran vinculados entre sí, razón por la cual la afectación de uno repercute en los otros, como en el presente caso, toda vez que la violación del derecho a la protección de la salud de V1 y V2, de manera transversal les transgredió otros derechos, lo que se analiza en el presente apartado.

G.1. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1 Y V2.

152. En el caso particular fue vulnerado el derecho a la integridad personal de V1 y V2. En el aspecto físico, para que un ser humano pueda desarrollarse y gozar su vida, requiere de un buen funcionamiento de su cuerpo y de sus órganos, por lo que el derecho humano a la integridad física, lo protege contra ataques a su cuerpo o a su salud, que le causen alguna enfermedad o algún tipo de discapacidad. En el aspecto psicológico, el ser humano debe ser protegido contra todo ataque que lo afecte en su salud mental. En el aspecto moral, la persona humana no debe ser afectada en su capacidad y autonomía para conservar,

cambiar y desarrollar sus valores. Es por ello, que el derecho a la integridad personal se relaciona con otros derechos fundamentales, tales como el derecho a la vida y a la protección de la salud.

153. El derecho a la integridad personal está relacionado con el derecho a la protección de la salud, puesto que deben proporcionarse servicios de salud adecuados y oportunos de salud materna para garantizar el derecho a la integridad personal del binomio madre-hijo.

154. La violación al referido derecho en agravio de V1 y V2 implicó no haber garantizado una atención médica adecuada, en el caso de V1 al no brindarle la atención oportuna que requería y se le atendió hasta que presentó un paro respiratorio que no fue tratado de manera adecuada, lo que más tarde le produjo la pérdida de la vida. Respecto a V2 además de la condición de salud en la que se encontraba debido a que nació con “asfixia perinatal severa”, que ya afectaba su integridad física, se sumaron las múltiples intervenciones quirúrgicas que le dejaron alteraciones físicas en su cuerpo como “herida quirúrgica multipuncionada, perforación intestinal y gástrica, quemadura en hombro derecho”, lo cual deterioró su salud que derivó en la pérdida de la vida.

155. El derecho a la integridad física y mental está reconocido en el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

G.2. DERECHO A CONOCER LA VERDAD RESPECTO A LA ATENCIÓN MÉDICA DE V1 y V2. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

156 De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 y V2 en el HGZ-1, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango, matrícula del médico tratante, algunos datos son ilegibles y presentan abreviaturas, por tanto, infringieron los lineamientos establecidos en el puntos 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece: “ (...) *Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)*”, así como el diverso 5.11 de la citada norma que indica: “ (...) *Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)*”.

157. Además AR8, AR10 y AR11 no elaboraron notas médicas, en consecuencia, transgredieron lo establecido en el artículo 8 del RPM-IMSS que puntualiza: “ (...) *El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)*”.

158. De igual forma, se observó que AR5 no recabó la firma de algún familiar de V1, para obtener su consentimiento para la práctica de cesárea, toda vez que se advierte la ausencia de firma de la persona que otorga autorización en la “Carta de Consentimiento Bajo Información para Hospitalización, Tratamiento y/o

Procedimiento o Intervención Quirúrgica” de 13 de enero de 2014, debido a las repercusiones desfavorables que presentó V1, en las que se encontraba en riesgo su vida y la del producto de la gestación, por tanto, AR5 contravino el artículo 88 del RPM-IMSS que refiere: “(...) *Cuando fuera necesario el tratamiento quirúrgico del paciente se requerirá el consentimiento informado del mismo, por escrito en el formulario establecido, o de su familiar o su representante legal cuando el enfermo no pueda hacerlo(...)*”, relacionado con el diverso 82, fracción V del RLGS-MPSAM que puntualiza: “(...) *El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este Reglamento, deberá contener: V. Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización (...)*”, así como el punto 4.2 de la NOM-004-SSA3-2012 que indica: “(...) *los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente (...)*”.

159. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

160. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, han sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo

Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 51/2015 y 52/2015 en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en que las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos

161. La sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”³⁵, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que: “(...) *la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes*

³⁵ Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.”

H) DERECHO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA V1.

162. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 se afectó, toda vez que el Estado no le garantizó una atención médica de calidad durante su embarazo, por tanto, tal circunstancia repercutió en su derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento.

163. Este derecho se encuentra previsto en el artículo 4° de la Constitución al decir: “ (..) *Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos*”. Por su parte el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

164. En el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, señaló que los derechos reproductivos *“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el*

derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”. Asimismo sostuvo que: “ (...) la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”.³⁶

165. Este Organismo Nacional tiene presente que la atención médica que se brindó a V1 fue inadecuada como se analizó en el apartado correspondiente, toda vez que la actuación de los médicos incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento, pues de las constancias que integran el expediente, se advierte que V1 era viable y la inadecuada atención médica que recibió influyó en la gravedad del estado de salud de V2, que derivó en la pérdida de la vida de ambas, lo que evidencia la vulneración al derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1, pues se le imposibilitó su decisión del número de hijos.

I) DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1.

166. De la queja de V3 se advierte que no le proporcionaron la atención médica inmediata que requería V1 por el estado grave que padeció (apnea), además la emergencia obstétrica (DPPNI), le causó la pérdida de la vida y originó complicaciones que trascendieron a V2, lo que se traduce en violencia obstétrica por parte de AR1, AR2, AR4, AR5 y AR6, del HGZ-1.

³⁶ “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No 257. Párr. 147 y 148.

167. 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 y 46, fracciones II, y X, la responsabilidad del Estado para *“la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia en contra de las mujeres”*; *“brindar 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 *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*. Esta Comisión Nacional advierte que el trato otorgado por parte del personal del HGZ-1 configuró violencia obstétrica, en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III, de su Reglamento.³⁷

168. La violencia obstétrica, tiene dos modalidades, la física que se configura cuando se *“se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”*³⁸; y la psicológica que se presenta ante *“el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”*.³⁹

³⁷ Estos preceptos, contenidos en la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* contemplan la obligación de evitar *“dilatarse, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*, entre ellas, la obstétrica, aplicar *“las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia”* y *“respetar los derechos humanos de las mujeres”*.

³⁸ Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009.

³⁹ *Ibidem* 41

169. Este Organismo Constitucional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de “calidad en la atención médica”, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico.

170. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a vivir una vida libre de violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), se pronunció respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración sobre la *“prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*,⁴⁰ reconociendo que: *“El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”*.

171. La violencia obstétrica es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Por lo que atendiendo los diversos conceptos que existen en las referidas Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género,

⁴⁰ Declaración de la OMS: “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, (2014), sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1 , visitado el día 22 de agosto de 2014.

cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

172. El deber de analizar las presuntas violaciones a derechos humanos con perspectiva de género, implica emitir las consideraciones necesarias para reivindicar los derechos de la mujer, en atención a ello, este Organismo Protector de Derechos Humanos, recomienda al Director del IMSS que se diseñe e imparta a los servidores públicos del HGZ-1, cursos y/o talleres de capacitación y formación en materia de derechos humanos, mismos que deberán ser impartidos con perspectiva de género, y deberán versar sobre derechos reproductivos, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, durante la atención médica; lo anterior para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento.

173. AR1, AR2, AR4, AR5 y AR6 del HGR-1, cometieron violencia obstétrica en su dimensión física, puesto que no consideraron el estado integral de V1 que ameritaba atención inmediata y eficaz, la cual no le fue brindada en el momento que la requería, lo que derivó en su deceso y secuelas graves para V2, por tanto, los referidos galenos son responsables de la violación al derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 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”), y los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2

(Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que establecen el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer; y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

J) VIOLACIÓN AL PRINCIPIO DE INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2.

174. De las evidencias reseñadas y analizadas, se advirtió que AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 no atendieron la condición de V2, es decir, niña, recién nacida y menor de edad, que pertenece a un grupo de población vulnerable, al no proporcionarle una atención con calidad para proteger y restaurar su salud, que derivó en la pérdida de la vida, a pesar de que se encontraba en un hospital de segundo nivel con médicos especialistas.

175. El artículo 4º, párrafo noveno constitucional, respecto al principio del interés superior dispone: *“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. (...)”*.

176. La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, vigente al momento de los hechos, establecía en el artículo 2º, que: *“Para los efectos de esta ley, son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos (...)”* y el diverso 3, inciso A, numeral 3 señala: *“Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños (...): A. El del interés superior de la infancia (...)”*.

177. La Convención de los Derechos del Niño, en el artículo 3 puntualiza “ (...) *En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las autoridades o entidades públicas (...) la consideración primordial será el interés superior del niño (...).*”

178. La Observación General No 14, Sobre el Derecho del Niño a que su Interés Superior sea una Consideración Primordial (Artículo 3, párrafo 1) señala que “*La plena aplicación del concepto del interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana (...).*”

179. El Comité de los Derechos del Niño ha sostenido que el interés superior de la niñez es un concepto triple: “*un derecho sustantivo⁴¹, un principio jurídico interpretativo fundamental⁴² y una norma de procedimiento⁴³”.*

180. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que “*(...) que los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte (...) Estado (...) su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...).*”⁴⁴

⁴¹ Número 6, inciso b). El derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño (...). ”

⁴² Numeral 6, inciso b) Si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño.

⁴³ Numeral 6, inciso c) Siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto (...) el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño (...).

⁴⁴ Caso González y Otras (“Campo Algodonero”) Vs. México, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), párrafo 103 y 104.

181. Lo anterior, implica que en la medida en que el interés superior de la niñez sea una consideración primordial, se tomará la decisión que más satisfaga la atención médica integral de la salud de un niño o niña, frente a los riesgos y efectos secundarios, lo que en el caso particular no aconteció, debido a las irregularidades descritas por parte del personal médico de Pediatría del HGZ-1 respecto a V2, que en opinión de los expertos de este Organismo Nacional, no le brindaron la atención oportuna y adecuada, lo cual deterioró su salud y derivó en la pérdida de la vida.

182. Por lo expuesto, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 transgredieron los artículos 4º, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3 inciso A, 4, de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, vigente al momento de los hechos; 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren niñas y niños, se deben atender primordialmente el interés superior de la niñez.

183. Los artículos 1º, fracciones I y II, 6, fracciones I, II, y VI, 13, fracción I, 14, todos de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes⁴⁵, reconocen el deber del Estado de proteger el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo de los niñas, niños y adolescentes. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional, que dicha legislación fue publicada con fecha posterior al

⁴⁵ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014.

momento en que ocurrieron los hechos, sin embargo, este Organismo Nacional tiene presente el contenido de dichos preceptos, con la finalidad de otorgar una protección más amplia, y considerando el interés superior de niño.

184. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 (que intervinieron en la atención de V1), AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 (que atendieron a V2) incumplieron las obligaciones contenidas en los artículo 8°, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

185. Q1 en su escrito de queja señaló que personal del HGZ-1 les comunicó que V1 había fallecido sin darles explicación alguna. De igual manera, Q2 afirmó que no fue informado de la gravedad de V2, de las cirugías que le fueron practicadas y del tratamiento que se le estaba suministrando. De lo señalado por Q1, se desprende de la Nota Inicial y de Evolución de 14 de enero de 2014, firmada por SP2, que hizo la propuesta a los familiares de realizar la necropsia a V1 para conocer las causas de la muerte, la cual no aceptaron. En cuanto a V2, obran en el expediente clínico diversas constancias del consentimiento informado a los familiares de V2, respecto a la atención médica y las cirugías que fueron motivo de observación en la presente recomendación. Este Organismo Nacional destaca que es necesario mantener a los familiares enterados de manera clara, real y completa del estado de salud del paciente para que puedan intervenir en las decisiones respecto a los tratamientos y resoluciones quirúrgicas de sus familiares.

k) REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

186. Es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2 y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevé la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

187. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción IV y V, 74, 88, fracciones II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas⁴⁶, al acreditarse violaciones a los

⁴⁶ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

derechos humanos que han quedado precisados en la presente Recomendación, que derivaron en la pérdida de la vida de V1 y V2, se deberá inscribir a V1, V2, Q2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

189. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“...toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“...las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados,*

*así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.*⁴⁷

190. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que:“(…) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).*”⁴⁸ En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, que derivó en la pérdida de la vida de ambas, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Daño al proyecto de vida.

191. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos mencionados causaron un daño al proyecto de vida de Q2, V3 y V4, puesto que la pérdida de la vida de V1 y V2, originó un menoscabo de su desarrollo personal, puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accedería a las mismas con su pareja y su hija (en el caso de Q2), progenitora y hermana (en el caso de V3 y V4). Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “*el proyecto de vida*” como “(…) *la realización*

⁴⁷ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

⁴⁸ Sentencia del 29 de julio de 1988, “*Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” (Fondo), párrafo 175.

*integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial (...)*⁴⁹

II. Rehabilitación

192. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a Q2, V3, V4 y demás familiares de V1 y V2 que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género a fin de contrarrestar el sufrimiento derivado de la muerte de V1 y V2. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser

⁴⁹ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrafos 147 y 148.

valorada por el personal con especialidad de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

III. Satisfacción

193. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades recomendadas deberán iniciar las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1 y V2 que derivó en la pérdida de la vida de ambas.

IV. Garantías de no repetición

194. Éstas 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 otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, por ello, es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal y derechos reproductivos a todo el personal del HGZ-1, asimismo, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, NOM-004-SSA3-2012, NOM-027-SSA3-2013 y NOM-016-SSA3-2012 y el contenido de la GPC-DTHO-SMEPI, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de las mujeres embarazadas y las niñas y niños. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar

disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad.

195. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HGZ-1, en la que se les requiera entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la LGS, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de la referida Ley.

V. Compensación.

196. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación a los familiares de V1 y V2 que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a su salud, del daño a su proyecto de vida y por la pérdida de la vida de V1 y V2, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del HGZ-1 en los términos descritos en esta Recomendación.

197. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, 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 inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente y se formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrados.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a Q2, V3 y V4, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del HGZ-1, involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente, que derivaron en la pérdida de la vida en agravio de V1 y V2, que incluyan una compensación y se les proporcione atención médica, psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se adopten las medidas necesarias para que en todos los hospitales del IMSS que brinden el servicio de urgencias, especialmente el HGZ-1, sea

oportuna y de calidad, con la finalidad de efectuar un diagnóstico temprano que permita establecer un tratamiento para atenuar, detener o en su caso revertir la gravedad que presentan los pacientes; además de que se cumplan los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir un curso integral de capacitación a todos los servidores públicos adscritos al HGZ-1, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal, y de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya que los servidores públicos del HGZ-1, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del HGZ-1, en la que se les requiera entregar copia de la

certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno del Control del IMSS, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 relacionados con los hechos de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República, por ser AR2, AR4 y AR5, AR8, AR10 y AR11 (por la inadecuada atención de V1 y V2 que derivó en la pérdida de la vida de ambas), y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

OCTAVA. Inscribir a V1, V2, V3, V4, Q2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

198. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer 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 u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

201. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ