



## **Comisión Nacional de los Derechos Humanos**

### **RECOMENDACIÓN No. 71/2018**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V1 Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2 Y V3, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 197 DEL IMSS EN TEXCOCO, ESTADO DE MÉXICO.**

Ciudad de México, a 18 de diciembre de 2018.

**LIC. GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES  
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 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2016/1293/Q**, relacionado con la queja presentada por V2 y V3.

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, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 3º, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información; 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.

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
ONG	Organización No Gubernamental

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y Norma Oficial Mexicana se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad de Medicina Familiar No. 84 del IMSS en el Estado de México.	Unidad de Medicina Familiar 84
Hospital General de Zona No. 197 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Texcoco, Estado de México.	Hospital General 197
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General “Gaudencio Gonzalez Garza” Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Centro Médico “La Raza”

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”.	NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”
---	---

## I. HECHOS.

4. El 31 de enero de 2016, V3 presentó queja ante este Organismo Nacional, en la que solicitó apoyo para que se diera atención médica oportuna a su hija V1 (recién nacida) y se le practicara un estudio que requería en el Hospital General 197 a fin de que se diagnosticara su padecimiento.

5. El 1º de febrero de 2016, el Subdirector Médico del Hospital General 197 informó a este Organismo Nacional, que V1 presentaba hipertrofia pilórica (engrosamiento de la apertura entre el estómago y el intestino delgado), por lo que requería un estudio de fluoroscopia (técnica para obtener imágenes en tiempo real de las estructuras internas de los pacientes mediante el uso de un fluoroscopio) el cual se le realizaría el 2 o 3 de ese mismo mes y año, sin que fuera necesario solicitar apoyo de diverso hospital porque el fluoroscopio se repararía y V1 no cursaba alguna urgencia médica.

6. El 2 de febrero de 2016, V3 indicó que el Director Médico del Hospital General 197, indicó que a V1 se le diagnosticó con hipertrofia congénita de píloro, por lo que le realizaría una cirugía de piloroplastía, sin que se requiriera el estudio de fluoroscopia.

7. El 4 de febrero de 2016, AR1 operó a V1 y la diagnosticó con “estenosis hipertrófica de píloro”, por lo que ordenó su ingreso a cunero patológico para seguimiento postquirúrgico.

**8.** En esa misma fecha, AR3 reportó a V1 con dolor a la palpación, sin que indagara su origen, misma omisión en que incurrieron AR1, AR2, AR4, AR5 y AR6, lo que propició que el estado de salud de V1 evolucionara al detrimento, debido a que presentó crecimiento del perímetro abdominal, vómitos, ausencia de evacuaciones y septicemia, por lo cual se ordenó su traslado al Centro Médico “*La Raza*”.

**9.** En este último, se reportó a V1 en malas condiciones generales, se le realizó de urgencia laparotomía exploradora y se le diagnosticó con perforación pilórica secundaria a piloromiotomía (intervención quirúrgica que se realiza en lactantes para el tratamiento de estenosis pilórica hipertrófica, se manifiesta con vómitos de repetición en las primeras semanas de vida e intolerancia al alimento), reportada con pronóstico reservado a evolución y pese a la oportuna atención médica que recibió, dado el estado de salud en que arribó, V1 lamentablemente perdió la vida el 8 de febrero de 2016.

**10.** El 12 de febrero de 2016, V2 y V3 presentaron escrito de ampliación de queja y el 25 de agosto de ese mismo año, uno diverso a través de la ONG, en el cual indicaron su inconformidad con la atención médica de V1 y V2.

**11.** En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente CNDH/1/2016/1293/Q y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V1, V2 y V3, se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

**12.** El 5 de septiembre de 2016, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó procedente el Expediente de Queja desde el punto de vista médico, lo que hizo del conocimiento a Servicios Jurídicos en la Delegación México Oriente y ordenó se diera vista al Órgano Interno de Control e implementaran medidas preventivas y correctivas para evitar casos similares al presente.

**13.** El 19 de septiembre de 2017, V2 recibió un pago de cierta cantidad por concepto de indemnización.

## **II. EVIDENCIAS.**

**14.** Escrito de queja presentado en este Organismo Nacional vía correo electrónico del 31 de enero de 2016, mediante el cual V3 comunicó las irregularidades en la atención médica de su hija V1 por el personal del Hospital General 197.

**15.** Acta Circunstanciada de 31 de enero de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada al área de gestión del IMSS para el seguimiento de la queja de V3.

**16.** Correo electrónico de 1º de febrero de 2016, a través de cual el Subdirector Médico del Hospital General 197 informó a este Organismo Nacional, que AR2 le comunicó a V2 el estado de salud de V1 y agregó que su situación no se consideraba urgencia médica para que se requiriera apoyo a diverso hospital,

aunado a que el 2 de ese mismo mes y año, realizaría la solicitud para componer el fluoroscopio.

**17.** Correo electrónico de 1º de febrero de 2016, mediante el cual el IMSS indicó a este Organismo Nacional, que el Subdirector Médico del Hospital General 197 informó que V1 presentaba “*hipertrofia pilórica*”, que requería un estudio de fluoroscopia y que dicho hospital contaba con recursos necesarios para que continuara su atención médica.

**18.** Acta Circunstanciada de 2 de febrero de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica de V2, quien informó que V1 requería una cirugía, sin embargo, un cirujano (de quien se desconocen datos) solicitó un estudio que no se le realizó porque no había aparato. Enseguida se entabló comunicación al IMSS, donde informaron que a V1 le realizarían un ultrasonido y si el diagnóstico resultaba positivo, la operarían; en caso contrario, le realizarían dicho estudio (fluoroscopia). Posteriormente V2 indicó que el ultrasonido reportó a V1 con “*intestino tapado y con carnosidad*”, por lo que la operarían ese mismo día o al siguiente.

**19.** Correo electrónico de 2 de febrero de 2016, mediante el cual el IMSS comunicó a este Organismo Nacional, que el Director Médico del Hospital General 197 indicó que V1 fue diagnosticada con hipertrofia congénita de píloro, por lo que se le programó para una cirugía, el 3 de ese mismo mes y año, por tanto, ya no sería necesaria la serie esófago-gastroduodenal.

**20.** Correo electrónico de 4 de febrero de 2016, a través de cual el IMSS informó a este Organismo Nacional, que la cirugía de V1, se realizó con éxito.

**21.** Acta Circunstanciada de 5 de febrero de 2016, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada a V3, en la que la progenitora de éste indicó que V1 permanecía en piso con pre-alta y sin sangrado.

**22.** Acta Circunstanciada de 12 de febrero de 2016, mediante la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la comparecencia de V2 y V3, en la que entregaron su ampliación de queja e informaron que V1 falleció el 8 de febrero de 2016 en el Centro Médico “*La Raza*”.

**23.** Oficio 095217614BB1/0669 de 31 de marzo de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, lo siguiente:

**23.1.** Informe de 23 de marzo de 2016, a través del cual, el Jefe de Admisión Continua Pediátrica adscrito al Centro Médico “*La Raza*” informó los antecedentes, diagnóstico y tratamiento otorgado a V1.

**23.2.** Informe sin fecha, a través del cual el Jefe del Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Centro Médico “*La Raza*” informó los antecedentes, diagnóstico, tratamiento y estudios de gabinete realizados a V1.

**24.** Oficio 095217614BB1/0803 de 15 de abril de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional la siguiente información:

**24.1.** Oficio 150105260200/DIR/0934/16 de 31 de marzo de 2016, a través del cual el Director Médico del Hospital General 197 refirió de manera cronológica los antecedentes, diagnóstico, tratamiento, estudios de laboratorio y gabinete de V1, así como lo relacionado con su cirugía.

**24.2.** Informes de AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR8, así como del personal médico pediatra involucrado en la atención de V1 en el Hospital General 197.

**24.3.** Informe de 30 de marzo de 2016, a través del cual el Jefe de Cirugía Pediátrica adscrito al Centro Médico “*La Raza*” informó los antecedentes, diagnóstico y tratamiento proporcionado a V1.

**24.4.** Oficio 150105260200/DIR/0935/16 de 31 de marzo de 2016, mediante el cual el Director Médico del Hospital General 197 informó que el equipo de fluoroscopia estuvo descompuesto, sin embargo, se llevaron a cabo acciones para la atención de V1, así como para la reparación y mantenimiento de dicho equipo.

**24.5.** Copia certificada del expediente clínico de V1 con motivo de su atención médica en el Hospital General 197, del cual se destacó lo siguiente:

**24.5.1.** Nota de valoración de urgencias –adultos- de 27 de enero de 2016, en la que AR7 reportó a V1 con probable “*ERGE*”, esto es, enfermedad por reflujo gastroesofágico contra mala técnica de alimentación e intolerancia a la vía oral, por lo cual solicitó su



valoración y protocolo por pediatría ante probable hipertrofia pilórica (aumento anormal del volumen del estómago) y “coproestasis” (acumulación de materia fecal en el intestino grueso). Omitió nombre completo.

**24.5.2.** Nota de ingreso a lactantes de 28 de enero de 2016, a través de la cual se solicitó estudios de laboratorio, ultrasonido abdominal y serie esófago-gastroduodenal ante la sospecha de que V1 cursara con hipertrofia congénita de píloro.

**24.5.3.** Nota de evolución matutina de 28 de enero de 2016, a través de la cual un médico pediatra solicitó una serie esófago-gastroduodenal para confirmar el diagnóstico de V1.

**24.5.4.** Solicitud de serie esófago-gastroduodenal de 28 de enero de 2016, en cuya parte lateral izquierda se advirtió escrito a mano “*no funciona sala de fluoroscopia*”.

**24.5.5.** Nota de evolución vespertina de 28 de enero de 2016, en la que un médico pediatra indicó que el ultrasonido abdominal de V1 la reportó en parámetros límites, por lo que el área de cirugía pediátrica sugirió se le realizara una serie esófago-gastroduodenal “*SEGD*”, sin embargo, no funcionaba la sala de fluoroscopia.

**24.5.6.** Nota de evolución nocturna de 28 de enero de 2016, en la que se reportó a V1 en espera de la serie esófago-gastroduodenal para normar conducta a seguir.

**24.5.7.** Nota de evolución matutina de 29 de enero de 2016, a través de la cual la médica pediatra reportó a V1 estable con tolerancia a la fórmula láctea e indicó que V2 comentó que no había fluoroscopia para el estudio solicitado por cirugía pediátrica.

**24.5.8.** Notas de evolución del 29 de enero de 2016, en las que AR5 y AR8 reportaron que V1 estaba en espera de la serie esófago-gastroduodenal con fluoroscopia. AR8 omitió asentar nombre completo.

**24.5.9.** Nota de evolución matutina de 30 de enero de 2015 (sic, debe ser 2016), mediante la cual AR2 reportó a V1 con vómito e intolerancia a la vía oral a pesar del ayuno, aún pendiente la serie esófago-gastroduodenal y su revaloración por cirugía pediátrica.

**24.5.10.** Nota de evolución nocturna del 30 de enero de 2016, en la que AR3 reportó a V1 muy delicada y en *“espera de resolución quirúrgica”*.

**24.5.11.** Nota de evolución matutina de 31 de enero de 2015 (sic, debe ser 2016), mediante la cual AR2 reportó a V1 en ayuno, delicada y en espera de la serie esófago-gastroduodenal en cuanto se cuente con el servicio de fluoroscopia y su valoración por el cirujano pediatra.

**24.5.12.** Nota de evolución turno vespertino de 31 de enero de 2016, en la cual se indicó que V1 continuaba en espera de la serie

esófago-gastroduodenal “*SEGD*” para confirmar el diagnóstico de hipertrofia congénita de píloro.

**24.5.13.** Nota de evolución nocturna de 31 de enero de 2016, en la cual se reportó a V1 como delicada.

**24.5.14.** Notas de evolución vespertina y nocturna del 1º de febrero de 2016, en las que un médico pediatra y AR4 indicaron que el ultrasonido abdominal reportó el píloro de V1 dentro de límites normales y debido a que continuaba con vómitos, esperarían la serie esófago-gastroduodenal que estaba pendiente por descompostura de fluoroscopio.

**24.5.15.** Nota de evolución de pediatría de 2 de febrero de 2016, en la que se diagnosticó a V1 con probable hipertrofia congénita de píloro contra enfermedad por reflujo gastroesofágico severo e hiperbilirrubinemia (aumento de bilirrubina en la sangre) y debido a que no funcionaba el fluoroscopio, solicitó interconsulta a cirugía pediátrica.

**24.5.16.** Nota de valoración de cirugía pediátrica de 2 de febrero de 2016, en la que AR1 reportó que el ultrasonido realizado a V1 confirmó que presentaba estenosis hipertrófica de píloro, por lo que solicitó se corrigiera su cuadro de anemia para una piloromiotomía. Omitió asentar nombre completo.

**24.5.17.** Nota de evolución nocturna de 2 de febrero de 2016, en la que AR3 reportó que transfundió sangre a V1 para la cirugía.

**24.5.18.** Notas de evolución del 3 de febrero de 2016, en las que AR2, AR4 y AR5 precisaron que los tiempos de coagulación de V1 se reportaron normales y que se le transfundió sangre para que ingresara a quirófano al siguiente día.

**24.5.19.** Nota de valoración de cirugía pediátrica de 4 de febrero de 2016, en la que AR1 ordenó que V1 pasara a quirófano para la realización de la piloromiotomía.

**24.5.20.** Nota de anestesia de 4 de febrero de 2014, en la que se indicó el tipo de anestesia que se aplicaría a V1.

**24.5.21.** Carta de consentimiento bajo información respecto al procedimiento anestésico que se aplicaría en V1.

**24.5.22.** Carta de consentimiento bajo información del servicio de cirugía pediátrica de “22-01-16”, advirtiéndose sobrescrito “02-02-16”, en la cual se estableció que a V1 le realizarían una piloromiotomía urgente por estenosis hipertrófica del píloro, precisando los riesgos y beneficios de la cirugía.

**24.5.23.** Dos notas de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 4 de febrero de 2016, la primera sin datos en el rubro del registro de la operación, firma del cirujano, descripción de técnica, complicaciones y observaciones; en tanto, la segunda se apreció sin firma del personal legalmente responsable.

**24.5.24.** Nota postoperatoria de las 10:15 horas del 4 de febrero de 2016, en la que AR1 reportó a V1 como delicada.

**24.5.25.** Notas de evolución matutina y nocturna de 4 de febrero de 2016, a través de las cuales AR2 y AR3 reportaron que el estado de salud de V1 era delicado con pronóstico reservado a evolución.

**24.5.26.** Nota médica de cirugía pediátrica de 5 de febrero de 2016, en la que AR1 indicó que V1 inició la vía oral con vigilancia a la tolerancia e incremento de ésta a fin de que egrese en las siguientes 24 horas, reportándola delicada.

**24.5.27.** Nota de evolución matutina de 5 de febrero de 2016, en la que AR2 reportó a V1 con pronóstico bueno para la vida y función.

**24.5.28.** Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 5 de febrero de 2016, en los que se reportó el aumento del perímetro abdominal de V1.

**24.5.29.** Nota de evolución vespertina del 5 de enero de 2016 (sic, debe ser febrero) en la que AR5 reportó que V1 se encontraba con signos vitales aceptables y pronóstico reservado a evolución.

**24.5.30.** Nota de evolución nocturna de 5 de febrero de 2016, en la que AR4 reportó a V1 con adecuada tolerancia a la vía oral y en espera de que egresara.

**24.5.31.** Nota de evolución matutina de 6 de febrero de 2016, en la que AR2 indicó que el personal de enfermería reportó que V1

presentó vómito a las 06:00 horas de contenido lácteo y biliar verdoso escaso, sin que evacuara, por lo cual le realizó un lavado gástrico sin que contara con datos de alarma abdominal.

**24.5.32.** Nota de evolución vespertina de 6 de enero de 2015 (sic), en la que AR6 diagnosticó a V1 con septicemia no específica, obstrucción intestinal probable íleo, postoperada de piloromiotomía, anemia corregida, trombocitopenia, desnutrición, acidosis metabólica y dificultad respiratoria leve secundaria.

**24.5.33.** Nota de las 18:40 horas de 6 de febrero de 2016, en la cual AR6 reportó a V1 con distensión abdominal importante, encontrándola muy grave, lo que informó a V3.

**24.5.34.** Nota de envío a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales “UCIN” de 6 de febrero de 2016, en la cual AR3 solicitó la revaloración de V1 por cirugía pediátrica ante los datos de respuesta inflamatoria sistémica y abdomen agudo que presentaba.

**24.5.35.** Nota de alta hospitalaria de 7 de febrero de 2016, en la que un médico pediatra ordenó el traslado de V1 a tercer nivel de atención médica con diagnóstico “*postoperado de piloromiotomía, perforación intestinal, acidosis metabólica y choque distributivo*”.

**24.6.** Copia certificada del expediente clínico de V1 con motivo de la atención médica que recibió en el Centro Médico “La Raza”, del cual se destacó lo siguiente:

**24.6.1.** Nota de ingreso al servicio de urgencias de 7 de febrero de 2016, en la cual se diagnosticó a V1 como: *“recién nacida de 1 mes, postoperada de piloroplastía con probable perforación intestinal y sepsis secundaria”* con pronóstico ligado a evolución y riesgo elevado de muerte.

**24.6.2.** Nota de recepción (sic) de 7 de febrero de 2016, en la que se reportó a V1 inestable hemodinámicamente con datos de choque séptico, acidosis metabólica y alto riesgo de muerte.

**24.6.3.** Hoja de valoración preanestésica de 7 de febrero de 2016, relacionada con la laparotomía exploradora que se realizaría de urgencia a V1.

**24.6.4.** Carta de consentimiento bajo información de 7 de febrero de 2016, en la que a V1 se le realizaría una cirugía urgente por perforación intestinal, indicándole a V2 los riesgos y beneficios.

**24.6.5.** Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 7 de febrero de 2016, en la que se indicó que a V1 se le realizó laparotomía exploradora con alta probabilidad de desenlace fatal a corto plazo.

**24.6.6.** Nota de evolución matutina y recepción de quirófano de 7 de febrero de 2016, en la que se reportó a V1 postoperada de laparotomía exploradora por perforación pilórica secundaria a piloromiotomía por hipertrofia pilórica, cierre de perforación y drenaje de cavidad con pronóstico reservado a evolución.

**24.6.7.** Nota de evolución nocturna y nota de cirugía pediátrica de 8 de febrero de 2016, en las cuales se reportó a V1 muy grave con alto riesgo de fallecer, lo cual se informó a sus familiares.

**24.6.8.** Nota de egreso de urgencias pediátricas por defunción de 8 de febrero de 2016, en la que personal médico asentó como hora de su fallecimiento las 09:50 horas.

**25.** Escrito de ampliación de queja recibido en este Organismo Nacional el 25 de agosto de 2016, a través del cual V2 se inconformó con la atención médica recibida durante su control prenatal y autorizó a personal de la ONG para el seguimiento.

**26.** Oficio 095217614BB1/2229 de 3 de octubre de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional las siguientes constancias:

**26.1.** Oficio 15.68.01.0.144/1187/2016 de 27 de septiembre de 2016, a través del cual el director de la Unidad Médica Familiar 84 refirió los antecedentes, diagnóstico y tratamiento que se otorgó a V2 durante su control prenatal.

**26.2.** Oficio 150105260200/DIR/5640/16 de 29 de septiembre de 2016, a través del cual el Director Médico del Hospital General 197 indicó la atención médica, antecedentes, diagnóstico y tratamiento otorgado a V2 durante su control prenatal, así como respecto a la cirugía de V1.



**27.** Oficio 095217614BB1/2393 de 20 de octubre de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional lo siguiente:

**27.1.** Copia del oficio 36A1022153/1352 de 4 de octubre de 2016, mediante el cual el Director Médico del Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico “*La Raza*” informó la atención médica otorgada a V2 durante su control prenatal.

**27.2.** Copia de los informes médicos de 6 de octubre de 2016, mediante los cuales el Jefe de Admisión Continua Pediátrica y el Jefe de Cirugía Pediátrica adscritos al Centro Médico “*La Raza*” refirieron los antecedentes, diagnóstico y lo relativo a la cirugía realizada a V1.

**27.3.** Copia de cinco informes mediante los cuales diverso personal médico del Hospital General 197 que intervino en la atención médica de V2 describió su participación.

**27.4.** Copia de dos informes de las enfermeras generales en los que detallaron su intervención en la atención médica de V2 en el Hospital General 197.

**27.5.** Copia certificada de los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica otorgada a V1 y V2, de los que se desprenden las siguientes constancias:

**27.5.1.** Nota de atención médica del Centro Médico “*La Raza*”, de 21 de diciembre de 2015, en la que se reportó el envío de V2 a su

hospital general de zona debido a que no ameritaba su manejo en tercer nivel.

**27.5.2.** Nota de atención médica, en la que se diagnosticó a V2 con embarazo de 33 semanas de gestación, senescencia placentaria y oligohidramnios moderado, por lo que se ordenó su inmediato ingreso a la unidad tocoquirúrgica para vigilancia y atención obstétrica.

**27.5.3.** Nota de evolución vespertina de las 16:30 horas del 8 de enero de 2016, en la que un médico pediatra reportó a V1 con leve acidosis compensada e hiperoxemia, por lo que la envió a cunero patológico.

**27.5.4.** Carta de consentimiento bajo información de 8 de enero de 2016, en la que se especificó que V1 ingresó a cunero patológico.

**27.5.5.** Nota de ingreso a cunero patológico de 8 de enero de 2016, en la que se diagnosticó a V1 con 5 horas de vida extrauterina, procedente del servicio de tococirugía por hipoventilación y soplo plurifocal grado II/IV.

**27.5.6.** Nota de evolución nocturna de 8 de enero de 2016, en la que se reportó a V1 sin dificultad respiratoria con saturaciones adecuadas y tolerancia de la vía oral.

**27.5.7.** Nota de evolución de pediatría matutina de 9 de enero de 2016, en la cual se estableció que V1 se encontraba sin datos de sepsis y con pronóstico bueno.

**27.5.8.** Notas de evolución vespertina y nocturna de 9 de enero de 2016, en la que AR6 indicó que a V1 se le ajustó la técnica de alimentación ante la taquipnea presentada; en tanto, AR3 la diagnosticó con *“síndrome de mala adaptación pulmonar en remisión e hiperbilirrubinemia en estudio”*, reportándola delicada con pronóstico reservado a evolución.

**27.5.9.** Notas de evolución del 10 de enero de 2016, en las que dos pediatras y AR6 indicaron que V1 se encontraba en control de bilirrubinas incrementadas, reportándola delicada.

**27.5.10.** Notas de evolución de 11 de enero de 2016, en las que AR8 y dos médicos pediatras más, reportaron a V1 con probable sepsis sin germen aislado en tratamiento.

**27.5.11.** Notas de evolución matutina y vespertina de 12 de enero de 2016 en las que se reportó a V1 delicada con pronóstico reservado a evolución.

**27.5.12.** Nota de evolución nocturna de 12 de enero de 2016, en la que se indicó que se inició doble esquema antimicrobiano por

leucopenia (disminución de leucocitos en la sangre) reportándola con pronóstico muy delicado.

**27.5.13.** Notas de evolución de 13 de enero de 2016, en las que AR8 y dos médicos pediatras más indicaron que V1 se encontraba delicada.

**27.5.14.** Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 14 de enero de 2016, relacionado con V1 durante su estancia en cunero patológico.

**27.5.15.** Notas de evolución de 14 de enero de 2016, en las que tres médicos pediatras reportaron a V1 sin respuesta inflamatoria sistémica con pronóstico reservado a evolución.

**27.5.16.** Notas de evolución de 15 de enero de 2016, en las que V1 fue valorada por diversos médicos pediatras, quienes la reportaron con peso de 1,900 gramos, signos vitales estables, con tolerancia de la vía oral, reportándola delicada con pronóstico reservado a evolución.

**27.5.17.** Nota de evolución de 16 de enero de 2016, en la que se reportó a V1 con signos vitales dentro de parámetros aceptables, en espera de su egreso.

**27.5.18.** Nota de evolución del 17 de enero de 2016 en la que se reportó a V1 asintomática, con signos vitales estables, peso de

1,990 gramos, ingestas al 100%, excretas al corriente, por lo que se decidió su egreso por tres días, con control en su unidad de medicina familiar.

**28.** Oficio 095217614BB1/2588 de 16 de noviembre de 2016, a través del cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, copia del diverso 095217614BB0/1413 de 19 de octubre de ese mismo año, mediante el cual se notificó a V2 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de dicho Instituto determinó procedente el pago de indemnización solicitado.

**29.** Oficio 095217614BB1/2811 de 9 de diciembre de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional lo siguiente:

**29.1.** Oficio 150105260200/6380/SM/2016 de 7 de diciembre de 2016, a través del cual el Director Médico del Hospital General 197 remitió a la Coordinación Técnica de Atención a Queja e Información Pública, las acciones preventivas y correctivas relacionadas con el caso particular e informó que realizó la difusión y capacitación de la guía de práctica clínica de *“Diagnóstico y tratamiento estenosis, hipertrófica congénita de píloro”*.

**29.2.** Oficio 159001051100/CTQIP/02380 de 8 de diciembre de 2016, mediante el cual la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Estado de México Oriente del IMSS, dio vista al Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS.

**30.** Escrito sin fecha recibido el 26 de junio de 2017 en este Organismo Nacional, mediante el cual la ONG aportó la opinión médica privada sobre V1 y V2.

**31.** Acta Circunstanciada de 1º de agosto de 2017, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica de V2, en la que informó que inició los trámites para el pago de la indemnización otorgada por el IMSS.

**32.** Oficio 095217614BB1/2687 de 9 de octubre de 2017, a través del cual el IMSS informó a esta Comisión Nacional, que mediante acuerdo de 5 de septiembre de 2016, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó procedente el pago de indemnización solicitada.

**33.** Oficio 095217614BB1/2775 bis de 23 de octubre de 2017, a través del cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, copia del cheque entregado a V2 por concepto de indemnización, así como del contra-recibo de pago correspondiente.

**34.** Escrito sin fecha recibido en este Organismo Nacional el 19 de diciembre de 2017, mediante el cual la ONG aportó diversas documentales de la atención médica de V2.

**35.** Acta Circunstanciada de 15 de enero de 2018, a través de la cual personal de este Organismo Nacional entabló comunicación vía telefónica con un abogado del Área de Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS, quien informó que el asunto de V2 se encontraba en integración debido a que se requirió a la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado de México su intervención para determinar lo que corresponda.

**36.** Correo electrónico recibido en este Organismo Nacional, el 16 de enero de 2018, a través del cual el Área de Auditoría de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS informó que realizaba una investigación para establecer en qué consistió la deficiente atención médica que motivó procedente la queja de V2 desde el punto de vista médico.

**37.** Acta Circunstanciada de 24 de enero de 2018, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar que el Jefe del Área de Investigación Médica de Quejas en el IMSS remitió vía correo electrónico la siguiente documentación:

**37.1.** Oficio 095217614BB3/00203 de 22 de enero de 2018, a través del cual solicitó a la Jefatura de Servicios Jurídicos Delegación México Oriente que, de considerarlo pertinente, realizara la investigación administrativa laboral correspondiente.

**38.** Opinión médica de 26 de enero de 2018, en la que personal de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional estableció consideraciones técnicas en cuanto a la atención médica proporcionada a V1 y V2.

**39.** Acta Circunstanciada de 18 de septiembre de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que, en las brigadas de trabajo con personal del IMSS, se informó que en el caso particular no existía denuncia penal.

### III. SITUACIÓN JURÍDICA.

**40.** El 5 de septiembre de 2016, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó procedente el Expediente de Queja en los siguientes términos:

*“PRIMERO. La queja es PROCEDENTE desde el punto de vista médico.*

*SEGUNDO. Con base en la opinión de la Coordinación de Legislación y Consulta, ha lugar al pago de indemnización (...) a quien acredite su legítimo derecho (...).*

*TERCERO. El caso se hizo del conocimiento al Jefe del Departamento de Servicios Jurídicos en la Delegación México Oriente.*

*CUARTO. El Titular de la Delegación involucrada deberá dar conocimiento del caso, al Órgano Interno de Control.*

*QUINTO. Las Autoridades Médicas Delegacionales deberán efectuar las medidas preventivas y correctivas para evitar que casos como el presente se repitan, informando a la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de las acciones realizadas (...).”*

**41.** El 7 de diciembre de 2016, el Director Médico del Hospital General 197 remitió a la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, las acciones preventivas y correctivas relacionadas con la difusión y capacitación de la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento Estenosis, Hipertrófica Congénita de Píloro”*.

**42.** El 8 de diciembre de 2016, la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, dio vista al Área de Auditoría, Quejas y



Responsabilidades del Órgano Interno de Control en dicho Instituto, por lo que el 15 de enero de 2018, informó a este Organismo Nacional, que el asunto de V2 se encontraba en integración debido a que se requirió el dictamen médico institucional a la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado de México para determinar lo que en derecho corresponda.

**43.** El 19 de septiembre de 2017, V2 recibió un pago por concepto de indemnización.

**44.** El 22 de enero de 2018, la Jefatura de Servicios Jurídicos Delegación México Oriente del IMSS solicitó la investigación administrativa laboral en el caso que nos ocupa.

#### **IV. OBSERVACIONES.**

**45.** Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2016/1293/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital General 197 en agravio de V1, V2 y V3:

**45.1.** Violación al derecho humano a la protección de la salud.

**45.2.** Violación al derecho humano a la vida.

**45.3.** Violación al principio de interés superior de la niñez.

**45.4.** Violación al derecho humano de acceso a la información en materia de salud en agravio de V2 y V3.

**46.** Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

#### **A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

**47.** El artículo 4° de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

**48.** La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en los artículos 13 fracción IX y 50, fracciones I y II, igualmente contempla que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica de calidad de conformidad con la legislación aplicable para prevenir, proteger y restaurar su salud.

**49.** Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y*

*equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)*<sup>1</sup>

**50.** Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General número 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, (...) tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.

**51.** El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que *“(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

**52.** El artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada mediante medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

**53.** El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que deben adoptar

---

<sup>1</sup> Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con “a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...)*”.

**54.** El punto 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)*”.<sup>2</sup>

**55.** El punto 7 de la Observación General No. 15<sup>3</sup> del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “(...) *El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (...)*”, a su vez, en el punto 25, indica que “(...) *Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...)*”.

---

<sup>2</sup> “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

<sup>3</sup> “*Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 17 de abril de 2013.

**56.** En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

**57.** La CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”<sup>4</sup> estableció que “(...) *los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...).*”

**58.** En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del Hospital General 197 dejó de considerar su calidad de garantes conferida por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7º del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, en la atención médica de V1, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y su consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

**59.** Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, se señalarán los antecedentes clínicos de V2 y V1, respectivamente.

---

<sup>4</sup> CrIDH. Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

**❖ Atención médica de V2 en la Unidad de Medicina Familiar 84, en el Hospital General 197 y en el Centro Médico “La Raza”.**

**60.** El 10 de julio de 2015, V2 de 29 años de edad, acudió a la Unidad Médico Familiar 84 con dolor hipogástrico, refirió como fecha de última menstruación el 5 de mayo de 2015, sin que asentaran antecedentes personales patológicos de importancia; ese día se le diagnosticó con amenorrea, es decir, ausencia de menstruación y colon irritable, por lo que se solicitó una prueba de embarazo.

**61.** El 7 de julio 2015, a V2 se le diagnosticó con embarazo de 8 semanas de gestación, por lo que se le prescribió ácido fólico y se solicitaron estudios prenatales de laboratorio y ultrasonido obstétrico, así como se le remitió a “acciones preventivas” para asesoría de salud.

**62.** El 12 de agosto 2015, personal médico familiar reportó a V2 con embarazo normal, indicándole que la fecha probable de parto era el 8 de febrero de 2016, le informó que los estudios de laboratorio se reportaron normales y la “VDRL”, esto es, la prueba serológica para diagnóstico de sífilis, salió negativa, calificó su riesgo obstétrico de 1.0, es decir, de bajo riesgo y le explicó datos de alarma obstétrica (dolor abdominal, salida de líquidos o sangre por vagina, edema de manos o pies) y la envió a trabajo social y al servicio dental.

**63.** En la revisión de 2 de septiembre de 2015, personal médico familiar reportó que V2 contaba con 16 semanas de gestación, volvió a solicitar se le realizaran estudios de laboratorio de control (examen general de orina, biometría hemática y glucosa) y la remitió al servicio de estomatología (odontología) preventiva, previa explicación de los datos de alarma obstétrica.

**64.** El 1º de octubre de 2015, V2 acudió al servicio dental, donde se le diagnosticó con caries dental, se le realizó control de placa dento-bacteriana, aplicación tópica de flúor y le enseñaron la técnica de cepillado y de hilo dental.

**65.** El 23 de octubre de 2015, V2 acudió a su cita de control prenatal, donde un médico familiar, la reportó con:

**65.1.** Leucorrea escasa, blanquecina, grumosa, fétida de una semana de evolución.

**65.2.** Peso de 69.5 kilogramos, tensión arterial normal, sin datos de síndrome vasculo-espasmódico y sin edema.

**65.3.** Fondo uterino de 24 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 145 por minuto, movimientos fetales presentes e hiperemia (enrojecimiento) de labios mayores y menores.

**65.4.** Indicó que el resultado de los laboratorios de control del 29 de septiembre de 2015, reportaron la glucosa y biometría hemática normales y el examen general de orina se reportó con hematuria microscópica, esto es, con presencia de sangre.

**65.5.** El ultrasonido obstétrico particular de 5 de octubre de 2015, reportó que V2 cursaba embarazo de 21.6 semanas de gestación con producto único vivo de 503 gramos.

**65.6.** Calificó el riesgo obstétrico de 1.0 (bajo) y la diagnosticó con cervicovaginitis subsecuente a 24 semanas de gestación, prescribiéndole antimicótico vaginal y solicitó nuevo examen general de orina y ultrasonido obstétrico, así como le explicó los datos de alarma obstétrica con cita abierta a urgencias.

**66.** El 12 de noviembre de 2015, un médico familiar reportó a V2, con 71 kilogramos, tensión arterial normal, fondo uterino de 25 centímetros, sin edema, frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales presentes, le informó que el examen general de orina del 11 de ese mismo mes y año, resultó con datos de proceso infeccioso, por lo que le prescribió antibiótico y la diagnosticó con infección de vías urinarias leve y embarazo de 27 semanas de gestación.

**67.** El 14 de diciembre de 2015, V2 acudió con diverso médico familiar de quien se desconoce su nombre, quien la remitió de urgencia al servicio de obstetricia del siguiente nivel de atención médica debido a que el ultrasonido particular que mostró, evidenció senescencia placentaria (“*envejecimiento*” de placenta), maduración del 40%, grado III y producto con probable restricción del crecimiento.

**68.** Por tanto, V2 ingresó al Hospital General 197, donde informó que cuando nació tuvo una cirugía del intestino (sin especificar la razón, diagnóstico, dónde y su manejo) y con motivo del resultado de su ultrasonido particular, se le realizó lo siguiente:

**68.1.** Diverso ultrasonido, en el cual se evidenció que cursaba con embarazo de 31.1 semanas de gestación, sin trabajo de parto, placenta



calcificada grado III, se descartó que el producto de la gestación cursara con restricción del crecimiento intrauterino y se le prescribió tratamiento con dexametasona para maduración pulmonar fetal.

**68.2.** Los estudios de laboratorio reportaron a V2 dentro de parámetros normales, indicándole antimicótico vaginal para leucorrea moderada.

**68.3.** La cardiotocografía resultó sin evidencia de repercusión en la pérdida del bienestar fetal o materno.

**68.4.** A V2 se le diagnosticó con “*senescencia placentaria*” y debido a que se encontraba clínicamente estable, se ordenó su egreso enviándosele al servicio de perinatología en el Centro Médico “*La Raza*”.

**69.** El 17 de diciembre de 2015, V2 acudió a la Unidad de Medicina Familiar 84, donde reportó que fue atendida en el Hospital General 197, por lo que le otorgaron incapacidad hasta su cita en perinatología.

**70.** El 21 de diciembre de 2015, en el servicio de perinatología del Centro Médico “*La Raza*”, se reportó a V2 con 32 semanas de gestación y después de valorarla determinó que no ameritaba su manejo en dicho tercer nivel de atención médica.

**71.** Por tanto, V2 continuó su control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar 84, donde el 4 de enero de 2016 se le prescribió tratamiento a base de antimicótico vaginal por la presencia de cervicovaginitis.

**72.** En la opinión del personal médico de este Organismo Nacional, se determinó que el control prenatal de V2 realizado en la Unidad de Medicina Familiar 84 (del 1º de julio de 2015 al 4 de enero de 2016); en el Hospital General 197 (del 14 al 15 de diciembre de 2015) y en el Centro Médico “*La Raza*” (del 21 de diciembre de 2015), fue adecuado por lo siguiente:

**72.1.** Se realizó la historia clínica y exploración física completa, valorándose en cada revisión el crecimiento uterino, el bienestar fetal, el riesgo obstétrico, así como se le realizaron estudios de laboratorio y ultrasonidos de control.

**72.2.** Le fueron indicadas medidas higiénico dietéticas, le explicaron los datos de alarma obstétrica y se le prescribió tratamiento adecuado cuando presentó cervicovaginitis e infección de vías urinarias, aunado a que se le envió para manejo multidisciplinario en la unidad correspondiente.

**72.3.** En el momento en que se detectó por ultrasonido que presentaba placenta madura con probabilidad de que el producto de la gestación presentara restricción del crecimiento intrauterino, de inmediato se le canalizó al Hospital General 197, donde se le realizó diverso ultrasonido, se le administró madurador pulmonar fetal ante el riesgo de que tuviera un parto pretérmino y se le prescribió antimicótico vaginal para la leucorrea que presentaba.

**72.4.** La cardiotocografía reportó que no había repercusión en la pérdida del bienestar fetal o materno, lo que ameritó su egreso.

**72.5.** En el servicio de perinatología del Centro Médico “*La Raza*”, se determinó que su embarazo era normoevolutivo, sin restricción del crecimiento fetal, por lo que debería continuar su atención médica en el segundo nivel.

**72.6.** Se acreditó que V2 acudió al servicio de trabajo social el 12 de agosto, 2 de septiembre, 6 de octubre, 12 de noviembre, 18 de diciembre de 2015 y el 4 de enero de 2016, donde se le orientó respecto a cuidados maternos y del recién nacido, planificación familiar, lactancia materna, se asentó su evolución prenatal, así como su envío al segundo nivel de atención médica, sin que presentara alguna duda o inconformidad en cuanto a la atención recibida en los hospitales de referencia.

❖ **Atención de V2 en la unidad tocoquirúrgica del Hospital General 197.**

**73.** El 7 de enero de 2016, personal médico familiar ordenó el inmediato ingreso de V2 a la unidad tocoquirúrgica debido a que su ultrasonido evidenció senescencia placentaria y oligohidramnios (pérdida de líquido amniótico) moderado de 4.8 centímetros (normal de 8 a 18).

**74.** En dicha unidad, V2 fue atendida por personal médico con especialidad en gineco-obstetricia, quien la reportó sin pérdidas transvaginales, con dolor lumbar, movimientos fetales presentes y actividad uterina irregular.

**75.** A la exploración física la encontró consciente, orientada, cardioventilatorio sin compromiso, fondo uterino de 32 centímetros, producto único vivo, cefálico, frecuencia cardíaca fetal de 165 latidos por minuto, rítmico de buena intensidad,

cérvix sin modificaciones ni pérdidas transvaginales, por lo que la diagnosticó con embarazo de 34 semanas de gestación, senescencia placentaria y oligohidramnios.

**76.** Solicitó se le realizara una prueba sin estrés “PSS” para determinar el bienestar fetal, así como su revaloración para la resolución del embarazo vía cesárea, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional fue adecuado.

**77.** Por su parte, diverso personal médico especializado en gineco-obstetricia reportó a V2 con movimientos fetales, sin actividad uterina, al tacto vaginal con cérvix posterior cerrado, sin pérdidas transvaginales, reportada por registro cardiotocográfico como “reactiva” (cuando el producto presenta bienestar fetal) con frecuencia cardíaca fetal basal de 130 por minuto, ascensos presentes, descensos 0; mientras que los estudios de laboratorio la reportaron con parámetros aceptables, le indicó ayuno, cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, solución intravenosa, oxígeno suplementario por puntas nasales y vigilancia.

**78.** El 8 de enero de 2016, se reportó a V2 con actividad uterina esporádica, movimientos fetales presentes pero disminuidos, sin datos de vasoespasmo, signos vitales estables, cardioventilatorio sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino de 30 centímetros, frecuencia cardíaca fetal de 134 por minuto, al tacto cérvix largo, posterior y cerrado, extremidades con edema, informándole que conforme al ultrasonido realizado el día previo, no contaba con condiciones para inducción del trabajo de parto.

**79.** No obstante, se comentó el caso particular con el Jefe del servicio y un médico más, se determinó que V2 ingresara a quirófano a las 12:15 horas del mismo 8 de enero de 2016, por lo que a las 12:54 horas se extrajo producto único vivo del sexo femenino, quien respiró con llanto débil, pasándola al médico pediatra, procediendo al *“alumbramiento de la placenta”*, revisión de la cavidad y colocación de dispositivo intrauterino (previa firma de consentimiento informado), pasando a V2 a recuperación con signos vitales estables y con diagnóstico de *“embarazo de 34.5 semanas de gestación, oligohidramnios severo y placenta senescente”*.

**80.** En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, el manejo médico de V2 en la unidad de tocoquirúrgica fue adecuado por haberse vigilado el binomio materno fetal, así como por haberla pasado a cesárea ante el diagnóstico de oligohidramnios severo y placenta senescente que presentaba.

**81.** Ese mismo día, esto es, el 8 de enero de 2016, personal de quien se desconocen datos, reportó que V2 presentó dolor abdominal tipo cólico y a la exploración física se le encontró con signos vitales estables, en buen estado general, cardioventilatorio sin compromiso, abdomen con útero contraído, sin sangrado transvaginal, con evolución favorable, por lo que indicó su ingreso a piso, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional fue adecuado debido a que dicho médico la valoró durante el puerperio postquirúrgico inmediato y al encontrarla con buena evolución la envió a piso de ginecoobstetricia para su seguimiento.

❖ **Atención de V2 en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital General 197.**

**82.** V2 permaneció en el servicio de gineco-obstetricia del 8 al 10 de enero de 2016, temporalidad en la que fue atendida por personal médico especializado y de enfermería, quienes dada su evolución satisfactoria ordenaron su egreso el 10 de enero de 2016 con cita abierta a urgencias, lo que a criterio del personal médico de este Organismo Nacional fue adecuado por lo siguiente:

**82.1.** Cuando personal médico familiar diagnosticó a V2 con oligohidramnios y senescencia placentaria, ordenó su vigilancia obstétrica, le indicó maduradores pulmonares y solicitó una prueba sin estrés “PSS” a fin de verificar el bienestar materno fetal.

**82.2.** Ante dicho diagnóstico, se le efectuó una cesárea y se le colocó un dispositivo intrauterino como método de planificación familiar, previa firma del consentimiento informado.

**82.3.** También se le indicó manejo médico y vigilancia postquirúrgica en piso de gineco-obstetricia y ante su favorable evolución, egresó con diagnóstico de “*puerperio postcesárea*”.

**83.** De las evidencias analizadas con antelación se acreditó que el personal médico que atendió a V2 durante su control prenatal, durante el nacimiento de V1 y posterior al mismo, actuó apegado a lo que establecen la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto

Mexicano del Seguro Social, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*, las Guías de Práctica Clínica *“Para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo”*, la del *“Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo durante el Embarazo, en el Primer Nivel de Atención”* y la de *“Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea”*.

**84.** Enseguida será valorada la atención médica que se proporcionó a V1 desde su nacimiento.

❖ **Atención médica de V1 en el Hospital General 197.**

**85.** V1 nació a las 12:54 horas del 8 de enero de 2016, vía cesárea, del sexo femenino, con cianosis generalizada, Silverman-Anderson de 0/2 (dificultad respiratoria leve), Apgar de 7-9, peso de 1,980 gramos, sin alteraciones ni anomalías congénitas aparentes, por lo que se le diagnosticó como *“(…) femenino, (...) 35 semanas de gestación, peso adecuado para edad gestacional y probable síndrome de adaptación pulmonar”*, requiriéndose oxígeno suplementario a flujo libre y estudios de laboratorio de control (biometría hemática, química sanguínea, calcio y grupo sanguíneo).

**86.** Debido a que los resultados de sus estudios de laboratorio evidenciaron leve acidosis compensada e hiperoxemia (excesiva acidez en la sangre), a las 16:30 horas de ese mismo día, se le diagnosticó con *“(…) síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de mala adaptación pulmonar, soplo probable por persistencia del conducto arterioso”* y se ordenó su ingreso a cunero patológico.

**87.** En la opinión médica de este Organismo Nacional, se estableció que V1 recibió hasta este momento una atención médica adecuada con maniobras básicas de reanimación, así como solicitud de estudios de laboratorio a fin de que se continuara con un manejo especializado con motivo de la leve dificultad respiratoria que presentó.

**88.** En el servicio de cunero patológico un médico pediatra la reportó con 5 horas de vida extrauterina e incremento de la dificultad respiratoria, así como con un soplo plurifocal grado II/VI.

**89.** A la exploración física la encontró con frecuencia cardíaca de 140 por minuto, 36 °C, frecuencia respiratoria de 54 por minuto, saturación de oxígeno normal, perímetro abdominal de 25.5 centímetros, destrostix normal, sin excretas, activa, reactiva, hidratada, fontanela anterior normotensa, sonrosada, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos sin soplos, ni arritmias, abdomen sin megalias, cadera estable, genitales sin alteraciones, llenado capilar inmediato, columna íntegra, succión presente, con resultados de laboratorio dentro de parámetros aceptables, por lo que la diagnosticó con: *“(...) peso adecuado para edad gestacional, síndrome de adaptación pulmonar en remisión y cardiopatía descartada (persistencia del conducto arterioso)”*.

**90.** A las 22:21 horas a V1 se le reportó sin dificultad respiratoria, por lo cual se intentó retirarle el oxígeno suplementario aunado a que toleró la vía oral, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional fue adecuado debido a que ingresó a dicha área para la vigilancia del patrón respiratorio, donde además



se le realizó una historia clínica y exploración física completa, se descartó que presentara alguna cardiopatía, inició la vía oral y mejoró el cuadro respiratorio.

**91.** El 9 de enero de 2016, AR3, AR6 y diversa médico pediatra diagnosticaron a V1 con: *“síndrome de mala adaptación pulmonar en remisión e hiperbilirrubinemia en estudio”*.

**92.** Debido a que los resultados de sus estudios de laboratorio evidenciaron que la elevación de bilirrubina, hipocalcemia (nivel de calcio bajo), así como leucocitos en disminución, le cambiaron el oxígeno indirecto a puntas nasales, incrementaron la vía oral con protector gástrico y procinético para mejorar su motilidad intestinal (acción fisiológica del aparato digestivo para desplazar el contenido de la boca al ano), indicaron fototerapia intermitente con protección ocular y control térmico estricto, con lo que V1 *“remitió”* la dificultad respiratoria.

**93.** Al siguiente día, esto es, el 10 de enero de 2016, AR6 y dos médicas pediatras reportaron a V1 como delicada debido a que tuvo disminución del peso (de 2,000 gramos bajo a 1,875 gramos), ictericia, control de bilirrubinas incrementado respecto al día previo aunque mejoría respiratoria sin oxígeno suplementario.

**94.** El 11 de enero de 2016, AR8 y dos médicos pediatras más establecieron que V1 presentó ligero incremento de la frecuencia respiratoria y aumentó su perímetro abdominal a 26 centímetros.

**95.** Debido a que los resultados de los estudios de laboratorio de V1 la reportaron con hipocalcemia, leucopenia y bilirrubina, por lo que la diagnosticaron con: *“(…)*

*síndrome de adaptación pulmonar remitido, hiperbilirrubinemia multifactorial en tratamiento, hipocalcemia y probable sepsis sin germen aislado en tratamiento”, lo que ameritó su manejo con antibioticoterapia.*

**96.** Los tres médicos pediatras que valoraron a V1 el 12 de enero de 2016, señalaron que aumentó su frecuencia respiratoria sin que requiriera apoyo de oxígeno suplementario, incrementó su perímetro abdominal a 27 centímetros y pesó 1,935 gramos, así como presentó tolerancia a la vía oral, uresis y excretas al corriente.

**97.** A la exploración física la encontraron discretamente ictérica “*Kramer II*” (desde la cabeza hasta el ombligo), por lo que se le indicó leche materna o fórmula láctea para pretérmino a libre demanda con gluconato de calcio, solución intravenosa a requerimiento, procinético, antibióticos, oximetría de pulso cada 4 horas, oxígeno a libre flujo, signos vitales por turno, perímetro abdominal pre y postprandial, probar tolerancia ambiental y mantenerla eutérmica.

**98.** El 13 de enero de 2016 AR8 y dos médicos pediatras más, reportaron que V1 cursaba su cuarto día de nacida, con signos vitales en parámetros aceptables, perímetro abdominal de 26 a 27 centímetros, peso de 1,950 gramos, con tolerancia a la vía oral, excretas al corriente, succión, glucosa capilar normal y discretamente ictérica *Kramer I* (de la cabeza y cuello), cuyos resultados de estudios de laboratorio la reportaron dentro de parámetros aceptables, sin embargo, se anexó una solicitud de hemocultivo.

**99.** El 14 de enero de 2016, a V1 fue valorada por tres médicos pediatras, quienes reportaron que presentaba perímetro abdominal de 27 centímetros y para el 15 de ese mismo mes y año, se precisó que bajó de peso a 1,900 gramos.

**100.** Datos similares fueron asentados en la revisión que a V1 le realizaron dos médicos pediatras el 16 de enero de 2016, quienes la diagnosticaron con *“8 días de vida extrauterina de 36 semanas de gestación corregida, hipotrófica, probable sepsis sin germen aislado en tratamiento”* y asentaron que estaban en espera de su egreso en breve.

**101.** El 17 de enero de 2016, un médico pediatra apreció a V1 asintomática, con signos vitales estables, peso de 1,990 gramos, ingestas al 100%, excretas al corriente, activa, reactiva a estímulos externos, hidratada, sin movimientos anormales, fontanela anterior normotensa, cardioventilatorio, abdomen y extremidades sin alteraciones, en su quinto día de antibióticos, con control de laboratoriales normales, ganancia ponderal, por lo cual decidió su egreso previa explicación de sus datos de alarma, con diagnóstico de: *“síndrome de adaptación pulmonar remitido y sepsis remitida (sic)”* y con control en su unidad de medicina familiar con cita abierta a urgencias.

**102.** En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, desde que V1 nació hasta el 17 de enero de 2016, tuvo un manejo adecuado por el personal médico tratante del servicio de pediatría, quienes le realizaron la historia clínica y exploraciones físicas completas, se descartó que cursara con alguna cardiopatía, en su momento, se le reajustó manejo hídrico e inició la vía oral, manteniéndosele en cuna radiante para tratarle la ictericia con fototerapia, se determinó su grupo

sanguíneo y se agregó a su tratamiento un regulador del tránsito intestinal, ajustándose la técnica de alimentación.

**103.** Cuando V1 presentó aumento en su frecuencia respiratoria, leucopenia y disminución del calcio, se le indicó antibioticoterapia (terapia con antibióticos) de manera oportuna con reposición de calcio, oximetría de pulso, broncodilatador y se ordenó la toma de hemocultivo y toda vez que evolucionó a la mejoría, se incrementó la ingesta de fórmula láctea.

**104.** Tratamiento que favoreció su egreso el 17 de enero de 2016 con indicaciones de seno materno a libre demanda o fórmula láctea, antibioticoterapia, control en su unidad de medicina familiar con cita abierta a urgencias en caso de que presentara datos de alarma.

**105.** Por lo cual se acreditó que diversos médicos pediatras, así como AR3, AR6, AR8 hasta ese momento actuaron apegados a la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido”* y *“Detección Oportuna, Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina”*.

**❖ Atención médica de V1 del 27 de enero al 8 de febrero de 2016.**

**106.** A diez días de que V1 egresó a su domicilio por mejoría, a las 21:35 horas del 27 de enero de 2016, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General 197, donde se le reportó como recién nacida de 19 días de vida extrauterina, con el

antecedente de haber iniciado la noche del día previo, con vómito postprandial, por lo que fue atendida en el sector privado, donde se le indicó sucedáneo (sustituto) de leche materna y protector gástrico.

**107.** Debido a que V1 persistió con vómito en 10 ocasiones durante 24 horas a pesar de que el médico particular le suministró antibiótico y micronebulizaciones desde hacía 2 semanas, comentó V2 que le dijo que V1 “(...) *requiere Serie EGS (esófago gastroduodenal) (...)*”.

**108.** A la exploración física V1 presentó signos vitales estables, peso de 2,200 gramos, glucemia normal, despierta, reactiva, fontanela anterior normotensa, mucosa oral hidratada, cardioventilatorio sin compromiso, abdomen blando depresible, sin megalias, peristalsis normal (contracciones musculares que transportan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo), sin manifestar dolor a la palpación media ni profunda, por lo que se le diagnosticó con: “*probable ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) contra mala técnica de alimentación e intolerancia a la vía oral*”, indicándole el personal médico tratante, alimentación al seno materno, orientación y vigilancia de la técnica, así como se solicitó radiografía de tórax y abdomen postero-anterior de pie y decúbito y el reporte del número y características del vómito.

**109.** La radiografía de abdomen evidenció imagen sugestiva de gastromegalia (aumento anormal del volumen del estómago) y coproestasis (acumulación de materia fecal en el intestino grueso), lo que ameritó su valoración y protocolo por pediatría ante probable hipertrofia pilórica.

**110.** La valoración en el servicio de urgencias en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fue adecuada y apegada a la Guía de práctica clínica de *“Diagnóstico y Tratamiento del Reflujo Gastroesofágico y de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en Pediatría en el Primer y Segundo Nivel de Atención”*, donde se establece que en caso de *regurgitación recurrente, el examen físico y una adecuada historia clínica generalmente son suficientes para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y recomienda una serie esófago gastroduodenal “SEGD”*; a su vez, la Guía de Práctica Clínica del *“Diagnóstico y Tratamiento de Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro”*, establece que con la historia clínica completa y el examen físico cuidadoso se puede obtener un diagnóstico definitivo en la mayoría de los niños con estenosis hipertrófica de píloro, tal cual aconteció.

**111.** El 28 de enero de 2016, V1 ingresó al servicio de *“lactantes pediatría”* del Hospital General 197, donde fue reportada con los antecedentes multicitados; a la exploración física la reportaron consciente, tranquila, con hidratación normal, tinte icterico leve, cardioventilatorio sin compromiso, abdomen con presencia de *“oliva pilórica”* (crecimiento del músculo pilórico en pacientes con estenosis hipertrófica del píloro), peristalsis presente (contracciones musculares que transportan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo), extremidades íntegras y debido a que el resultado de la radiografía de abdomen evidenció gastromegalia, se le diagnosticó con: *“hipertrofia congénita de píloro”*.

**112.** Lo que ameritó la solicitud de nuevos estudios de laboratorios de control (biometría hemática, electrolitos séricos y química sanguínea), un ultrasonido abdominal, la serie esófago-gastroduodenal *“SEGD”* y su valoración por cirugía pediátrica, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, fue adecuado y apegado a la Guía de Práctica Clínica *“Diagnóstico y Tratamiento de*

*Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro*”, en la que menciona que la “(...) palpación de la ‘oliva pilórica’ se considera el signo patognomónico de la estenosis hipertrófica de píloro” y amerita la valoración por un especialista en una unidad con servicio de cirugía pediátrica, considerando al ultrasonido como “el estudio de imagen de primera elección para el diagnóstico de estenosis hipertrófica de píloro” y la serie esófago-gastroduodenal, un medio eficaz para dicho diagnóstico, lo cual cumplió el médico de referencia.

**113.** El mismo 28 de enero de 2016, V1 fue valorada por diverso personal médico especialista, quien la reportó con tolerancia a la vía oral, sin vómitos, signos vitales estables y descartó que presentara hipertrofia de píloro, refiriéndola con enfermedad por reflujo gastroesofágico, por lo cual solicitó la serie esófago-gastroduodenal y un ultrasonido en carácter de urgente, asimismo, la reportó con leve anemia confirmada por estudios de laboratorio.

**114.** El resultado del ultrasonido abdominal de V1 la evidenció con antro pilórico (cavidad pequeña del estómago en forma de saco situada antes del píloro) de 71 milímetros de longitud, diámetro de 53 milímetros y 57 milímetros de grosor de pared, sin que se observaran ondas de choque sin que se valorara la apertura de orificio pilórico.

**115.** En ese sentido, el personal médico radiólogo comentó que con una radiografía de abdomen se complementaba la posibilidad del diagnóstico de hipertrofia, sin embargo, los hallazgos clínicos de V1 eran importantes para mejorar su diagnóstico, y que en ese momento tales datos no diagnosticaban de manera contundente que padeciera hipertrofia del píloro, por lo cual debería continuarse con su vigilancia,

protocolo de estudio y la programación de la serie esófago-gastroduodenal para determinar si era meritoria de intervención quirúrgica.

**116.** A las 15:00 horas del 28 de enero de 2016, un médico pediatra indicó que V1 presentó vómito en dos ocasiones posterior a la ingesta de leche con tolerancia de la vía oral; a la exploración física la encontró activa, reactiva, con buena coloración e hidratación de tegumentos, cardioventilatorio sin compromiso, abdomen blando, depresible, sin que se palpara la “*oliva pilórica*”, peristalsis disminuida y sin datos de irritación peritoneal.

**117.** El control gasométrico en ese momento se apreció sin alteraciones y el ultrasonido abdominal para medición de antro pilórico en parámetros límites, lo que comentó con cirugía pediátrica, donde se sugirió descartar su diagnóstico con una serie esófago-gastroduodenal, sin embargo, el jefe de servicio comentó que no estaba en funcionamiento la sala de fluoroscopia.

**118.** A las 22:00 horas del mismo 28 de enero de 2016, el personal médico reportó a V1 con vómito en ocasiones y en espera de la serie esófago-gastroduodenal para normar la conducta a seguir.

**119.** El 29 de enero de 2016, AR5, AR8 y diversa médico pediatra fueron coincidentes cuando refirieron que V1 toleraba la vía oral y aceptaba fórmula láctea, uresis y evacuaciones presentes y signos vitales estables; a la exploración física la encontraron hidratada, cardioventilatorio sin compromiso, abdomen blando depresible, sin megalias, peristalsis presente, sin distensión abdominal, con regurgitación reportada por V2 a pesar del tratamiento antirreflujo y en espera de la realización de la serie esófago-gastroduodenal, reportándola muy delicada.



**120.** El 30 de enero de 2016, AR8 indicó que V1 evolucionaba estable en apariencia, V2 le comentó que regurgitó después de la toma de fórmula láctea, por lo cual indicó ayuno transitorio y reajuste de soluciones intravenosas con reposición de electrolitos (potasio y calcio) y estimulación rectal por turno, valoración que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional fue adecuada porque realizó adecuado interrogatorio y exploración física acorde a la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento de Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro”*.

**121.** A las 13:45 horas de ese mismo día, AR2 reportó a V1 en ayuno, con uresis y evacuaciones presentes, destrostix normal, peso de 2,000 gramos, con vómito escaso y regurgitación a pesar del ayuno de acuerdo con la información aportada por su familiar.

**122.** A la exploración física, sin palpación de *“oliva pilórica”*, reajustándole las soluciones intravenosas con reposición electrolítica, le cambio el protector gástrico y solicitó: toma de signos vitales, cuidados generales de enfermería, destrostix, control estricto de líquidos y balance, perímetro abdominal pre y postprandial por turno, vigilancia del vómito y regurgitaciones, eutermia en cuna radiante, peso diario y de persistir con vómito, sonda nasogástrica a derivación.

**123.** AR2 indicó que aún estaba *“(…) pendiente ‘SEGD’ y revaloración por cirugía pediátrica la cual no habrá, ni estudio, ni cirugía hasta el día martes, por lo que [V1] continua en ayuno (...)”* y que la última gasometría arterial resultó sin alteración, reportándola delicada.

**124.** A las 17:45 horas del mismo 30 de enero de 2016, V1 fue valorada por diverso médico pediatra, quien la reportó sin cambios respecto a la nota previa y en espera del estudio complementario para descartar hipertrofia de píloro y la subsecuente interconsulta con cirugía pediátrica.

**125.** A las 22:00 horas del 30 de enero de 2016, AR3 reportó a V1 con signos vitales estables, evacuaciones y uresis al corriente; a la exploración física con buena coloración, abdomen blando, depresible, ligeramente distendido, sin palpar “*oliva pilórica*”, peristalsis presente, con vómito en dos ocasiones a pesar del ayuno y estableció pronóstico reservado a evolución y en “*espera de resolución quirúrgica*”.

**126.** El 31 de enero de 2015 (sic, debería ser 2016) AR2 y dos médicos pediatras más, diagnosticaron a V1 con probable hipertrofia congénita de píloro y con leve incremento en la glucemia, informándole V2 a AR2 que su hija presentó vómito escaso por la noche, encontrándola a la exploración física, activa, reactiva, con adecuada coloración y estado de hidratación, tinte icterico kramer 2, sin palpar “*oliva pilórica*”, pero sí con cámara gástrica distendida.

**127.** Toda vez que la gasometría venosa y los electrolitos séricos evidenciaron que V1 presentaba alcalosis metabólica, AR2 ordenó que continuara con ayuno; en tanto diversa médica pediatra indicó que cuando intentó la vía oral, V1 persistió con vómitos y la bilirrubina se le incrementó ligeramente al igual que el potasio, por lo cual le reajustó soluciones intravenosas y electrolitos, encontrándose en espera de que se le realizara la serie esófago-gastroduodenal y su revaloración por cirujano pediatra para decidir su manejo médico.

**128.** El 1º de febrero de 2016, diverso médico pediatra indicó que el ultrasonido abdominal de V1 reportó el píloro en límites normales, no obstante, continuaba con vómitos, misma fecha en la que AR4 la apreció con abdomen blando, sin dolor a la palpación, peristalsis disminuida, con vómitos, en espera de la realización de la serie esófago-gastroduodenal, el cual no se había realizado por descompostura del fluoroscopio.

**129.** El 2 de febrero de 2016, a las 11:00 horas, V1 fue diagnosticada con probable hipertrofia congénita de píloro contra enfermedad por reflujo gastroesofágico severo e hiperbilirrubinemia, indicó que continuaba pendiente la toma de serie esófago-gastroduodenal y dado el estado de salud de V1, solicitó nueva interconsulta con cirugía pediátrica, donde verbalmente indicó (sin que se conozca quién) que no había “*oliva pilórica*” por lo que se requería de la serie esófago-gastroduodenal.

**130.** A pesar de que se realizó enlace con dos hospitales, no contaban con dicho estudio, por lo que diverso médico pediatra ordenó estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, glucosa, creatinina, electrolitos séricos) para la valoración nutricional e hidratación de V1, así como incrementó líquidos intravenosos y solicitó con carácter de urgente, nuevo ultrasonido abdominal y la serie esófago-gastroduodenal, sin embargo, se le reportó que “(…) *no funciona la sala de fluoroscopia* (...)”, reportándola con pronóstico grave.

**131.** A las 13:35 horas, AR1 valoró a V1 e indicó que V2 fue operada de hipertrofia pilórica (antecedente de importancia ya que 7% de los niños con estenosis hipertrófica congénita de píloro tienen padres afectados por este padecimiento); a la exploración física encontró a V1 con ligera palidez de tegumentos, hidratada, tórax

sin alteraciones, abdomen sin *“palpar oliva”* y agregó que el ultrasonido que se le realizó 5 días atrás, no fue concluyente por las dimensiones reportadas.

**132.** Sin embargo, el nuevo control ultrasonográfico evidenció que V1 presentaba *“(…) estómago con contenido intraluminal y con sobredistensión permitiendo (...) apreciar un antro gástrico con poca peristalsis (...) formando el típico signo del 3 invertido a nivel del píloro que muestra (...) longitud de 2.5 cm. de largo, pero con musculatura de 4 a 5 mm en su zona central, permitiendo (...) apreciar la pérdida de la relación mucosa muscular (...)”*, por lo que la diagnosticó con *“estenosis hipertrófica de píloro”* y solicitó la corrección de anemia para que al siguiente día le realizara una piloromiotomía.

**133.** Ese mismo día AR3 y dos médicos pediatras más, indicaron que a V1 se le realizara hemotransfusión de concentrado eritrocitario, dejando un paquete globular para la cirugía programada.

**134.** El 3 de febrero de 2016, AR2, AR4 y AR5 reportaron a V1 con 25 días de vida extrauterina y diagnóstico de *“hipertrofia congénita de píloro, síndrome anémico en tratamiento”*, en ayuno, sin vómitos ni regurgitaciones, sin palpar *“oliva pilórica”*, con distensión abdominal (cámara gástrica), tiempos de coagulación dentro de parámetros normales e indicaron nueva transfusión para corrección de anemia y aplicación de vitamina K -dosis única- para evitar alguna hemorragia transquirúrgica para que entrara a quirófano en óptimas condiciones, refiriéndola con pronóstico reservado a evolución y muy delicada.

**135.** A las 07:50 horas del 4 de febrero de 2016, AR1 ingresó a V1 al quirófano previa valoración preanestésica y a las 09:05 horas, le realizó la cirugía programada,

reportando como hallazgos, píloro hipertrófico de 2.3 centímetros de longitud con espesor de pared muscular de 5 milímetros muy posterior, por lo cual la diagnosticó con: *“estenosis hipertrófica de píloro”* con pronóstico bueno en *“ausencia de complicaciones”* y le indicó soluciones intravenosas a requerimiento, ayuno, protector gástrico, antiemético, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, eutermia en cuna de calor radiante, no colocar sonda nasogástrica por ningún motivo con pase a sala de lactantes para su manejo y vigilancia postoperatoria.

**136.** A las 12:05 horas del mismo 4 de febrero de 2016, al encontrarse V1 en el cunero patológico fue valorada por AR2, quien la reportó con diagnóstico de: *“hipertrofia congénita de píloro, síndrome anémico corregido, postoperada de piloromiotomía”* y continuó con el manejo médico indicado por AR1, en espera de su revaloración por cirugía pediátrica para el inicio de alimentación enteral, dejándola en ayuno.

**137.** En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, la atención médica de V1 en el Hospital General 197 hasta el momento en que fue intervenida quirúrgicamente por AR1 fue adecuada con base en lo siguiente:

**137.1.** Cuando un médico pediatra indicó que el reporte del ultrasonido de V1 no fue concluyente para determinar que cursara con probable hipertrofia de píloro, ni las alteraciones encontradas a su exploración física, al igual que AR2, AR5, AR4, AR8 y diversos médicos pediatras solicitaron de forma reiterada que a V1 se le realizara la serie esófago-gastroduodenal para que se corroborara su diagnóstico y manejo a seguir, tal cual lo establece la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento de Estenosis Hipertrófica*

*Congénita de Píloro*”, en la que se indica que dicho estudio debe solicitarse cuando el ultrasonido no sea concluyente o exista presentación atípica de signos y síntomas, tal cual aconteció en el caso particular.

**137.2.** En la solicitud de dicho estudio, se apreció escrito a mano *“no funciona sala de fluoroscopia”*, situación que se reiteró durante la atención médica de V1; sin embargo, a criterio del personal médico de este Organismo Nacional, si bien se requería de dicho estudio de gabinete, en ese momento no se comprometía la vida de V1 y tampoco una realización de urgencia, sino de protocolo de estudio completo para determinar si cursaba con hipertrofia de píloro para que se le mantuviera en óptimas condiciones.

**137.3.** Cuando se informó a AR2 que V1 continuaba con regurgitación, vómito e intolerancia a la vía oral a pesar de encontrarse en ayuno, le realizó reajuste hídrico, electrolítico y le cambió el protector gástrico, así como solicitó de nueva cuenta la serie esófago-gastroduodenal para corroborar su diagnóstico y determinar su manejo a seguir.

**137.4.** AR3 igualmente apegó su actuar a la referida Guía de Práctica Clínica, por haberle aplicado a V1 la técnica de exploración de *“oliva pilórica”* a cuyo término determinó que estaba en *“espera de resolución quirúrgica”*.

**137.5.** A su vez, una médica pediatra le reajustó a V1 las soluciones intravenosas cuando se le reportó con ligero aumento del potasio y bilirrubinas.

**137.6.** Cuando diversa personal médica pediatra se cercioró que no se le podía realizar a V1 la serie esófago-gastroduodenal a pesar de que la solicitó en diversos hospitales generales de zona del IMSS, requirió su interconsulta con cirugía pediátrica y la realización urgente de estudios de laboratorio, así como diverso ultrasonido abdominal, tal como lo establece la Guía de Práctica Clínica citada.

**137.7.** Cuando el AR1 revisó el nuevo ultrasonido de V1, la diagnosticó con “*estenosis hipertrófica de píloro*”, lo que ameritó la realización de una piloromiotomía previa corrección de anemia, a fin de que dicho tratamiento quirúrgico definitivo corrigiera su sintomatología.

**137.8.** En ese sentido, la referida guía establece que cuando al paciente se le realice la historia clínica completa, un interrogatorio con preguntas dirigidas y examen físico cuidadoso, es posible obtener su diagnóstico definitivo, ya que en el caso de personas recién nacidas prematuras, la palpación de la “*oliva pilórica*” es difícil porque está muy pequeña, por lo cual se sugiere su diagnóstico a través de ultrasonido y en cuanto se tenga la sospecha de que el paciente cursa con estenosis hipertrófica de píloro, se le debe enviar a una unidad cirugía pediátrica para que pase a quirófano cuando sus condiciones sean óptimas.

**137.9.** También se indicó que a pesar de que el equipo de fluoroscopia no funcionaba en las diversas unidades hospitalarias, V1 evolucionó estable sin repercusiones en su salud al no efectuarle dicho estudio, ya que conforme a la literatura médica actualizada, el diagnóstico puede obtenerse por exploración física dirigida y ultrasonido abdominal, como aconteció.

**137.10.** Respecto a AR3 y dos médicos pediatras más, le realizaron a V1 hemotransfusión de concentrado eritrocitario para corrección de su anemia y dejaron un paquete globular para la cirugía.

**137.11.** A las 07:50 horas del 4 de febrero de 2016, AR1 ingresó a V1 al quirófano y previa valoración preanestésica le realizó la piloromiotomía, tratamiento de primera elección para la corrección de la estenosis hipertrófica del píloro, en tanto adecuadamente AR2 continuó con el manejo médico establecido.

**138.** Enseguida se valorarán las violaciones al derecho humano a la protección de su salud de V1 con motivo de la queja presentada por V2 y V3 en este Organismo Nacional.

**A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica atribuible a personal del Hospital General 197.**

**139.** En el presente apartado se analizarán las violaciones al derecho humano a la protección de la salud de V1 posterior a la cirugía de piloromiotomía realizada por AR1.

**140.** El mismo 4 de febrero de 2016, a las 21:00 horas, AR3 reportó a V1 con signos vitales dentro de parámetros aceptables, tolerancia de la vía oral, evacuaciones y uresis al corriente, abdomen depresible, doloroso a la palpación, sin palpar visceromegalias (aumento de tamaño de los órganos internos que se



encuentran en el abdomen), afebril en sus primeras horas del postquirúrgico, reportándola muy delicada y con pronóstico reservado a evolución.

**141.** El 5 de febrero de 2016, AR1 revaloró a V1 con 27 días de vida, postoperada de piloromiotomía, hidratada, en sueño fisiológico, tórax sin alteraciones, abdomen plano, blando, depresible, con herida limpia afrontada, sin huellas de sangrado, peristalsis y resto normales, indicándole inició de la vía oral, soluciones intravenosas a requerimiento cada 8 horas, protector gástrico, analgésico, antiemético-procinético, toma de signos vitales por turno, cuidados generales, vigilancia del perímetro abdominal pre y postprandial, posición “*semifowler*”, así como tolerancia y su incremento para que fuera egresada en las siguientes 24 horas.

**142.** Horas más tarde, AR2 continuó con el manejo establecido por AR1 y reportó a V1 como delicada con pronóstico bueno para la vida y la función; sin embargo, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, dicha persona servidora pública pasó inadvertido que en la hoja de enfermería se reportó a V1 con “(...) *dolor agudo (ilegible)*”, limitándose a continuar con manejo establecido por cirugía pediátrica, omitiendo que AR3 la había reportado con dolor abdominal desde el 4 de febrero de 2016.

**143.** A las 15:10 horas de ese mismo día, AR5 indicó que V1 inició la alimentación enteral con pronóstico reservado a evolución, sin que realizara la exploración física dirigida de abdomen, ya que enfermería reportó que V1 presentó dolor agudo abdominal e incremento del perímetro abdominal, lo que significaba que el abdomen se distendía por una probable obstrucción intestinal de origen a determinar.

**144.** Misma omisión en que incurrió AR4 a las 22:00 horas, cuando se reportó que el perímetro abdominal de V1 se incrementó de 26 a 29 centímetros durante todo el día aunado a que presentó dolor agudo, pese a ello, dicho personal médico indicó que se esperaba su egreso en breve, por lo que omitió la valoración del incremento del perímetro abdominal, sin que interconsultaran con el servicio de cirugía pediátrica.

**145.** A las 09:00 horas del 6 de febrero de 2016, AR2 indicó que personal de enfermería reportó que V1 presentó vómito a las 06:00 horas de contenido lácteo y posteriormente de contenido biliar verdoso escaso, que no había evacuado pero sí canalizaba gases, pesaba 1,980 kilogramos y signos vitales dentro de parámetros aceptables, por lo cual indicó un lavado gástrico y la toma de 17 mililitros de electrolitos orales con vigilancia de tolerancia a la vía oral, soluciones intravenosas a requerimiento con reposición electrolítica y en cuanto V1 tolerara dos tomas de fórmula láctea reportarlo para reajustarle soluciones, así como le prescribió protector gástrico (ranitidina/omeprazol), antiemético (metoclopramida) y pidió cuidados generales de enfermería, destrostix por turno, peso diario, control de líquidos y balance por turno, eutermia en cuna radiante, perímetro abdominal estricto pre y postprandial, “*semifowler*” estricto durante alimentación/técnica antirreflujo, cuidados de herida quirúrgica, reportando que V1 se encontraba en ese momento, sin datos de alarma abdominal con pronóstico esperado “*bueno*”.

**146.** En ese sentido, el personal de este Organismo Nacional consideró que AR2 omitió la valoración dirigida del abdomen de V1 debido a que personal de enfermería reportó incremento de su perímetro abdominal de 30 centímetros, lo que significaba alguna parálisis intestinal postquirúrgico, así como tampoco valoró

la razón por la cual no había evacuado, aunado a que cuando presentó el vómito fue a las 06:00 horas, siendo hasta las 09:00 horas cuando vomitó dos veces más, tampoco solicitó estudios de laboratorio urgentes de control, radiografía, ultrasonido abdominal ni su valoración inmediata por cirugía pediátrica para que descartara alguna complicación derivada de la cirugía realizada 48 horas anteriores.

**147.** De la revisión que AR6 realizó a V1, el 6 de febrero de 2016, se advirtió lo siguiente:

**147.1.** V2 le informó que a las 15:00 horas, V1 había presentado quejido respiratorio, por lo que la revisó y presentó vómito con contenido biliar abundante -10 mililitros aproximadamente-, reportándola con fiebre, frecuencia cardiaca de 180 por minuto (taquicardia), taquipnea, distensión abdominal, palidez generalizada +, asistida con oxígeno, hipotermia en zonas distales y acrocianosis (datos de choque séptico, de origen probablemente abdominal) y destrostix de 140 mg/dl.

**147.2.** A la exploración física se le apreció con ruidos cardiacos, elevación del ritmo, campos pulmonares ventilados con quejido respiratorio intermitente (paciente febril y abdomen restrictivo), abdomen distendido con resistencia, herida con leve hiperemia (rojiza), sin calor local, peristalsis presente, extremidades con pulsos palpables y llenado capilar de 3 segundos, sin apoyo de oxígeno.

**147.3.** AR6 le administró una carga de cristaloides por la descompensación infecciosa que le generó elevación de la frecuencia cardiaca, respuesta

inflamatoria sistémica y fiebre; una vez que le controló la temperatura, V1 continuó con taquicardia, por lo que le colocó oxígeno, esperando la disminución de su perímetro abdominal.

**147.4.** La última biometría hemática realizada el 3 de febrero de 2016, reportó que V1 presentaba plaquetopenia, y que a pesar de que apagó la cuna radiante continuaba febril, por lo que la dejó con doble esquema antimicrobiano y ampicilina, sonda nasogástrica a derivación y dificultad en la disminución del perímetro abdominal.

**147.5.** AR6 le Informó al jefe de guardia que no había personal de rayos X, por lo cual solicitó una gasometría arterial de control la cual reportó que V1 presentaba acidosis respiratoria y descontrol glucémico, por lo que verificaría si presentaba trombocitopenia, diagnosticándola con: *“septicemia no específica, obstrucción intestinal probable íleo, postoperada de pilorotomía, anemia corregida con hemoderivados, trombocitopenia, (...) desnutrición, acidosis metabólica, dificultad respiratoria leve secundaria”*.

**147.6.** A las 15:15 horas, AR6 indicó ayuno, colocación de sonda nasogástrica a derivación, control térmico estricto, antibioticoterapia (ampicilina, amikacina) y solicitó radiografía de abdomen portátil (de pie y decúbito), estudios de laboratorio de control (biometría hemática, electrolitos séricos, calcio, gasometría seriada), medio supositorio de glicerina vía rectal -dosis única-, soluciones intravenosas para reposición hídrica, oxígeno con casco cefálico, monitorización con oxímetro y resto con el manejo indicado.

**147.7.** A las 16:00 horas, AR6 indicó control de líquidos y le administró a V1 una carga de cristaloides por descompensación infecciosa y la reportó muy grave con pronóstico reservado y riesgo de agotarse y requerir ventilación asistida (fase III de ventilación).

**147.8.** A las 18:40 horas, reportó que V1 presentaba uresis, buena oximetría, tiros intercostales bajos, quejido respiratorio constante, lo cual era indicativo de mayor compromiso respiratorio, atribuyéndolo AR6 al cansancio, pues el drenaje por la sonda nasogástrica era leve biliar y con tinte gástrico, permaneciendo V1 aun con distensión abdominal importante (lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional era indicativo de urgencia abdominal).

**147.9.** Lo que ameritó el inicio fase III de ventilación con cánula endotraqueal, acoplándose al ventilador con esfuerzo respiratorio *“muy pobre”* o nulo, palidez generalizada e indicó su valoración por cirugía pediátrica *“no hay en el hospital”* ya que los resultados de sus estudios de laboratorio la reportaron con leucopenia a verificar con nueva biometría hemática y se decidiera el esquema antimicrobiano por edad y comportamiento.

**148.** Al respecto el personal médico de esta Comisión Nacional indicó que el actuar de AR6 fue inadecuado por haberle colocado a V1 una sonda nasogástrica cuanto AR1, el 4 de febrero de 2016, indicó *“no colocar sonda nasogástrica por ningún motivo”*, así como cuando indicó que V1 presentaba datos de choque séptico, omitió solicitar su interconsulta urgente con cirugía pediátrica, máxime

que V1 contaba con antecedente del procedimiento quirúrgico abdominal realizado dos días anteriores, a fin de que se descartara la posibilidad de que cursara alguna complicación derivada del mismo procedimiento quirúrgico.

**149.** AR6 tampoco requirió interconsulta urgente con el servicio de terapia intensiva pediátrica cuando indicó que no había personal de rayos X, o en su caso pudo haber solicitado el traslado de V1 al siguiente nivel de atención para su manejo especializado, tal cual lo especifica la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico en paciente 1 mes a 18 años de edad”*.

**150.** A las 22:00 horas del mismo 6 de febrero de 2016, AR3 reportó que V1 presentaba lo siguiente:

**150.1.** Fiebre, taquicardia, palidez de tegumentos, mucosas secas, ruidos cardiacos aumentados de frecuencia, abdomen distendido, resistente y doloroso sin peristalsis, extremidades hipotróficas, llenado capilar de 3 segundos, fase III de ventilación, acidosis metabólica, frecuencias cardiacas elevadas, sin datos de falla cardiaca ni apoyo aminérgico, escasa uresis y deshidratada, por lo cual le tomó control de electrolitos y la diagnosticó con: *“síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, sepsis sin germen aislado, postoperada de pilorotomía, anemia corregida con hemoderivados, abdomen agudo”*.

**150.2.** También le indicó carga de cristaloides e incrementó el aporte de líquidos, corrigió su acidosis metabólica con bicarbonato de sodio y le colocó un catéter venoso central e inició tratamiento con antibióticos de

amplio espectro (cefotaxima y vancomicina), protector gástrico (omeprazol), vitamina K y reajustó las soluciones intravenosas.

**150.3.** Solicitó monitorización continua, destrostix por turno, balance de líquidos, manejo dinámico ventilatorio, cuidados de tubo endotraqueal, eutermia (temperatura normal) en cuna radiante y refirió que aun cuando V1 inició la alimentación el día previo a su revisión con líquidos claros, presentó vómito, distensión abdominal, así como datos de respuesta inflamatoria sistémica y abdomen agudo, por lo cual AR3 le solicitó a la subdirección contactará a cirugía pediátrica para que la valoraran e indicó su pase a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e informó a su familiar los riesgos y complicaciones.

**150.4.** Realizó la hoja de referencia al servicio de cirugía pediátrica del Centro Médico “*La Raza*” para su manejo especializado a fin de que se descartara si V1 presentaba perforación intestinal.

**151.** Debido a que V1 presentó anemia y tiempos de coagulación prolongados, a la 01:00 horas de 7 de febrero de 2016, AR3 le indicó transfusión de concentrado eritrocitario y plasma fresco congelado, así como le reajustó las soluciones intravenosas.

**152.** El mismo 7 de febrero de 2016, sin que se especificara la hora, un médico pediatra remitió a V1 al Centro Médico “*La Raza*” con diagnósticos de: “*postoperada de piloromiotomía, perforación intestinal, acidosis metabólica, choque distributivo*” e indicó su valoración por cirugía pediátrica, razón por la que a V1 se le trasladó a dicha unidad a las 03:45 horas en ambulancia.

**153.** En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, AR3 y un médico pediatra más atendieron a V1 conforme a sus padecimientos, por lo que ordenaron su traslado al siguiente nivel de atención médica para su manejo especializado por cirugía pediátrica al cursar con abdomen agudo y choque.

**154.** En cuanto a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, al no haber indagado respecto a la semiología del dolor abdominal que presentó V1 posterior a la cirugía y de acuerdo a la revisión del primero, realizarle la exploración física dirigida, así como considerado el incremento abdominal y la naturaleza de los vómitos, contribuyeron a que su estado de salud evolucionara hacia el estado de choque séptico por probable perforación intestinal y deterioro respiratorio el 6 de febrero de 2016, lo que ameritó su traslado al Centro Médico “*La Raza*” con grave estado general el 7 de ese mismo mes y año, complicaciones de elevada mortalidad que pasaron desapercibidas por los médicos tratantes como se acreditó.

❖ **Atención médica de V1 en el Centro Médico “*La Raza*”.**

**155.** A las 04:16 horas del 7 de febrero de 2016, V1 ingresó al servicio de urgencias de pediatría del Centro Médico “*La Raza*”, por lo que a las 05:30 horas, fue atendida por personal especializado en pediatría, quien la reportó con 30 días de vida, proveniente del Hospital General 197 para valoración por cirugía pediátrica, con peso de 1,985 kilogramos, frecuencia cardiaca 160 por minuto, frecuencia respiratoria 48 por minuto y fiebre.



**156.** A la exploración física la encontró en malas condiciones generales, con palidez generalizada, bajo ventilación mecánica asistida, normocéfalo con globos oculares con buen tono, narinas permeables, orofaringe hidratada con cánula orotraqueal permeable, cuello corto cilíndrico, tórax con disparos de ventilador audible, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen globoso, distendido a tensión con presencia de hematoma en cuadrante superior derecho de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, peristalsis ausente, extremidades con llenado capilar de 4 segundos y drenaje gastrobiliar importante por sonda, por lo cual la diagnosticó como: *“Recién nacida de 1 mes de vida, postoperada de piloroplastía, probable perforación intestinal y sepsis secundaria”*.

**157.** Debido a que los resultados de los estudios de laboratorio evidenciaron que V1 presentaba leucopenia, hemoglobina de 12.4 g/dl y tiempos de coagulación prolongados (indicativo de falla hematológica y choque), le indicó ayuno, soluciones intravenosas a requerimiento, carga con reposición electrolítica, protector gástrico, antibióticos de amplio espectro, sedoanalgesia, analgésico, monitorización continua, manejo dinámico del ventilador, toma de perímetro abdominal cada hora, balance estricto de líquidos y requirió estudios de laboratorio de control (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático, tiempos de coagulación), pruebas sanguíneas, control gasométrico, interconsulta con cirugía pediátrica y terapia intensiva y su pase a observación e indicó que su pronóstico se encontraba ligado a evolución con riesgo elevado de muerte, lo cual explicó a V3.

**158.** A las 05:35 horas del 7 de febrero de 2016, el personal médico con especialidad en cirugía pediátrica reportó a V1 con frecuencia cardiaca de 140 por

minuto, frecuencia respiratoria de 40 por minuto, con hipotermia, hemodinámicamente inestable, con datos de choque séptico y con acidosis metabólica, por lo cual se le diagnosticó con: *“perforación intestinal, postoperada de piloroplastía”* y previa firma de la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, indicó su manejo quirúrgico inmediato con alto riesgo de muerte.

**159.** A las 06:00 horas, se realizó a V1 la valoración pre-anestésica con motivo de la laparotomía exploradora programada de urgencia, en la cual se indicó como riesgo anestésico *“ASA III”*, esto es, paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante y riesgo anestésico quirúrgico *“B3”*, es decir, con elevado riesgo de mortalidad y estableció que aplicaría anestesia general balanceada.

**160.** A las 08:00 horas de ese mismo día, V1 ingresó a quirófano y veinte minutos posteriores, personal médico con especialidad en cirugía pediátrica le realizaron laparotomía exploradora y describieron la siguiente técnica quirúrgica:

*“(...) se incide sobre herida previa tipo Robertson hacia lado izquierdo y se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal incidiendo peritoneo (...) saliendo abundante material biliar el cual se aspira. Se realiza lisis de adherencias y se extrae asas intestinales. Se aspira todo el contenido y se realiza descompresión de asas hasta encontrar perforación intestinal sobre piloromiotomía previamente realizada con salida de contenido gastrobiliar hacia la parte distal unión de píloro con duodeno. Se cierra de manera primaria dicha perforación en 2 planos puntos simples y después lembert (...) se disfuncionaliza yeyuno proximal y se realiza ligadura de mesenterio con seda (...) se incide a nivel de piel lado izquierdo se exterioriza yeyuno, se peritoniza con vycril (...) y posterior maduración con seda (...). Se localiza curvatura mayor de estómago*

*y cara anterior y se colocan riendas de seda (...) en 2 planos y se incide colocando sonda de Foley 12 (...). Se fija, cierra y fija a aponeurosis 2 puntos (...). Se aspira cavidad y colocan drenajes tipo penrose bilaterales hacia perforación pilórica, hacia yeyuno estoma). Y hacia hueco pélvico (2). Se fija gastrostomía y ambos penrose con nylon 3/0. Se inicia cierre de apred abdominal con vycril 3/0 peritoneo surgete continuo. Aponeurosis vycril 2/0. Puntos simples (...) se da por terminado el acto quirúrgico (...)*”.

**161.** Dicho personal médico encontró los siguientes hallazgos: perforación de 5 milímetros en píloro con abundante material intestinal en cavidad, abundantes natas de fibrina, adherencias, asas con coloración violácea, peritonitis generalizada, sangrado de 30 centímetros cúbicos y se reportó la cirugía sin complicaciones inmediatas, con riesgo de que V1 presentara sangrado, perforación intestinal, oclusión intestinal, sepsis abdominal, dehiscencia de gastrostomía y de estoma por cavidad, infección de herida y choque séptico, por lo cual se le diagnosticó con: *“perforación pilórica”* y se informó a su familiar el estado de salud con alta probabilidad de desenlace fatal a corto plazo.

**162.** A las 10:15 horas del mismo 7 de febrero de 2016, V1 egresó en incubadora a urgencias de pediatría, con presencia de acidosis metabólica confirmada por gasometría, por lo cual se le indicó ayuno, toma de signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, cuidados de herida quirúrgica, sonda de gastrostomía a derivación, mantener estoma cubierto con *“jelonet”*, cuidados de penrose, cuantificación de sonda urinaria a derivación y catéter, soluciones intravenosas con reposición electrolítica, protector gástrico, antibióticos, sedoanalgesia, analgésicos, ventilación mecánica asistida, vigilancia de condiciones abdominales y se solicitó una radiografía de control, nueva gasometría, biometría hemática urgente y su interconsulta con terapia intensiva.

**163.** En la opinión médica de esta Comisión Nacional, se estableció que los hallazgos descritos por los cirujanos pediatras acreditaron que la perforación de 5 milímetros del píloro encontrada en V1, se produjo durante la cirugía de piloromiotomía realizada por AR1 el 4 de febrero de 2016, complicación que igualmente pasó desapercibida por AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 del 4 al 6 de ese mismo mes y año, a pesar de que V1 presentó manifestaciones tempranas como dolor abdominal, incremento del perímetro abdominal, vómito, fiebre, acrocianosis, aumento de frecuencia cardíaca y respiratoria, ausencia de evacuaciones y choque séptico secundario a dicha perforación.

**164.** Dicho personal médico especializado omitió la valoración y vigilancia estrecha postquirúrgica de V1, así como la solicitud de estudios de laboratorio, radiografía y ultrasonido abdominal urgentes para que fuera valorada de inmediato por cirugía pediátrica y no dos días posteriores cuando su estado de salud ya estaba muy deteriorado a grado tal que ameritó su traslado al tercer nivel de atención médica, máxime que las complicaciones que presentó pudieron haberse corregido si se hubiera advertido oportunamente que cursaba con perforación pilórica, lo cual no sucedió y en consecuencia, les genera responsabilidad.

**165.** A las 13:25 horas del 7 de febrero de 2016, V1 fue valorada por personal médico de base de urgencias de pediatría, quienes reportaron en ayuno, con hipotensión arterial, bajo sedación, somnolienta, pupilas mióticas, lentamente reactivas a estímulos luminosos, cardiohemodinámico con precordio rítmico de buen tono e intensidad sin soplos, con apoyo aminérgico (dobutamina y dopamina), en fase III de ventilación, pulmones con discreta rudeza respiratoria, sin modificación a nivel ventilatorio, abdomen con yeyunostomía, estoma violáceo, peristalsis abolida,

sonda orogástrica con gasto biliar, gastrostomía a derivación, pulsos palpables, llenado capilar de 2 segundos, con acidosis mixta refractaria confirmada por gasometría.

**166.** Se continuó con ayuno, monitorización continua, toma de signos vitales con tensión arterial cada 2 horas, curva térmica y eutermia, cuidados de sonda orogástrica a derivación, sonda urinaria a derivación, de penrose y gastrostomía a derivación y cuantificación del gasto, cuidados de herida quirúrgica, manejo dinámico de ventilador, cuidados de sondas y catéter, cánula endotraqueal, mantener estoma cubierto con “*jelonet*” (apósito), aspiración gentil de secreciones por turno, destrostix por turno, soluciones intravenosas a requerimientos con reposición electrolítica, protector gástrico, antibióticos, analgésico, sedoanalgesia (midazolam, buprenorfina), amina vasoactiva (dobutamina, dopamina), bicarbonato de sodio en cargas y transfusión de concentrados eritrocitario por presencia de anemia.

**167.** Se estableció que estaba pendiente la radiografía de tórax y abdomen al siguiente día como los estudios de rutina, incluyendo reactantes en fase aguda, reportándose a V1 grave con pronóstico reservado a evolución.

**168.** A las 15:45 horas, personal médico de base de urgencias de pediatría agregó al manejo indicado otra amina vasoactiva (norepinefrina) ante la inestabilidad hemodinámica de V1, también le cambió la sonda urinaria y ordenó toma de control gasométrico posterior a inicio de norepinefrina, se reajustaron soluciones intravenosas y se solicitó radiografía de tórax, abdomen e interconsulta a terapia intensiva pediátrica.

**169.** El 8 de febrero de 2016, a las 03:30 horas, diverso personal médico de base de urgencias de pediatría, reportó que V1 presentaba inestabilidad hemodinámica, saturación de oxígeno de 89% (disminuida), cardiohemodinámico con cifras tensionales bajas, por lo cual se le incrementó la dosis de aminos y adrenalina.

**170.** Debido a que su control gasométrico venoso reportó la presencia de hipoxia, acidosis y tiempos de coagulación prolongados, se le administró a V1 una carga de cristaloides, transfusión de plasma fresco congelado y vitamina k, sin que se obtuviera adecuada respuesta, igualmente se le administró diurético por datos de retención hídrica y se solicitó paraclínicos de control para el siguiente día, quedando pendiente su valoración por terapia intensiva pediátrica, reportándola muy grave, con alto riesgo de fallecer, situación que se informó a sus familiares.

**171.** V1 fue valorada en esa misma fecha, esto es, el 8 de febrero de 2016, por personal médico de base de cirugía pediátrica, quien la reportó bajo sedoanalgesia con datos de mala perfusión, fontanela anterior normotensa, con apoyo mecánico ventilatorio y aminérgico, precordio hiperdinámico, ruidos cardiacos rítmicos, sin agregados, abdomen con peristalsis nula, herida quirúrgica sin datos de sangrado activo, sonda de gastrostomía permeable, miembros pélvicos simétricos, llenado capilar retardado con falla renal (oliguria, retención hídrica, edema +), acidosis metabólica en corrección, mala respuesta al tratamiento aminérgico (dobutamina, dopamina, norepinefrina, adrenalina), por lo cual la reportaron grave con alto riesgo de fallecer.

**172.** A su vez, personal médico de base de urgencias de pediatría reportó que V1 se encontraba en mal estado general sin respuesta al manejo establecido y que presentó paro cardiorrespiratorio, sin respuesta a las maniobras de reanimación

avanzada, por lo que la declaró como hora de su fallecimiento las 09:50 horas del 8 de febrero de 2016 y determinó como causas de su defunción: “*choque séptico, sepsis abdominal, postoperada pilorotomía/laparotomía exploradora perforación intestinal, hipertrofia pilórica*”, tal como se describió en el certificado de defunción correspondiente.

**173.** Al respecto el personal médico de esta Comisión Nacional indicó que si bien es cierto el Jefe de Cirugía Pediátrica adscritos al Centro Médico “*La Raza*” el 6 de octubre de 2016 informó que V1 “*(...) estuvo a cargo de atención médica continua desde su arribo a la unidad, ya que no había espacio físico para su ingreso en Terapia Intensiva Pediátrica (...)*”, dicha circunstancia no fue impedimento para que el personal médico tratante le brindaran un manejo intensivo que la paciente requería, debido a que la trataron de forma multidisciplinaria e integral conforme a su patología de base.

**174.** Igualmente se precisó que V1 cursó con perforación pilórica que derivó directamente en su lamentable fallecimiento por choque séptico y sepsis abdominal tal como se acreditó con los hallazgos descritos por el personal cirujano pediatra del Centro Médico “*La Raza*” en la laparotomía exploradora del 7 de febrero de 2016, perforación que fue secundaria al procedimiento quirúrgico de piloromiotomía realizada por AR1 el 4 de ese mismo mes y año, complicación que igualmente pasó desapercibida tanto por el citado especialista como por AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6.

**175.** En la precitada opinión médica de esta Comisión Nacional, se resaltó que de haberse diagnosticado y manejado adecuada y oportunamente la perforación intestinal sobre piloromiotomía previamente realizada, se le habría brindado a V1, mejor pronóstico de sobrevivida y evitado las complicaciones que se presentaron y

que la llevaron directamente a su desafortunado fallecimiento a pesar del manejo multidisciplinario en el Centro Médico “La Raza”.

**176.** Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 no garantizaron el derecho humano de V1 a la protección a la salud, por no haberle proporcionado la atención médica inmediata que requería desde que AR3 indicó que cuando la advirtió que presentaba dolor abdominal posterior a la cirugía, por lo cual incumplieron con la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento de Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro”*, en la que se especifica que *“(…) El manejo del dolor es importante para lograr una recuperación rápida. Se recomienda evaluar el dolor en forma rutinaria. La vigilancia postoperatoria es muy importante y nunca debe ser obviada (…)”*.

**177.** Igualmente transgredieron el artículo 33, fracción II de la Ley General de Salud, que alude a las actividades de la atención médica y puntualiza que las *“(…) Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; (…)”*, en concordancia con el ordinal 51 del mismo ordenamiento en el que dispone que *“(…) Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (…)”*, lo que no aconteció.

**178.** Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 no garantizaron el derecho a la protección a la salud de V1, al no haberle proporcionado la atención médica de urgencia que requería dada la evolución de su estado clínico, máxime que AR6 indicó que requería su valoración urgente por cirugía pediátrica sin que la hubiera canalizado a diverso hospital, por lo que incumplieron el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Atención médica*



*prehospitalaria*” en la que se define por urgencia “*todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata*”, lo que en el caso particular no aconteció.

**179.** El inadecuado manejo del diagnóstico postoperatorio de V1 derivó en la afectación a su derecho a la salud, pues al no haber obtenido una atención de calidad y ante el deterioro progresivo en su estado físico, se le envió a una unidad hospitalaria de tercer nivel donde se le realizó laparotomía exploradora, encontrándole perforación del intestino en el área de la cirugía anterior, lo cual vulneró su derecho humano a la protección de la salud y a la vida como se analizará enseguida.

## **B. DERECHO A LA VIDA.**

**180.** La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en documentos internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

**181.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que “*El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias*

**(...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).<sup>5</sup>**

(Énfasis añadido).

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

**183.** También se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

**184.** Al respecto el inciso D, punto 16, de la Observación General No. 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, refiere como obligación del Estado determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños.

---

<sup>5</sup> SCJN. “*DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO*”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, Pág. 24.

**185.** La CrIDH ha establecido que “(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”<sup>6</sup>, asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”<sup>7</sup>.

**186.** Este Organismo Nacional ha sostenido que “*existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*”<sup>8</sup>.

**187.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal

---

<sup>6</sup> CrIDH. Caso *Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

<sup>7</sup> CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

<sup>8</sup> CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

médico del Hospital General 197, son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

### **B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.**

**188.** De las evidencias analizadas se advirtió que el 4 de febrero de 2016, V1 ingresó al cunero patológico del Hospital General 197 con diagnóstico de: *“hipertrofia congénita de píloro, síndrome anémico corregido, postoperada de piloromiotomía”*, misma fecha en la que AR3 reportó posterior a su cirugía que presentó abdomen depresible *“doloroso a la palpación”*, sin que él, ni AR1, AR2, AR4, AR5 y AR6, hubieran indagado la semiología de dicho síntoma, lo que trajo como consecuencia otras complicaciones como incremento del perímetro abdominal, que a dicho del personal médico de este Organismo Nacional, ameritaba su valoración por cirugía pediátrica para descartar que fuera derivado del procedimiento quirúrgico del día previo, también vómito de contenido lácteo y posteriormente biliar verdoso escaso y luego abundante, ausencia de evacuación, quejido respiratorio y datos de choque séptico de origen probablemente abdominal, por lo cual se le envió al Centro Médico *“La Raza”*, donde a pesar del adecuado manejo médico, lamentablemente falleció a las 09:50 horas del 8 de ese mismo mes y año.

**189.** En opinión de los médicos de esta Comisión Nacional de haberse diagnosticado y manejado oportunamente los síntomas de V1, se le habría brindado mejor pronóstico de sobrevivencia y evitado las complicaciones que contribuyeron a su desafortunado deceso.

**190.** Por tanto, dichos profesionistas incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada a V1, quien formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad por su condición de persona recién nacida que ameritó atención especializada para su restablecimiento, por lo cual debieron otorgarle protección y cuidados especiales, ya que si bien asentaron que no había servicio de fluoroscopia, ni personal en rayos X o de cirugía pediátrica, debieron derivarla a un hospital donde se pudiera restablecer su condición de salud, lo cual sucedió hasta que su estado de salud estaba muy deteriorado.

**191.** Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al haber omitido la apropiada prestación del servicio a que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas postoperatorios de V1 para que le brindaran tratamiento adecuado y apegado a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en las acciones y conductas omisas como aconteció, lo que ocasionó que V1 lamentablemente perdiera la vida, por tanto dicho incumplieron con los artículos 48 y 138 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de los que deriva su responsabilidad al no haber dado a V1 una prestación de salud oportuna y de calidad para su sobrevivencia.

**192.** Al no haber solicitado la radiografía y ultrasonido de urgencia para valorar el origen de la sintomatología de V1 incumplieron con la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento de Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro”*, en la que se menciona que el manejo del dolor es importante para una recuperación

rápida, por lo que debe evaluarse en forma rutinaria con vigilancia postoperatoria efectiva sin ser obviada, lo que evidentemente no sucedió.

**193.** Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento Estenosis, Hipertrófica Congénita de Píloro”*.

### **C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.**

**194.** Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4º, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

**195.** El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

**196.** La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad, requiere de protección y cuidado especiales, en ese sentido, en el artículo 3.1 establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas concernientes a las niñas y los niños, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

**197.** En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que *“Todo niño tiene derecho, (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

**198.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha señalado que en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, *“(...) se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...), el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también (...) los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y como algo*

*primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...)*.<sup>9</sup>

**199.** El artículo 6º de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece como dos de los principios rectores en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes el *“interés superior de la niñez”* y la *“corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades”*.

**200.** La Observación General No. 14 sobre *“el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial”* del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, Artículo 3, párrafo 1,<sup>10</sup> señala que *“La plena aplicación del concepto de 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 (...) del niño y promover su dignidad humana (...)”*.

**201.** La Observación General No. 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el *“derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”*, establece que *“(...) El artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, (...) a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a*

---

<sup>9</sup> Tesis aislada: Registro: 2013385 *“Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”*. Semanario Judicial de la Federación, Libro 38, 6 de enero de 2017.

<sup>10</sup> Introducción, inciso A, numeral 5.



*la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños (...)*”.

**202.** La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, indica que todo niño debe recibir “(...) *las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado*”.

**203.** La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala que la infancia tiene “*derecho a cuidados y asistencia especiales*”.

**204.** La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “(...) *los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), 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 (...)*”.<sup>11</sup>

**205.** Para esta Comisión Nacional, V1 formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad dada su condición entonces de persona recién nacida y debido a la cirugía de piloromiotomía que se le realizó, ameritaba un tratamiento postquirúrgico en el cunero patológico para su restablecimiento, por lo cual AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 debieron prever su necesidad imperante de protección y cuidados especiales, como pudo haber sido indagar sobre la semiología del dolor abdominal reportado horas posteriores a su cirugía por AR3 para allegarse de datos clínicos que dieran certeza a su diagnóstico y ulterior tratamiento, lo que no sucedió.

---

<sup>11</sup> CrIDH. Caso González y otras “*Campo Algodonero*” Vs. México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

### **C.1 Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de V1.**

**206.** Este Organismo Nacional considera que con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, se transgredió en agravio de V1, el interés superior de la niñez, debido a que los actos realizados por dichas personas servidoras públicas ocasionaron la afectación a su derecho a la protección de la salud y a su vida como se acreditó, máxime que en la opinión médica de este Organismo Nacional, se estableció que de habersele diagnosticado y manejado adecuada y oportunamente se le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia y evitado las complicaciones que derivaron en su desafortunado deceso.

**207.** En ese sentido, la CrIDH ha establecido que el *“Estado debe prestar especial atención a las necesidades y a los derechos de los niños, en consideración a su condición particular de vulnerabilidad”*.<sup>12</sup>

**208.** En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 vulneraron el interés superior de la niñez, al no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran a V1 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la OMS implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de*

---

<sup>12</sup> CrIDH, Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC-17/02, supra, párrs. 53, 54 y 60 y, Caso Chitay Nech y otros Vs. Guatemala, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párr. 164.

*forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*<sup>13</sup> con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció, por lo cual transgredieron sus derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo cuarto y noveno constitucionales; 1, fracciones I y II, 2, párrafo segundo, 4, fracción XX, 6, fracciones I, II, VI, XII, 13, fracciones I y IX, 43 y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6º de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos “*Pacto de San José*”; 12.1 y 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; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 51 párrafo primero y 61 de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

**209.** También transgredieron los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, en los que se establece que los médicos serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, por lo que están obligados a procurar un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad y acordes al conocimiento

---

<sup>13</sup>“*Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*”, emitidas por la Secretaría de Salud, 2013, página 26.

científico vigente, lo que no aconteció ante las irregularidades descritas y que impidieron la efectividad del derecho a la protección de la salud de V1 y que trajo como consecuencia que desafortunadamente perdiera la vida.

**210.** Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto y noveno constitucional, tratándose de niños, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. Lo que en el presente caso AR1 omitió por las razones expuestas.

**211.** Para garantizar la adecuada atención médica a la niñez, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.<sup>14</sup>

**212.** Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

**213.** En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en*

---

<sup>14</sup> Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

*todas las edades”, en especial, en relación a la meta 3.2., cuya misión es: “poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años”.*

**214.** Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y de esta manera, se garantice una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para hacer frente a cualquier tipo de infección nosocomial.

#### **D. Consideraciones en torno a la ampliación de queja de V2 y V3.**

**215.** El 25 de agosto de 2016, V2 y V3 presentaron a través de la ONG un escrito de ampliación de queja, en el que V2 indicó las irregularidades que percibió durante su control prenatal en la Unidad Médico Familiar 84 y en el Hospital General 197, de entre las que se destaca: la violencia obstétrica que culminó en el lamentable deceso de V1 por la indebida atención médica derivada de la omisión de diagnosticar una enfermedad, la negativa a practicar una operación en el píloro y la negativa a trasladarla a diverso hospital que contará con el equipo y personal necesarios.

**216.** También solicitó a esta Comisión Nacional, determine que las violaciones a sus derechos son constitutivos de *“tortura por anticoncepción forzada, violencia obstétrica y muerte neonatal”* y se les brinde atención médica y psicológica puntual y especializada derivado de la angustia innecesaria a la cual fueron sometidos; como medida de no repetición, que las instalaciones de salud del IMSS adopten medidas de sensibilización, educación, capacitación y profesionalización del

personal para que se respeten los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la información en materia de salud, entre otros y se contemple el pago de indemnización económica que comprenda los daños materiales e inmateriales por la inadecuada atención médica recibida.

**217.** Para acreditar lo anterior, V2 indicó en lo que interesa lo siguiente:

**217.1.** Llevó su control de prenatal con ginecólogos particulares debido a que en la Unidad Médico Familiar 84 siempre fue atendida *“de mala manera por médicos diferentes que se limitaban a platicar y revisar el estómago palpando porque no había aparatos o los que están no funcionaban”*.

**217.2.** Tuvo 10 citas para control prenatal sin que tuviera complicaciones, el 14 de diciembre de 2015, la enviaron a urgencias del Hospital General 197 permaneciendo en observación y siendo dada de alta por la mañana, *“no sin antes regañarla por ir sin estar en labor de parto”*.

**217.3.** En el ultrasonido particular de enero de 2015, le informaron que la cantidad de líquido amniótico normal era 8 y ella tenía 4.8, por lo que acudió al Hospital General 197, indicándole personal médico *que “sólo la estaban dejando sin hacer nada, que debían haberla operado desde que llegó, pero no lo hacían porque no contaban con ultrasonido doppler ni con incubadora para prematuros”*.

**217.4.** En cuanto a la actitud de las enfermeras durante el parto recuerda que *“sólo estaban platicando, sintiendo que no le ponían atención o que no*

*les importaba”, cuando le acercaron a su bebé no pudo interactuar con ella porque la estaban cociendo, después del parto le colocaron el DIU (dispositivo intrauterino) porque le dijeron “tienes que salir con un método, no te podemos dejar ir así, elige la salpingo o DIU”, pero fue presionada e incluso “le hicieron firmar tres veces El consentimiento porque no estaba segura”.*

**217.5.** *Cuando salió del quirófano dejaron su camilla en el pasillo donde se durmió hasta que una enfermera la despertó, a quien le dijo que necesitaba ir al baño, respondiéndole burlonamente “pues párate”, asimismo “la deprimió ver su cuerpo lastimado y morado de varias zonas, en particular vio que sus brazos y manos estaban amoratadas e hinchadas de las canalizaciones porque no se las colocaban con cuidado hasta parecía que lo hacían mal al propósito”.*

**217.6.** El 12 de enero de 2016, V1 fue dada de alta derivado de su estado de salud y de que *“nosotros preferíamos consultar a médicos particulares”.*

**218.** Este Organismo Nacional con motivo de la ampliación de queja de mérito, solicitó información al IMSS respecto a la atención médica de V2, por lo que el 20 de octubre de 2016, remitió los siguientes informes:

**218.1.** Personal médico del servicio de urgencias en gineco-obstetricia indicó que el 14 de diciembre de 2015, atendió a V2, quien fue enviada de su unidad de medicina familiar para la valoración de su ultrasonido particular, en el que se advirtió placenta senescente, por lo que solicitó un ultrasonido institucional para complementar su diagnóstico, el cual la

reportó con embarazo de 31 semanas por fetometría, placenta grado III, líquido amniótico de 11.7, cordón umbilical normal, corroborando la placenta calcificada y decidió su ingreso para la vigilancia de inicio de esquema de madurez pulmonar, agregó que no encontró familiar al momento de su ingreso, por lo cual los consentimientos fueron firmados posteriormente.

**218.2.** Diverso personal médico el 15 de diciembre de 2015, previa revisión de expediente médico de V2, reinterrogatorio, revaloración de estudios de laboratorio y de gabinete y cardiotocografía, decidió su egreso debido a que en ese momento contaba con 31 semanas de gestación, no tenía trabajo de parto ni había modificaciones cervicales y sus estudios evidenciaron el bienestar fetal; no obstante, por la senescencia placentaria la remitió a la consulta externa de embarazo de alto riesgo en el Centro Médico “*La Raza*” y le otorgó solicitud para interconsulta a perinatología de 3er nivel para su mejor atención.

**218.3.** Personal médico con especialidad en gineco-obtetrica informó que el 7 de enero de 2016, a las 20:00 horas, le brindó atención médica a V2, revisó su expediente médico, la reinterrogó y la revisó al igual que sus estudios de laboratorio y gabinete, agregó que ingresó con senescencia placentaria, sin que evidenciara trabajo de parto, sin embargo, ante su diagnóstico, solicitó registro tococardiográfico sin que fuera posible su realización en dicho turno.

**218.4.** El personal médico que revisó a V2 en su segundo día de puerperio quirúrgico, postoperada de cesárea, la reportó alerta, sin datos de vasoespasmo, afebril con buena hidratación, cooperadora, excretas



normales, cardiopulmonar sin compromiso, signos vitales dentro de parámetros normales y útero bien contraído, le realizó tacto vaginal encontrando cérvix semiadhescente (sic) con loquios escasos, no fétidos, miembros inferiores sin edemas, reflejos osteotendinosos normales y llenado capilar 2 segundos, al día siguiente la egresó con indicaciones médicas.

**218.5.** Por su parte, diverso médico que atendió a V2, el 8 de enero de 2016, reportándola con 29 años de edad, embarazo de 34.6 semanas, oligohidramnios severo y placenta senescente, durante la exploración física la apreció con actividad uterina en forma esporádica, disminución de movimientos fetales, cuyo ultrasonido del 7 de ese mismo mes y año, indicó fetometría de 33.5 semanas, placenta senescente sin embargo, su primer estudio de ultrasonido de 14 de diciembre de 2015, reportó un embarazo de 31.2 semanas, lo que evidentemente presentaba restricción de crecimiento, por lo que realizó una segunda opinión conjunta con médico adscrito en turno y el jefe de servicio, y optaron por la interrupción en breve vía cesárea, por lo que se le dieron informes de diagnóstico, plan de manejo y posibles complicaciones durante y después del evento obstétrico, tanto a V2 como a V3, lo que consta con el consentimiento informado y la hoja de cirugía debidamente requisitados.

**218.6.** Durante la intervención se obtuvo a las 12:54 horas, producto único vivo, con peso de 1,980 gramos, apgar 7/8, capurro de 35 semanas, talla de 43 centímetros, placenta pequeña, calcificada y ausencia total de líquido amniótico.

**218.7.** Durante dicho evento obstétrico se le colocó el dispositivo intrauterino, el cual fue método solicitado por V2 siendo una decisión libre, consciente e informada previamente y sin ninguna presión por parte del personal médico ni de enfermería, tal como consta con el documento firmado ella misma como aceptante.

**219.** El personal médico citado, externaron de manera coincidente que durante la atención que brindaron a V2 se dirigieron de forma cordial y con respeto; que sus respectivas revisiones las realizaron en presencia de personal de enfermería y médicos internos de pregrado previa explicación a V2, así como se le informaron los resultados de estudios de laboratorio y cuando lo requirió la importancia de que acudiera al tercer nivel de atención médica con un lenguaje claro y preciso y apegados a lo establecido en el Código de Conducta del Servidor Público y con base a la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”* y guías de práctica clínica, misma manifestación a la que se adhirieron los directores médicos del Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico “La Raza” y de la Unidad Médica Familiar 84.

**220.** Por su parte las enfermeras generales adscritas al Hospital General 197, indicaron que intervinieron en la atención médica de V2, el 8 de enero de 2016, refiriendo la primera, que la recibió en la sala del quirófano a las 12:15 horas y que a las 12.55 horas aproximadamente se procedió al alumbramiento de placenta y revisión de cavidad e instalación de método de planificación familiar DIU de acuerdo al consentimiento informado de aceptación por la paciente; en tanto la

segunda, esto es, indicó que atendió a V2 en el área de recuperación de la unidad tocoquirúrgica de las 13.45 horas a las 14:20 horas.

**221.** Personal de enfermería general que igualmente agregó que a V2 se le brindaron cuidados de enfermería de acuerdo al proceso de atención enfermero y cuidados de paciente transoperatorios de calidad, calidez y trato digno.

**222.** Al respecto, en la Recomendación General 31/2017, emitida por este Organismo Nacional, el 31 de julio de 2017, se estableció que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer y conlleva entre otros, la afectación al derecho humano a la integridad personal en su aspecto físico como psicológico.

**223.** En el párrafo 90, de la precitada Recomendación se estableció que tiene dos modalidades: a) 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”*; y b) la psicológica, se presenta cuando el trato a la paciente es *“(...) deshumanizado, grosero (...) cuando la mujer va a pedir asesoramiento, requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”*.

**224.** En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante*

*la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a 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 (...)”.*

**225.** Esta Comisión Nacional no contó con elementos que permitan acreditar que V2 haya sido víctima de violencia obstétrica durante su atención médica. En este sentido, V2 manifestó, respecto al consentimiento informado en planificación familiar, que: *“(...) inmediatamente después del parto le colocaron un DIU [dispositivo intrauterino] porque le dijeron tienes que salir con un método, no te podemos dejar ir así, elige la salpingo o DIU, pero fue presionada e incluso le hicieron firmar tres veces el consentimiento porque no estaba segura”.*

**226.** Al respecto, obra en su expediente clínico un “Consentimiento Informado en Planificación Familiar”, suscrito por V2, sin que pase inadvertido para este Organismo Nacional, que en el rubro correspondiente al *“lugar y fecha”* contiene dos fechas, debido a que con un tipo de letra se advirtió el *“15 Dic 15”* y enseguida con distinto tipo de letra *“08-01-16”*, lo que genera incertidumbre respecto al momento exacto en que V2 optó por dicho método, por lo que se deberá realizar la investigación a fin de deslindar la responsabilidad correspondiente.

**227.** Esta Comisión Nacional se ha pronunciado respecto a que para cumplir satisfactoriamente con el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, es indispensable que los prestadores de servicios de salud además de realizar una

adecuada valoración de la paciente, tomen en cuenta sus decisiones sobre sus procesos reproductivos, siempre que esto no afecte su salud y que tal decisión sea con pleno conocimiento y comprensión de la información aportada y no en el momento en que se encuentre en un estado de vulnerabilidad que impida dicho conocimiento, máxime cuando el servicio de planificación familiar se considera el medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. En ese sentido, en caso de que dicho “*Consentimiento Informado en Planificación Familiar*” haya sido suscrito por V2 momentos posteriores inmediatos al parto, en efecto, se configuraría violencia obstétrica en agravio de V2, y en ese supuesto, se tendrá que sancionar al personal médico responsable de ello.

## **E. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.**

**228.** El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

**229.** Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017<sup>15</sup>, párrafo 27, estableció que “(...) *los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico (...)*”.

---

<sup>15</sup> CNDH. Recomendación General 29/2017. “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”.

**230.** El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.<sup>16</sup>

**231.** En ese sentido, la CrIDH en el *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es 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 responsabilidades”*.<sup>17</sup>

**232.** La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el*

---

<sup>16</sup> 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). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

<sup>17</sup> CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

*estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)*”.

**233.** Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

**234.** Igualmente, precisó que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.<sup>18</sup>

**235.** En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el

---

<sup>18</sup> CNDH. Recomendación General 29/2017. Op.Cit. párrafo 34.

caso particular, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que remitió a este Organismo Nacional el IMSS con motivo de la queja presentada por V2 y V3.

### **E.1. Inadecuada integración del expediente clínico.**

**236.** De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que diversas notas médicas y de evolución suscritas por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 respecto a la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General 197, no sólo se omitió el nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula de dicho personal, sino también se encontraron ilegibles, con abreviaturas y en algunas ocasiones en hojas sin membrete de la unidad hospitalaria correspondiente.

**237.** Por lo que, dichos profesionistas infringieron los puntos 5.1, 5.2, 5.2.1, 5.2.3, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.13, de la NOM-004-SSA3-2012, que establecen la obligación de las y los prestadores de servicios de atención médica de cualquier establecimiento, público o privado, en cuanto a la integración y conservación del expediente clínico, las formalidades de las notas médicas o reportes, de entre las que se destaca, la fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, firma autógrafa, electrónica o digital, con lenguaje técnico-médico, letra legible, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras.

**238.** Durante la valoración postquirúrgica de V1, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional omitieron realizarle una adecuada exploración física e indagar la semiología del dolor abdominal que presentó el 4 de febrero de 2016, horas posteriores a la operación



de piloromiotomía, ni mucho menos se abocaron a la revisión del incremento del perímetro abdominal, por lo cual contravinieron los puntos 6, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3 y 6.2.6 de la referida Norma Oficial Mexicana, en los que se especifican los requerimientos para la realización de la revisión de la paciente y la determinación de su pronóstico y plan terapéutico.

**239.** En el expediente de queja que nos ocupa, sólo se anexó la hoja de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico, resultados de laboratorio y un informe médico del director de la Unidad Médica Familiar 84, donde el personal médico de este Organismo Nacional extrajo los datos de las consultas de control prenatal de V2, sin que se contara con el total de las notas médicas de valoración de cada consulta, recetas médicas o solicitudes de referencia en su período de atención comprendido del 1º de julio de 2015 al 4 de enero de 2016, con lo que se contravino el 5.7, párrafo segundo de la referida Norma Oficial Mexicana en la que se especifica el tipo de información que se puede proporcionar a la autoridad.

**240.** Llama la atención de este Organismo Nacional, que se cuenta con dos notas de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 4 de febrero de 2016; la primera, sin datos en el registro de la operación, firma del cirujano, descripción de técnica, complicaciones transoperatorias y observaciones; y la segunda, sin firma del personal legalmente responsable, lo que genera incertidumbre respecto a su contenido, al igual que la falta de documento que avale que a V1 se le realizó un hemocultivo.

**241.** Por otra parte, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que V2 refirió en su escrito de ampliación de queja que cuando acudieron al archivo del hospital para pedir los expedientes clínicos de V1 y de ella, les hicieron “*dar varias*

*vueltas*” diciéndoles que fueran en 3 horas o más tarde o que “*ellos los llevaban a donde los pidieran*”, posteriormente le dijeron que “*lo tenía que pedir un médico*”, resultando que uno de los médicos tratantes lo tenía y “*no lo podíamos consultar*” y cuando pidieron copia les dijeron “*no se los podemos dar por políticas del IMSS*”, lo que saben que no era verdad; agregaron que cuando egresó V1 les dijeron que presentaba infección, pero que ya iba medicada y se pondría bien, sin que les explicaran qué tipo de infección era, por qué le dio y qué cuidados necesitaba, así como tampoco les dieron el resultado del hemocultivo que le hicieron.

**242.** Manifestación que deberá ser investigada a fin de que se deslinde la responsabilidad correspondiente, debido a que si bien el expediente clínico es propiedad de la institución de salud o del prestador de servicios médicos que la genera, también lo es que todo paciente tiene derecho sobre la información relacionada con su salud, máxime que en el caso particular los progenitores de V1 eran los aptos para dicha solicitud.

**243.** Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y 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.

**244.** La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en 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 las personas usuarias de los servicios médicos.

**245.** No obstante tales Recomendaciones, 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 las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, 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.

**246.** Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 demás personal de quienes se deberá investigar sus datos, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y artículo 303 y 303 A) 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.

## **F. RESPONSABILIDAD.**

**247.** La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 en la atención médica proporcionada a V1, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron y que quedó acreditada, lo que derivó en la violación a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, así como al principio de interés superior de la niñez.

**248.** Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración de los expedientes clínicos de V1 y V2, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, así como de quien resulte responsable, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, respecto a la elaboración de las notas médicas, integración de la historia clínica y exploración física de V1, la falta de notas médicas, de información y acceso al expediente clínico como quedó acreditado.

**249.** En consecuencia, 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, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

**249.1.** Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V1, así como de AR7, AR8 y quien resulte responsable con motivo de las faltas de formalidad en la integración del expediente clínico de V1 y V2; de igual manera, a efecto de que se

investigue el momento en que V2 firmó el “*Consentimiento Informado en Planificación Familiar*”, y en caso de que haya sido en momentos posteriores inmediatos al parto, se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda, en contra de quien resulte responsable.

**250.** La autoridad administrativa encargada de realizar las investigaciones correspondientes, deberá tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que determine las responsabilidades de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1 y V2.

**251.** Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

## **G. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.**

**252.** Por otra parte, este Organismo Nacional considera la responsabilidad institucional por parte del IMSS, debido a que de las evidencias que fueron analizadas se advirtió que en el Hospital General 197 no se contaba con el servicio de fluoroscopia, ni con personal de rayos X ni de cirugía pediátrica durante la atención postoperatoria de V1, lo cual se informó a las autoridades sin que ordenaran su traslado a diverso nosocomio.

**253.** En consecuencia, las autoridades del IMSS deberán remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital General

197, concretamente en el área de pediatría para que se verifique si cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

**254.** Máxime que las personas atendidas en dicha área pertenecen a un grupo de atención prioritaria dada su condición de personas recién nacidas o menores de edad para que se les fuera garantizado el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos idóneos lo cual está a cargo del Estado, por lo que se debieron tomar las medidas idóneas para que V1 gozara de una adecuada atención sanitaria, lo que no aconteció.

## **H. REPARACIÓN DEL DAÑO.**

**255.** 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, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su 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.

**256.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 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 Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016”*, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, así como al interés superior de la niñez de V1 así como el derecho a la información de V2, V3 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas 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 copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

**257.** 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, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

**258.** En el “*Caso Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH 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*”.<sup>19</sup>

**259.** 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*

---

<sup>19</sup> CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.



*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 [...]”<sup>20</sup>*

**260.** En el presente caso, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

***i. Rehabilitación***

**261.** De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y V3, la atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud y a la vida de V1.

**262.** 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.

***ii. Satisfacción***

**263.** En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la autoridad precisada en el apartado de

---

<sup>20</sup> CrIDH. “Caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafo 175.

responsabilidad correspondiente, en contra de las personas servidoras públicas citadas, así como se dé cabal cumplimiento a lo ordenado.

### ***iii. Garantías de no repetición***

**264.** 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 deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

**265.** En el caso particular, el 7 de diciembre de 2016, el director médico del Hospital General 197 remitió a la Coordinación Técnico de Atención a Queja e Información Pública, las acciones preventivas y correctivas relacionadas con la difusión y capacitación de la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento Estenosis, Hipertrófica Congénita de Píloro”* en cumplimiento al punto quinto del acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, el 5 de septiembre de 2016.

**266.** Derivado de lo anterior, y aun cuando las autoridades del IMSS difundieron el contenido de dicha Guía de Práctica Clínica, igualmente deberán implementar un curso integral en el término de tres meses a todo el personal médico del área de pediatría del Hospital General 197 sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, *“mala praxis”*, responsabilidad profesional, trato digno a las pacientes, atención del recién nacido postoperado de piloromiotomía, así como la debida observancia y contenido de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”* y de la Guía de Práctica Clínica, *“Diagnóstico y Tratamiento Estenosis,*

*Hipertrófica Congénita de Píloro*”, 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.

**267.** Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

**268.** Se deberá adoptar en el término de seis meses medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

**269.** Deberán emitir en el término de un mes, diversa circular en la que se exhorte al personal médico del área de pediatría del Hospital General 197 a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia. 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 Ley, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley<sup>21</sup>, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

---

<sup>21</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

**270.** Deberán realizarse las gestiones indispensables con la finalidad de que el servicio de pediatría del Hospital General 197 cuente con recursos materiales para su óptimo funcionamiento y en su caso, con el personal indispensable a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

#### ***iv. Compensación***

**271.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial.

**272.** Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que, en el caso particular, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, el 5 de septiembre de 2018, determinó procedente la queja de V2 desde el punto de vista médico, por lo cual se procedió al pago de la indemnización el 19 de septiembre de 2017.

**273.** Sin embargo, en dicho concepto no se consideró el daño moral ocasionado a V2 y V3 con motivo del fallecimiento de V1, por lo cual el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo de dicha indemnización, de conformidad con las consideraciones expuestas y proceder al pago del daño moral o inmaterial correspondiente, para ello se remitirá copia de la presente Recomendación al IMSS para que en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

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.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a V2 y V3 que incluya la compensación correspondiente al daño moral en términos de la Ley General de Víctimas y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, así como se les brindé atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral al personal médico del área de pediatría adscrito al Hospital General 197, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, “*mala praxis*”, responsabilidad profesional, trato digno a las pacientes, atención del recién nacido postoperado de piloromiotomía y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica “*Diagnóstico y Tratamiento Estenosis, Hipertrófica Congénita de Píloro*” 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 remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de seis meses se 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, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**CUARTA.** Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita diversa circular dirigida al personal médico del área de pediatría del Hospital General 197, en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con diligencia, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**QUINTA.** Deberán realizarse las gestiones indispensables con la finalidad de que el servicio de pediatría del Hospital General 197 cuente con recursos materiales para su óptimo funcionamiento y en su caso, con el personal indispensable a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

**SEXTA.** Se colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra del personal médico involucrado en la atención de V1, así como del personal que incurrió en las omisiones señaladas en la integración del expediente clínico precisadas en la presente Recomendación, y se investigue si el *“Consentimiento Informado en*

*Planificación Familiar*” fue suscrito por V2 momentos posteriores inmediatos al parto, y en su caso, se instaure el procedimiento administrativo respectivo, y se apliquen las sanciones que correspondan, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

**SÉPTIMA.** Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, por lo cual se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

**274.** 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 las personas servidoras públicas 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.

**275.** 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. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

**276.** Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, 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.

**277.** Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, 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**

**MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**