



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 83/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, ASÍ COMO AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL IMSS, EN LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR.

Ciudad de México, a 30 de Septiembre de 2019.

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, 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/1/2016/4894/Q**, relacionadas con la queja presentada a nombre de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Claves	Denominación
Q	Quejoso
V	Víctima
AR	Autoridad responsable

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad de Medicina Familiar número 34 del IMSS en La Paz, Baja California Sur	Unidad de Medicina Familiar 34
Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 1 “ <i>Dr. Enrique Von Bostel Labastida</i> ” del IMSS en La Paz, Baja California Sur	Hospital General de Zona 1
Órgano Interno de Control en las Delegaciones del IMSS en Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora	OIC en el IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”	NOM-007-SSA2-2016, “ <i>Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y de la persona recién nacida</i> ”
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “ <i>Del Expediente Clínico</i> ”	NOM-004-SSA3-2012, “ <i>Del expediente clínico</i> ”
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud.
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

Corte Interamericana de Derechos Humanos.	de CrIDH
---	----------

I. HECHOS.

5. Con motivo del segundo embarazo de V1, de 23 años de edad, acudió a doce citas de control prenatal, esto es, del 12 de diciembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, en la Unidad de Medicina Familiar 34, donde se determinó como fecha probable del parto, el 21 de mayo de 2016.

6. El 17 de mayo de 2016, V1 presentó dolor obstétrico irregular, por lo que el 18 de ese mismo mes y año, acudió al área de urgencias del Hospital General de Zona 1, donde AR1 la diagnosticó como secundigesta (segundo embarazo) con 39.4 semanas de gestación, trabajo de parto latente¹ y registro cardiotocográfico normal (reactivo), indicándole cita abierta a urgencias de 4 a 6 horas.

7. El 21 de mayo de 2016, V1 acudió por segunda ocasión a urgencias ante la disminución de movimientos fetales (hipomotilidad), reportándola AR2, con 40 semanas de gestación y fecha probable de parto para el 22 de ese mismo mes y año, encontrándola a la exploración física con buenos movimientos fetales y embarazo normal.

¹ De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de “*Vigilancia y Manejo del Parto*”, se considera como fase latente del parto, aquél período de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm. y en promedio dura de 4 a 5 horas en pacientes multigestas.

8. El 24 de mayo de 2016, V1 regresó a urgencias, siendo atendida por AR3, quien indicó que contaba con 40.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación, con movimientos fetales, al tacto vaginal con cérvix posterior de un centímetro de dilatación y 50% de borramiento, indicándole cita abierta en 6 horas o en caso de que presentara datos de alarma obstétrica.

9. El 27 de mayo de 2016, V1 se presentó a su revisión en urgencias, donde AR3 la reportó con embarazo de 39.4 semanas de gestación por ultrasonido y 40.6 semanas de gestación por fecha de última regla más trabajo de parto en fase latente, indicándole cita para el día siguiente y dejó el *“trabajo de parto a libre evolución”*.

10. El 28 de mayo de 2016, V1 acudió a la cita programada, siendo atendida por AR4, quien le pidió que regresara en tres días para que revalorara si era conveniente esperar a la semana 41 de gestación debido a que en ese momento no existían *“(…) datos de alarma obstétrica para interrumpir el embarazo de urgencia o que [justificara] su hospitalización”*.

11. El 31 de mayo de 2016, V1 fue atendida nuevamente por AR3, quien no detectó que presentara actividad uterina aunado a que la frecuencia cardiaca fetal era normal, por lo cual la citó dentro de los dos días siguientes.

12. El 1º de junio de 2016, V1 acudió a revaloración, con embarazo de 41.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación, siendo atendida por AR5, quien le informó que no presentaba actividad uterina encontrándola al tacto

vaginal con cérvix posterior y 3 centímetros de dilatación con 50% de borramiento, indicándole datos de alarma.

13. A las 07:38 horas del 5 de junio de 2016, V1 acudió a urgencias de gineco-obstetricia en el Hospital General de Zona 1 debido a que presentó dolor tipo cólico y salida de líquido transvaginal, siendo diagnosticada con: *“trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico”*, solicitándose su valoración para la interrupción del embarazo vía abdominal urgente y prepararla para cesárea.

14. A las 09:18 horas del mismo día, AR6 recibió a V1 en el servicio de tococirugía del referido nosocomio con diagnosticó de: *“embarazo de 40 SDG + sufrimiento fetal por tinte meconial en líquido amniótico”*, no obstante, indicó que debido a que se encontraba estable y sin datos de sufrimiento fetal, evaluaría la interrupción del embarazo vía cesárea o dejar la progresión del trabajo de parto.

15. A las 11:00 horas del mismo 5 de junio de 2016, AR6 agregó al manejo de V1, monitoreo con cardiógrafo de frecuencia cardíaca fetal y estableció los diagnósticos de: *“embarazo a término, trabajo de parto en fase latente, ruptura prematura de membranas”* y debido a que a las 14:00 horas del ese día, V1 presentaba 9 centímetros de dilación y contracciones de 3 a 4 en 10 minutos, ordenó su ingreso a la sala de expulsión.

16. A las 14:23 horas del 5 de junio de 2016, V2 nació por parto normal (eutócico), siendo entregado a personal de enfermería sin apoyo de pediatría, apreciándosele del sexo masculino, Apgar de 8/9 y con peso de 3,365 gramos.

17. A las 23:07 horas del 5 de junio de 2016, un médico pediatra a petición del personal de enfermería revisó a V2 reportándolo con 9 horas de vida extrauterina y con diagnóstico de: *“recién nacido de término, eutrófico [peso y talla adecuados para su edad], hipotónico [flácido], succión débil, acrocianosis distal en estudio [coloración azulada], probable cardiopatía congénita cianógena [defectos cardíacos congénitos]”*, e indicó su ingreso a cunero patológico para protocolo de estudio.

18. El 6 de junio de 2016, se ordenó el alta hospitalaria de V1 con diagnóstico de *“puerperio fisiológico inmediato”*².

19. El 23 de junio de 2016, el resultado de la tomografía de cráneo indicó que V2 presentaba: *“atrofia cortico subcortical frontal-temporal”*, probablemente secundario a sufrimiento fetal crónico, condicionado por la fase hipotónica, misma fecha en la cual se decidió su egreso con diagnóstico de: *“probable asfixia perinatal, cefalohematoma parietal derecho en remisión”* y su vigilancia por pediatría y neuropediatría en la consulta externa.

20. El 15 de junio de 2016, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por Q, quien denunció presuntas violaciones a los derechos humanos en agravio de su cuñada V1 y de su sobrino V2, atribuibles a personal del Hospital

² La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016, en el punto 3.41, lo define como el período que comprende las primeras 24 horas después del parto.

General de Zona 1, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2016/4894/Q.

21. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico del IMSS de V1 y V2, así como los informes correspondientes, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

22. Escrito de Q recibido en la oficina foránea de este Organismo Nacional en La Paz, Baja California Sur, el 15 de junio de 2016, a través del cual comunicó las irregularidades en la atención médica de su cuñada y de su sobrino en el Hospital General de Zona 1.

23. Acta Circunstanciada de 15 de junio de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica de V1, quien informó que un *“pediatra”* le comentó que V2 padecía un *“problema cerebral”*, sugiriéndole que buscara rehabilitación porque el IMSS no podía otorgarle ese beneficio.

24. Acta Circunstanciada de 24 de junio de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V1 informó vía telefónica que la Subdirectora, la Jefa de Pediatría y de Ginecobstetricia del Hospital General de Zona 1, le comentaron a ella y a V3, que desde los tres meses de gestación el cerebro de V2 tuvo complicaciones, sugiriéndoles que lo llevaran a rehabilitación en la *“Clínica 34”* o al *“Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)”*.

25. Acta Circunstanciada de 28 de junio de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional asentó la comunicación telefónica con V1, en la que indicó que el 25 de ese mes y año, un médico particular revisó a V2 y le comentó que en la tomografía se advirtió que había sufrido asfixia durante el parto, por lo que ella considera que existió negligencia médica.

26. Oficio 095217614BB1/2137 de 27 de septiembre de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, lo siguiente:

26.1. Memorando 1030109612700/0339/2016 de 22 de septiembre de 2016, a través del cual, la Delegación del IMSS en Baja California Sur rindió un informe respecto a la atención médica que se proporcionó a V1 y V2.

26.2. Expediente clínico de V1 y V2 con motivo de la atención médica que se les brindó en la Unidad de Medicina Familiar 34 y en el Hospital General de Zona 1, entre lo que se destacó lo siguiente:

❖ **Unidad de Medicina Familiar 34.**

26.2.1. Nota médica de 30 de noviembre de 2015, en la que se diagnosticó a V1 con ausencia de menstruación (amenorrea).

26.2.2. Nota de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico de 2 de diciembre de 2015, en la cual se documentó la evolución del embarazo de V1, desde el 2 de diciembre de 2015 al 31 de mayo de 2016.

26.2.3. Notas de trabajo social del 2, 9, 22 de diciembre de 2015; 11 de enero; 3 y 15 de marzo; 3, 11, 17, 24 y 31 de mayo y de 9 de junio, todos de 2016; en las que se asentó el resultado de las revisiones realizadas a V1 con motivo de la evolución de su embarazo.

26.2.4. Nota médica de 11 de enero de 2016, en la que se indicó que V1 cursaba embarazo de alto riesgo con dispositivo intrauterino “DIU”, siendo remitida al siguiente nivel de atención para su extracción.

❖ **Hospital General de Zona 1.**

26.2.5. Nota inicial de urgencias de 18 de mayo de 2016, suscrita por AR1, en la que describió a V1 con dolor obstétrico sin descargas transvaginales y la diagnosticó como: “*secundigesta, embarazo de 39.4 semanas, trabajo de parto latente y registro cardiotocográfico reactivo*”. Se omitió cargo, matrícula y/o cédula profesional.

26.2.6. Nota de urgencias de 21 de mayo de 2016, elaborada por AR2 quien indicó que V1 se presentó por disminución de movimientos fetales (hipomotilidad fetal). Se omitió cargo, cédula profesional y/o matrícula.

26.2.7. Nota inicial de urgencias de 24 de mayo de 2016, en la que AR3 reportó a V1 asintomática, con embarazo normal de 40.3 semanas de gestación, al tacto vaginal con cérvix posterior, un centímetro de dilatación

y 50% de borramiento. Se omitió especialidad, cédula profesional y/o matrícula.

26.2.8. Nota inicial de urgencias de 27 de mayo de 2016, en la que AR3 reportó a V1 con movimientos fetales, cérvix posterior, 2 centímetros de dilatación y 50% de borramiento, la diagnosticó con: *“embarazo de 39.4 semanas de gestación por ultrasonido y 40.6 semanas por fecha de última regla más trabajo de parto en fase latente”* y dejó *“trabajo de parto a libre evolución”*. Se omitió matrícula y/o cédula profesional.

26.2.9. Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de 28 mayo de 2016, en la cual AR4 asentó dio cita a V1 en tres días para revalorar si era conveniente esperar a la semana 41 de gestación debido a que en ese momento no existían datos de alarma obstétrica para interrumpir su embarazo de urgencia o para que justificara su hospitalización. Se omitió cargo, matrícula y/o cédula profesional.

26.2.10. Nota inicial de urgencias del 31 de mayo de 2016, realizada por AR3, en la que reportó a V1 al tacto vaginal con cérvix posterior, 2 centímetros de dilatación y 40% de borramiento (sic), señalándole cita en dos días. Se omitió cargo, cédula profesional y/o matrícula.

26.2.11. Nota inicial de urgencias de 1º de junio de 2016, en la que AR5 señaló que V1 se presentó sin actividad uterina, al tacto vaginal con cérvix posterior, 3 centímetros de dilatación, 50% de borramiento, le realizó

maniobra de Hamilton³ e indicó que su embarazo no era “*postérmino*”. Se omitió cargo.

26.2.12. Nota inicial de urgencias de las 07:38 horas del 5 de junio de 2016, en la que se asentó que V1 acudió con dolor tipo cólico y salida de líquido transvaginal, siendo diagnosticada con: “*trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico*”, solicitándose monitoreo fetal continuo y la valoración para interrupción vía abdominal urgente y preparar para cesárea.

26.2.13. Historia clínica general de 5 de junio de 2016, en la que AR6 del servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de Zona 1 asentó que recibió a V1, reportándola a la exploración física con salida de líquido de meconio +++ fluido, 3 centímetros de dilatación y 80% de borramiento.

26.2.14. Nota de posparto de 5 de junio de 2016, en la que AR6 indicó que V1 ingresó a la sala de expulsión con 9 centímetros de dilatación y 100% de borramiento, obteniéndose producto único vivo a las 14:23 horas, Silverman 0 (examen que valora la dificultad respiratoria), Apgar 8/9 (examen rápido realizado en el primer y minuto cinco después del nacimiento), del sexo masculino, sin malformación aparente, el cual fue entregado a personal de enfermería. Se omitió número de cédula profesional y/o matrícula.

³ En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, se refiere al “*despegamiento de membranas*”, lo que consiste en la introducción de un dedo a nivel del orificio cervical interno, realizando un movimiento de 360° para despegar el polo inferior de la “*bolsa*”, consiguiendo la liberación de prostaglandinas.

26.2.15. Nota de evolución matutina de pediatría de 6 junio de 2016, en la cual a V2 se le diagnosticó como recién nacido de término⁴, eutrófico (peso y talla adecuados para su edad), hipotónico (flácido) y criptorquidia bilateral (testículo que no descendió).

26.2.16. Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de 6 junio de 2016, en la que se indicó que V2 presentaba débil succión, encontrándose flácido (hipotónico) y adormilado (hipoactivo).

26.2.17. Nota de evolución matutina pediátrica de 7 junio de 2016, en la que se diagnosticó a V2 con: bajo nivel de azúcar en la sangre (hipoglicemia no especificada) y otras malformaciones congénitas de testículos y escroto.

26.2.18. Nota de valoración del servicio de angiología de 7 de junio de 2016, en la cual un médico especialista describió a V2 con cambio de coloración manos y pies (acrocianosis), sin que el ultrasonido arrojara datos de trombosis arterial ni venosa.

26.2.19. Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de V2, de 7 de junio de 2016, en la que se indicó que presentó ligera acrocianosis

⁴ La Guía Práctica Clínica de la Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, lo define como el embarazo con 37.0 a 41.6 semanas de gestación, calculados a partir de la fecha de última menstruación confiables o a través de ultrasonido.

distal de dedos de las manos derecha e izquierda, pendiente aún el ultrasonido abdominal para localizar sus testículos.

26.2.20. Notas de evolución matutina y vespertina pediátrica de 8 de junio de 2016, en las que reportaron a V2 con hipotonía generalizada, delicado y con pronóstico reservado a evolución.

26.2.21. Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de 8 de junio de 2016, en la que se asentó que V2 en su tercer día de nacimiento además de hipotonía, presentó succión débil secundario a asfisia perinatal⁵, cefalohematoma parietal derecho (acumulación de sangre debajo del cuero cabelludo), equimosis en pabellón auricular derecho y criptoquidea bilateral (ambos testículos altos), reportándosele muy delicado con riesgo de secuelas aun a su egreso.

26.2.22. Nota de evolución matutina de pediatría de 9 de junio de 2016, en la cual se asentó que V2 se apreció muy hipoactivo, sin reflejos primarios y en espera de su revisión por neuropediatría.

26.2.23. Notas de evolución matutina de pediatría de 10 de junio de 2016, en la que el especialista refirió que V2 continuaba con protocolo de estudio por *“síndrome de niño hipotónico* (recién nacido a término, que

⁵ Definida en la *“Revista Médica MD, número 4, volumen 1, noviembre-diciembre 2009”* como una patología grave, de etiología múltiple, caracterizada por depresión cardiorrespiratoria, secundaria a hipoxemia y/o isquemia tisular fetal, fisiopatológicamente hay hipoxemia, retención de CO₂ y acidosis metabólica que causa encefalopatía hipóxicoisquémica, que deja como consecuencias parálisis cerebral entre otros daños, siendo en el Sistema Nervioso Central donde se produce el daño más relevante por su alta tasa de secuelas neurológicas permanentes.

pasados sus primeros días del proceso de adaptación postnatal, se encuentra con una disminución del tono postural)”.

26.2.24. Nota de evolución de 10 de junio de 2016, en la que se asentó que V2 la ausencia de testículos en bolsas escrotales, explicándose a V1, la posibilidad de que presentara problemas cognitivos, de aprendizaje, movilidad de las extremidades o problemas respiratorios.

26.2.25. Notas de evolución nocturna de 11 de junio de 2016, de cuyo contenido se destacó que V2 presentó acumulación de sangre debajo del cuero cabelludo (cefalohematoma) con tendencia a la frecuencia cardiaca lenta (bradicardia), reportándosele muy delicado con alto riesgo de secuelas neurológicas.

26.2.26. Notas de evolución de 12 de junio de 2016, en las cuales se asentó que V2 presentó succión débil y desaturaciones de oxígeno hasta del 70%, por lo cual se le colocó oxígeno suplementario con casco cefálico.

26.2.27. Nota de evolución de 13 de junio de 2016, en la cual se reportó a V2 con riesgo alto a complicaciones por patología de fondo y estancia hospitalaria, lo que se comunicó a V1.

26.2.28. Nota de cardiología de 13 de junio de 2016, en la que el especialista dio de alta de dicho servicio a V1 al haber detectado que su corazón estaba estructuralmente sano.

26.2.29. Nota de evolución de 13 de junio de 2016, en la cual se destacó que V2 presentó apnea (cese completo de la señal respiratoria por al menos 20 segundos) el fin de semana con seguimiento multidisciplinario, reportándosele con pronóstico reservado a evolución, complicaciones, secuelas y morbilidad elevada.

26.2.30. Nota de cirugía pediátrica de 13 de junio de 2016, por la cual el médico especialista indicó que en la serie esofagogastroduodenal “*SEGD*” realizada a V2, no observó opacificación de la vía aérea y en cuanto al descenso incompleto de los testículos (criptorquidia) seguiría valoración por consulta externa.

26.2.31. Notas médicas del 14 y 15 de junio de 2016, en las que se precisó que se encontraba pendiente por realizar a V2, los estudios subrogados de cariotipo, aldolasa y lactato, reportándosele delicado, estable, con alto riesgo a complicaciones por patología de fondo y estancia hospitalaria.

26.2.32. Notas de evolución de 16 y 17 de junio de 2016, en las que se describió a V2 con criptorquidia bilateral, probable genopatía, atrofia cerebral frontotemporal, asfixia perinatal y probable encefalopatía hipóxica, esto es, alteraciones a nivel cerebral derivada de falta de oxigenación.

26.2.33. Notas de evolución del 18 de junio de 2016, en las que se asentó que V2 continuaba en estudio de síndrome hipotónico con probable enfermedad de Werdning Hoffman (atrofia muscular espinal), sin cambios a la exploración física, continuándose con la capacitación y “*adiestramiento*” (SIC) a V1.

26.2.34. Notas de evolución del 19 de junio de 2016, en las que se hizo constar que V2 a los trece días de vida y estancia hospitalaria presentaba alta sospecha de síndrome de Werdning Hoffman o atrofia muscular espinal infantil tipo 1, esto es, debilidad muscular grave y progresiva por hipotonía resultado de una degeneración y pérdida de las neuronas motoras inferiores en la médula espinal y en los núcleos del tronco encefálico.

26.2.35. Nota de evolución vespertina de 20 de junio de 2016, en la que se indicó que V2 presentó 37.6 °C de temperatura, saturación de oxígeno normal y mejoría de la succión con biberón especial.

26.2.36. Notas de evolución del 21 de junio de 2016, en las que se asentó que V2 se apreció sin cambios con respecto a las notas previas, con alto riesgo de deterioro.

26.2.37. Notas de evolución de 22 de junio de 2016, en las que se describió a V2 hemodinámica y metabólicamente estable, con técnica mixta de alimentación, sin presencia de globo vesical, adecuada diuresis (secreción de orina), sin cambios en el estado neurológico, mejoría de la

succión al seno materno y al biberón, indicándose que se tramitaría subrogado de electromiografía, es decir, un procedimiento para evaluar la salud de los músculos y las células nerviosas que los controlan.

26.2.38. Nota de cunero patológico de 22 de junio de 2016, en la que se asentó que V2 persistía con hipotonía generalizada con riesgo de complicaciones y pronóstico reservado a evolución.

26.2.39. Nota de egreso de 23 de junio de 2016, en la cual se diagnosticó a V2 con probable asfixia perinatal, cefalohematoma parietal derecho en remisión, pendiente la realización de electromiografía por neuropediatría en consulta externa.

27. Acta Circunstanciada de 10 de octubre de 2016, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se entabló comunicación telefónica con Q, quien indicó que estaba parcialmente de acuerdo con el informe rendido por el IMSS, debido a que no mencionaron que a V1 debió realizársele cesárea y no un parto "*por vía natural*", lo cual le provocó a V2, asfixia durante el alumbramiento.

28. Oficio 095217614BB1/2364 de 11 de octubre de 2016, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, el diverso 030103200200/D.840/2016 de 22 de septiembre de ese mismo año, en el que la dirección del Hospital General de Zona 1 rindió un informe con motivo de la queja presentada a nombre de V1 y V2, al que adjuntó dos opiniones técnico médicas de las jefaturas de pediatría y ginecología de esa misma fecha.

29. Oficio 095217614BB1/2591 de 8 de noviembre de 2016, al que el IMSS adjuntó el memorándum 030109612700/CGM/0407/2016 de 2 de ese mismo mes y año, al cual anexó la nota médica de V2 del 13 de junio de 2016, en la cual se le diagnosticó con hipoglicemia no especificada y otras malformaciones congénitas de testículos y escroto.

30. Acta Circunstanciada de 1º de febrero de 2017, en la que se hizo constar la entrevista por personal de esta Comisión Nacional con V1, quien indicó V2 recibía terapia en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón, Baja California Sur, “*CRIT*”, donde le realizarían un estudio de cariotipo para saber su sexo, debido a que el que le hicieron en el IMSS resultó que era femenino, pero con órganos externos masculinos -esto último, es por causa de genética-.

31. Oficio 095217614BB1/0542 de 13 de marzo de 2017, al que el IMSS anexó el memorándum 030103200200/D.163/2017 de 1º de ese mismo mes y año, en el que la Directora del Hospital General de Zona 1 informó que los estudios de neuroconducción y electromiografía programados para V2 no se realizaron porque no acudieron a la cita y remitió los informes de una médico neuróloga pediatra y de la jefatura de ginecología con motivo de la atención médica brindada a V1 y V2.

32. Oficio 095217614BB1/0602 de 23 de marzo de 2017, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, lo siguiente:

32.1. Nota de ingreso al servicio de tococirugía de las 09:18 horas del 5 de junio de 2016, en la que AR6 indicó que V1 ingresaba para vigilancia del

bienestar fetal y de la madre, así como para evaluar si interrumpía el embarazo vía cesárea o se dejaba en progresión del trabajo de parto, sin que presentara en ese momento datos de sufrimiento fetal. Se omitió cargo, matrícula y/o cédula profesional.

32.2. Nota de vigilancia y atención del parto y *“hoja de partograma”* de las 11:00 a 14:00 horas del 5 de junio de 2016, en la cual se asentó como motivo de consulta de V1, ruptura de membranas más trabajo de parto en fase latente y tinte meconial con 40 semanas de gestación. Se advirtió ilegible el nombre del médico.

32.3. Consentimiento informado en planificación familiar de 5 de junio de 2016, en la cual V1 decidió de manera libre, consciente e informada el uso del dispositivo intrauterino *“DIU”*.

32.4. Consentimiento informado para la atención médica de V1 elaborado el 5 de junio de 2016 y firmado por AR6, V1 y un testigo, en el cual la paciente aceptó la atención médica ante el diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación y sufrimiento fetal.

32.5. Registro cardiotocográfico⁶ de las 11:40 horas del 5 de junio de 2016. Se advirtió sin membrete, nombre de la paciente, ni interpretación.

⁶ La Guía Práctica de la Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, lo define como: el método diagnóstico para evaluar el bienestar fetal que consiste en la representación gráfica de forma simultánea de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal, en un período determinado de tiempo.

32.6. Nota de terminación de parto de las 14:23 horas de 5 de junio de 2016. Datos ilegibles respecto al nombre del médico, matrícula y/o cédula profesional.

32.7. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 5 de junio de 2016, en la que se asentó el alumbramiento de V2 tipo Schultze con maniobra de Brandt Andrews y Dublín, así como laceración de mucosa vaginal y piel, el cual se reparó con material de sutura. Se omitió nombre completo de personal de enfermería y algunos datos del registro se encontraron ilegibles.

32.8. Nota de ingreso a pediatría de las 23:07 horas del 5 de junio de 2016, en la que un médico diagnosticó a V2, como una persona recién nacida de término, con peso y talla adecuados para su edad (eutrófico), hipotónico, con succión débil, acrocianosis distal en estudio y probable cardiopatía congénita cianógena.

32.9. Hoja de indicaciones de 5 de junio de 2016, en la cual personal médico de pediatría indicó el plan terapéutico de V2 a su ingreso a cunero patológico.

32.10. Historia clínica de recién nacido en la que se asentó que V2 nació a las 14:23 horas del 5 de junio de 2016, Apgar 8/9, en cuyo apartado de malformación evidente se apreció sin datos, con peso de 3,365 gramos y talla 52 centímetros. Ilegible en su mayoría.

32.11. Nota de egreso y hoja de alta hospitalaria de V2, de 6 de junio de 2016, asentándose en la primera como diagnóstico: “*puerperio fisiológico inmediato*” y como plan terapéutico alta a su domicilio con cita abierta a urgencias y en 30 días para revisión del DIU.

32.12. Nota de evolución médica de 7 junio de 2016, en la que personal médico del Hospital General de Zona 1 reportó a V2 en su segundo día de vida con protocolo de estudio por hipotonía, sin datos de hipoxia “*in útero*”, pendiente de realizar ultrasonido testicular con pronóstico reservado a evolución médica.

32.13. Nota de neurología pediátrica sin fecha en la cual se reportó que V2 presentó alteración del estado de alerta desde el nacimiento con tendencia a la somnolencia, poca respuesta a estímulos externos, pobre succión e hipotonía, con posible encefalopatía hipóxico isquémica, principal causa de la hipotonía. Se advirtió con nombre incompleto, sin cedula ni matrícula.

32.14. Reporte del ultrasonido pélvico genital de 9 de junio de 2016, en el que el servicio de radiodiagnóstico del Hospital General de Zona 1 reportó que no se encontraron testículos en las bolsas escrotales de V2, ni en la región paravesical –padecimiento causado por genética-.

32.15. Estudios de laboratorio de análisis clínicos de 10 de junio de 2016, en el que se indicó que V2 tenía 18.70 U/L de aldolasa (proteína).

32.16. Nota de imagenología de tomografía de cráneo de 10 de junio de 2016, en la que se reportó que V2 tenía un hematoma subgaleal que se proyecta hacia la región parental derecha.

32.17. Nota de pediatría de 11 de junio de 2016, en la que un médico del Hospital General de Zona 1 reportó a V2 en su sexto día de estancia en dicho servicio, grave y estable.

32.18. Tomografía de cráneo/reconstrucción 3D de 11 de junio de 2016, con comentario adicional del 16 de junio 2016, en la cual se asentó que V2 presentó: *"(...) Perdida de volumen cortical, acentuada a nivel bitemporal y parietal izquierdo (...)"*. Hoja sin membrete y sin cargo.

32.19. Nota de neurología pediátrica de 14 de junio de 2016, en la cual la médico especialista de la Unidad de Medicina Familiar 34 señaló que el estado de salud de V2 era bueno para la vida, reservado para la función con riesgo de parálisis cerebral infantil hipotónica-espástica, bronco-aspiración o muerte súbita.

32.20. Reporte de cariotipo⁷ de V2, de 27 de junio de 2016, en el cual se le diagnosticó con cariotipo femenino aparentemente normal.

⁷ La Guía Práctica Clínica del Diagnóstico, Tratamiento y Cuidado de la Salud en niñas y mujeres con Síndrome de Turner, lo define como el ordenamiento de base, número y morfología de la constitución cromosómica de una persona. En el caso de los humanos es 46XX en el sexo femenino y 46XY en el sexo masculino.

32.21. Ficha de detección de enfermedades metabólicas congénitas (cualquier rasgo o enfermedad que existe desde el nacimiento) de 22 de septiembre de 2016 realizada a V2, el 9 de junio de ese mismo año.

32.22. Resultados de estudio citogenético del Centro de Alta Especialidad en Genética Humana de 30 de diciembre de 2016, en los que se reportó a V2 con 46, XY normal, esto es, del sexo masculino.

32.23. Historia clínica pediátrica de 14 de enero de 2017, en la que un médico del Hospital General de Zona 1 reportó a V2, con *“síndrome de niño hipotónico”*.

32.24. Notas de pediatría de 15 de enero de 2017, en las que V2 fue diagnosticado por personal médico del Hospital General de Zona 1 con *“bronconeumonía, síndrome del niño hipotónico en estudio, deshidratación leve, desnutrición grado 1 y anemia”*.

32.25. Notas de evolución pediátrica de 16 de enero de 2017, en las cuales se reportó a V2, hipoactivo, reactivo, afebril, tolerando la vía oral, con mejoría clínica pero aun con datos de dificultad respiratoria, muy delicado con riesgo de complicaciones.

32.26. Nota de evolución pediátrica de 17 de enero de 2017, en la que se describió a V2 en malas condiciones generales con casco encefálico de 3 litros por minuto, aun sin evacuar.

32.27. Notas de evolución pediátrica de 18 de enero de 2017, en las que el estado de salud de V2 era delicado con riesgo de complicaciones a corto plazo y pronóstico reservado a evolución. Familiar informado.

32.28. Notas de evolución pediátrica del 19 de enero de 2017, en las que se reportó que V2 en su quinto día de internamiento presentaba bronconeumonía, síndrome anémico corregido con transfusión, hipotonía, deshidratación leve/hiponatremia corregido y criptoquidea bilateral.

32.29. Nota de egreso de 20 de enero de 2017, en la cual se asentó que debido a que V2 evolucionaba a la mejoría, se ordenó su alta a su domicilio con citas programadas.

33. Acta Circunstanciada de 17 de abril de 2017, en la que esta Comisión Nacional hizo contar la llamada telefónica con Q, quien indicó que V2 continuaba con hipotonía y que la próxima semana acudiría a rehabilitación en el “CRIT”.

34. Acta Circunstanciada de 29 de junio de 2017, en la cual esta Comisión Nacional hizo constar la presencia de V1, quien aportó diversos estudios realizados a V2, entre lo que se destaca el informe de 2 de marzo de 2017, a través del que una médico especialista del Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón, Baja California Sur, “CRIT” lo diagnosticó con: *“retraso global del desarrollo, síndrome de niño hipotónico en estudio a descartar enfermedad de asta vs miopatía congénita criptorquidia, hipoacusia superficial a tonos altos bilateral probable etiología conductiva”*.

35. Oficio 095217614BB1/0360 de 16 de febrero de 2018, a través del cual el IMSS informó a este Organismo Nacional, que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de dicho Instituto, el 4 de enero de 2018, declaró procedente la queja presentada por Q, desde el punto de vista médico y ordenó que se diera a V1 la atención médica necesaria para su padecimiento.

36. Opinión médica de 14 de febrero de 2019, en la que esta Comisión Nacional estableció las consideraciones técnicas en cuanto a la atención médica proporcionada a V1 y V2 en el IMSS.

37. Oficio 095217614C21/0686 de 25 de marzo de 2019, a través del cual el Área de Atención a Quejas del IMSS remitió a esta Comisión Nacional, copia de las constancias relacionadas con la capacitación en materia de derechos humanos en cumplimiento al acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS.

38. Acta Circunstanciada del 13 de junio de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica a V2, quien informó que personal del IMSS no se ha comunicado con ella respecto a su solicitud de indemnización por el estado de salud de V1.

39. Acta Circunstanciada de 27 de junio de 2019, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que V1 manifestó vía telefónica que V2 asiste una vez por semana a terapia de rehabilitación en el “CRIT”, donde ha tenido avances en su desarrollo y subió de peso.

40. Correo electrónico de 8 de agosto de 2019, por el cual el IMSS informó a este Organismo Nacional, que la Coordinación de Asuntos Contenciosos el 19 de junio de ese mismo año, informó que la Demanda de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1, se encuentra en espera de la emisión del acuerdo de cierre de instrucción; en tanto el Área de Auditoría de Quejas y Responsabilidades del OIC en el IMSS en cumplimiento al punto tercero del acuerdo de 4 de enero de 2018, otorgó el trámite de denuncia a la queja presentada.

41. Acta Circunstanciada de 30 de agosto de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada a V1, quien informó que seguía en espera de que el IMSS resolviera su petición de indemnización y también remitió copia del acta de nacimiento de V2.

42. Acta Circunstanciada de 5 de septiembre de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica a Q, quien manifestó que presentó queja ante el IMSS el 23 de mayo de 2017 y que V1 el 30 de mayo de 2018, solicitó la indemnización y reparación del daño moral.

43. Actas Circunstanciadas del 6, 9 y 10 de septiembre de 2019, en las que personal de esta Comisión Nacional hizo constar lo siguiente:

43.1. El Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del IMSS en Baja California Sur, informó que el Expediente Administrativo de Responsabilidades 1, se inició el 9 de marzo de 2018, sin precisar en contra de que persona servidora pública y el 31 de agosto de ese mismo año, se determinó su archivo por falta de elementos.

43.2. La Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Regional en Baja California Sur del IMSS informó que el procedimiento en el Expediente de Investigación Laboral 1 inició el 15 de junio de 2017 y concluyó el 29 de junio de 2017 sin responsabilidad laboral.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

44. El 23 de mayo de 2017, la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS inició el Expediente de Queja 1 con motivo de la inconformidad presentada por Q, a nombre de V1 y V2, con la cual se dio vista a la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal Baja California Sur de dicho Instituto para que iniciara el procedimiento laboral correspondiente.

45. El 15 de junio de 2017, la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Regional en Baja California Sur del IMSS inició el Expediente de Investigación Laboral 1, el cual se concluyó el 29 de ese mismo mes y año, sin responsabilidad laboral debido a que en la opinión técnico medica emitida por la Jefatura de Prestaciones Médicas se determinó que en el caso particular existió atención adecuada y oportuna sin irregularidades por parte del personal médico y administrativo, por lo cual se ordenó su archivo.

46. El 4 de enero de 2018, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó en el apartado de consideraciones médicas de la Queja Administrativa 1, lo siguiente:

46.1. V1 ingresó con ruptura de membranas con discordancia en el tiempo de evolución con líquido meconial (+++) y trabajo de parto en fase latente.

46.2. No concuerda el Apgar con el líquido cefaloraquídeo traumático, hematoma subgaleal y alteraciones de la succión y deglución, atrofia cortico-subcorticalfrontal y parietal.

47. En atención a lo señalado, el mismo 4 de enero de 2018, la referida Comisión Bipartita declaró procedente la Queja Administrativa 1, en los siguientes términos:

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

SEGUNDO. Otórguese la atención médica necesaria, para el padecimiento motivo de la queja, independientemente de su calidad de derechohabiente. Hágase del conocimiento de las Autoridades Delegacionales de Incorporación y Recaudación, así como de Afiliación y Vigencia para que habilite en el sistema y pueda recibir esta prestación.

TERCERO. La Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, deberá comunicar al Órgano Interno de Control el presente Acuerdo.

CUARTO. El Titular de la Delegación Estatal en Baja California Sur deberá implementar un programa de capacitación en materia de

Derechos Humanos con énfasis en el trato humanizado hacia los y las recién nacidos, para el personal adscrito al [Hospital General de Zona 1].

QUINTO. El Titular de la Delegación Baja California Sur, deberá instruir se implemente una campaña de difusión de los Derechos Humanos de las y los niños en el [Hospital General de Zona 1].

SEXTO. Las Autoridades del [Hospital General de Zona 1], deberán tomar las medidas pertinentes para garantizar que la vigilancia del manejo de los niños y las niñas en urgencias sea adecuada a las Guías y Manuales que para este fin se hayan establecido y evitar que sucedan casos como el presente.

SÉPTIMO. El seguimiento al cumplimiento de los puntos de este Acuerdo será por la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente, la cual deberá de remitir las constancias respectivas que acrediten el mismo, a la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, en un plazo que no exceda de 15 días hábiles, a partir de la notificación del presente Acuerdo a la Delegación Estatal en Baja California Sur. (...)"

48. El Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del IMSS en Baja California Sur, el 9 de marzo de 2018, inició el Expediente Administrativo de

Responsabilidades 1 y el 31 de agosto de ese mismo año, determinó su archivo por “*falta de elementos*” sin que ahondara al respecto.

49. A dicho de Q, el 30 de mayo de 2018, V1 presentó escrito -sin que especificara en dónde- en el cual solicitó indemnización y reparación del daño moral con motivo de los hechos que nos ocupan, por lo cual el 8 de agosto de 2019, el IMSS informó que la Coordinación de Asuntos Contenciosos de dicho Instituto comunicó que la Demanda de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1 se encontraba en espera del acuerdo de cierre de instrucción.

50. Para mejor comprensión de la información que antecede, se esquematiza en el siguiente cuadro:

EXPEDIENTES INICIADOS EN EL IMSS	
Expediente de Queja 1	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio: 23-05-17 en la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS. • Quejoso: Q. • Agraviados: V1 y V2. • Probables responsables: En contra de quien resulte responsable. • Trámite: 15-06-17, se dio vista a la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal del IMSS en Baja California Sur, a fin de que realizara la respectiva investigación laboral. • Resolución: 04-01-18, la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, resolvió procedente el Expediente de Queja 1, desde el punto de vista médico y ordenó lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Otorgar atención médica para el padecimiento de V2, independientemente de su calidad de derechohabiente. • Se diera vista al Órgano Interno de Control en el IMSS. • Implementar capacitación en derechos humanos con énfasis en trato humanizado hacia los y las recién nacidos y una campaña de difusión de los derechos humanos de las y los niños en el Hospital General de Zona 1. • Garantizar que la vigilancia del manejo de los niños y las

	niñas en urgencias se adecuó a las Guías y Manuales establecidos.
Expediente de Investigación Laboral 1	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio: 15-06-17, en el Departamento Laboral de la Delegación IMSS en Baja California Sur, con motivo de la vista ordenada por la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS. • Resolución: 29-06-17, se ordenó su archivó al no haberse acreditado responsabilidad laboral para personal médico y administrativo.
Expediente Administrativo de Responsabilidades 1	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio: 09-03-18 en el Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades en Baja California Sur, del Órgano Interno de Control en el IMSS, en cumplimiento a lo ordenado en el punto tercero del acuerdo emitido por la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS. • Resolución: 31-08-18, se remitió al archivo por falta de elementos.
Expediente de Reclamación Patrimonial del Estado 1	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio: 30-05-18 en la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS. • Quejosos: V1 y V3. • Agraviados: V1 y V2. • Estatus: 19-06-19, en espera de la emisión del acuerdo de cierre de instrucción.

IV. OBSERVACIONES

51. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2016/4894/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital General de Zona 1, en agravio de V1 y V2:

51.1. A la protección de la salud de V1 y V2.

51.2. Al principio de interés superior de la niñez de V2.

51.3. A una vida libre de violencia obstétrica de V1.

51.4. Al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1.

52. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

53. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

54. La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes vigente al momento de los hechos, en el artículo 28 decretaba que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud y que las autoridades federales se mantendrán coordinadas a fin de asegurarles asistencia médica y sanitaria, así como a ofrecer atención pre y post natal a las madres.

55. 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 (...).⁸

56. Al respecto, este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 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 garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.⁹

57. 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 (...)”*.

58. El artículo XI 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”*.

⁸ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

⁹ CNDH. “III. Observaciones”, p. cuatro.

59. 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 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 (...).”*

60. El párrafo 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 (...).”*¹⁰

61. El párrafo 7 de la Observación General No. 15¹¹ 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*

¹⁰ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

¹¹ *“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.

(...)", a su vez, en el párrafo 25, indica que "(...) *Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...)*".

62. 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.

63. Respecto al derecho a la protección de la salud, en relación con la salud reproductiva, el párrafo 27 de la Recomendación General 24 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, reconoce que "(...) *es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles*".

64. En los párrafos 180 y 181 de la Recomendación General 31/2017 "*Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*", se estableció que existe interrelación del binomio materno-infantil, por tanto "*la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro*" y el "*personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para [dicha] atención*" y mantener una adecuada vigilancia obstétrica a fin de que se detecten y, en su caso, se prevengan los factores de riesgo en dicho binomio.

65. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su *“Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”*, ha enfatizado que es *“(...) deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*¹².

66. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*¹³ 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 (...)”*.

67. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico del Hospital General de Zona 1, no consideraron su calidad de garantes en la atención médica brindada a V1 y V2 previstas en las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, lo que se tradujo en la violación a su respectivo derecho humano a la protección de la salud.

¹² OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

¹³ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

68. Previo al análisis de las acciones y omisiones del personal médico que intervino en la atención de V1 y V2, se detallarán los antecedentes prenatales de V1.

❖ **Atención médica prenatal de V1 en la Unidad de Medicina Familiar 34.**

69. Antes del evento que nos ocupa, V1 tuvo un parto previo, el cual fue tratado con inductoconducción con oxitocina por amenaza de aborto y obesidad, aunado a que a dicho de V1, no sintió contracciones, y después de un período intergenésico¹⁴ corto, esto es, de 11 meses, quedó embarazada por segunda ocasión, siendo el caso que nos ocupa.

70. En la nota de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico emitida por la Unidad de Medicina Familiar 34, se estableció como fecha probable de parto que nos ocupa, el 21 de mayo de 2016 y se destacó que V1 acudió a doce citas de seguimiento, las cuales se esquematizan de la siguiente manera:

Consulta	1	2	3	4	5	6
Fecha	02/12	09/12	22/12	11/01	03/03	15/03
Semanas de gestación	15	16	18	21	28	30
Peso	75.5	75	76.5	78.5	81.5	82.5
Tensión arterial	100/60	90/60	100/60	110/70	100/60	100/60
Fondo uterino	14 cm.	15 cm.	16 cm.	20 cm.	25 cm.	30 cm.
FCF						

¹⁴ En opinión del personal médico de este Organismo Nacional se refiere a un período menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo.

Frecuencia cardiaca Fetal	_____	_____	149 x'	140 x'	149 x'	143 x'
Movimientos Fetales	_____	_____	Sí	Sí	Sí	Sí

Consulta	7	8	9	10	11	12
Fecha	15/03 (sic)	03/05	11/05	17/05	24/05	31/05
Semanas de gestación	30	37	38	39	40	41
Peso	82	83	84.5	85	87	87
Tensión arterial	100/60	90/60	100/60	100/60	110/60	100/60
Fondo uterino	30 cm.	30 cm.	31 cm.	31 cm.	32 cm.	33 cm.
FCF Frecuencia cardiaca Fetal	148 x'	145 x'	149 x'	143 x'	146 x'	149 x'
Movimientos Fetales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

71. Los días 24 y 31 de mayo de 2016, V1 fue enviada a tococirugía del IMSS para que se determinara el término de su embarazo, debido a que para ese momento ya cursaba con 41.5 semanas de gestación por fecha de última regla y clínica aunado a que en la cita del 31, comentó que en su primer embarazo no tuvo contracciones obstétricas, realizándole inductoconducción, por lo cual se le entregó el historial de su control prenatal.

72. Personal médico de este Organismo Nacional opinó que la atención médica que se brindó a V1 en esta fase de su embarazo, así como en las citas de trabajo social, enfermería materno infantil, medicina preventiva y en el servicio dental fue adecuada debido a que le realizaron una historia clínica y exploración física

completa con registro de peso, presión arterial, valoración del crecimiento uterino, bienestar fetal y determinación del riesgo obstétrico de 0 (bajo riesgo).

73. Además, en cada valoración, solicitaron laboratorios prenatales y ultrasonidos de control, le indicaron medidas higiénicas dietéticas e informaron los datos de alarma obstétrica como sangrado, contracciones, pérdida transvaginal e hipomotilidad fetal para que, en su caso, acudiera a tococirugía.

74. Incluso cuando el área de ultrasonografía reportó que V1 tenía un dispositivo intrauterino “DIU”, se le envió al siguiente nivel de atención, donde de manera manual se le extrajo sin complicaciones.

75. Enseguida se analizarán las irregularidades en la atención médica de V1 y V2 atribuibles a personal médico del Hospital General de Zona 1.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, por inadecuada atención médica atribuible a personal del Hospital General de Zona 1.

❖ Atención médica de V1.

76. De las evidencias con que se cuenta, se advirtió que desde las 21:00 horas del 17 de mayo de 2016, V1 presentó dolor obstétrico de forma irregular, por lo que el 18 de ese mismo mes y año, acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Zona 1, donde AR1 la refirió con 85 kilogramos, talla de 163 centímetros, índice de masa corporal 31.99 (obesidad tipo 1), abdomen con

producto único vivo cefálico, fondo uterino de 31 centímetros y al tacto vaginal con *“producto libre”*.

77. El registro cardiotocográfico se reportó normal (reactivo) con frecuencia cardiaca estable y movimientos fetales presentes sin evidencia de actividad uterina, por lo cual AR1 la diagnosticó como: *“secundigesta, embarazo de 39.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación, trabajo de parto latente, registro cardiotocográfico reactivo”*, dándole cita abierta a urgencias de 4 a 6 horas.

78. Debido a que V1 el 21 de mayo de 2016, sintió disminución de movimientos fetales (hipomotilidad), regresó al servicio de urgencias donde AR2 la reportó con 40 semanas de gestación y le indicó que su fecha probable de parto era el 22 de ese mismo mes y año.

79. A la exploración física dirigida la apreció con producto único vivo intrauterino con frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto, rítmico, con buenos movimientos fetales y trazo cardiotocográfico reactivo, asimismo, le informó que el ultrasonido de consultorio era normal, indicándole que acudiera a *“tocourgencias IMSS”*.

80. Debido a que V1 cursaba con embarazo de término, el 24 de mayo de 2016 regresó al servicio de urgencias, donde AR3 la reportó con 40.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación, asintomática, con movimientos fetales, sin dolor obstétrico ni pérdidas transvaginales, ni síntomas urinarios o datos de encefalopatía hipertensiva y signos vitales en parámetros aceptables.

81. A la exploración física dirigida AR3 la describió con abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 32 centímetros, producto único vivo, “PCSLDI”, esto es, producto cefálico en situación longitudinal y dorso a la izquierda, con frecuencia cardiaca fetal normal y al tacto vaginal con cérvix posterior de un centímetro de dilatación con 50% de borramiento, limpio a la salida del guante explorador, indicándole datos de alarma obstétrica y cita abierta en 6 horas.

82. A las 18:22 horas del 27 de mayo de 2016, V1 acudió por cuarta ocasión al seguimiento de la resolución de su embarazo en urgencias, siendo atendida nuevamente por AR3, quien la reportó con los antecedentes ya señalados y con altura de fondo uterino de 33 centímetros, al tacto vaginal cérvix posterior de 2 centímetros de dilatación con 50% de borramiento, limpio a la salida del guante explorador y la diagnosticó con: *“embarazo de 39.4 semanas de gestación por ultrasonido y 40.6 semanas por fecha de última regla más trabajo de parto en fase latente”*, citándola al siguiente día y dejó el *“trabajo de parto a libre evolución”*.

83. El 28 de mayo de 2016, V1 regresó a su revisión médica, siendo AR4, quien asentó en su nota médica que fue enviada por la Unidad de Medicina Familiar 34 por embarazo posmaduro (prolongado) de 41 semanas de gestación por fecha de última regla y antecedentes comentados, obstéticamente la refirió asintomática, sin actividad uterina ni sangrado transvaginal, con movimientos fetales presentes y signos vitales dentro de parámetros aceptables.

84. A la exploración física, AR4 la percibió estable, cooperadora, con útero gestante y frecuencia cardiaca fetal de 137 por minuto, *“tacto vaginal diferido”*,

esto es, no se lo realizó y le informó que los ultrasonidos previos señalaban lo siguiente:

84.1. El del 8 de diciembre de 2015, la reportó con embarazo de 14.4 semanas de gestación traspolado a ese día, esto es, al 28 de mayo de 2016, eran 39.1 semanas de gestación.

84.2. El del 27 de febrero de 2016, con embarazo de 25.1 semanas de gestación traspolado a ese día, daba como resultado 38.1 semanas de gestación.

84.3. El del 18 de abril de 2016, con embarazo de 34 semanas, traspolado a ese día daba un total de 39.5 semanas de gestación.

85. Con tal información, AR4 le dijo que en ese momento: *“(...) no existen datos de alarma obstétrica para interrumpir el embarazo de urgencia o que justifique su hospitalización”*, ya que, con base en los ultrasonidos previos, cumpliría 40 semanas de gestación dentro de 3 días en promedio, citándola en ese lapso de tiempo para que decidiera si era conveniente esperar a la semana 41.

86. El 31 de mayo de 2016, V1 acudió a su sexta valoración por embarazo de término de 41.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación, siendo atendida por AR3, quien la encontró asintomática con movimientos fetales y sin síntomas urinarios o datos de encefalopatía hipertensiva.

87. A la exploración física dirigida la encontró con abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 33 centímetros, producto único vivo, “PCSLDI”, es decir, producto cefálico, situación longitudinal, dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal 150 por minuto, sin actividad uterina, genitales de acuerdo a la edad y sexo.

88. Al tacto vaginal cérvix posterior, 2 centímetros de dilatación con 40% de borramiento (sic), producto libre, realizándole maniobra de Hamilton ¹⁵ , extremidades íntegras, eutróficas, sin edema y reflejos osteotendinosos normales.

89. Refirió que con el reporte de los ultrasonidos realizados el 8 de diciembre de 2015, el 27 de febrero de 2016 y el 18 de abril de 2016, en esa fecha, es decir el 31 de mayo de 2016, ya contaba con 40 semanas de gestación, por lo que le indicó datos de alarma obstétrica y cita en dos días.

90. El 1º de junio de 2016, V1 acudió a la cita programada, comentándole AR5 que ya tenía 41.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación y por ultrasonido 40.2 semanas y agregó en su nota médica lo siguiente: “(...) *la paciente ha venido 7 veces a consulta en este mes porque tiene dudas, respecto a la edad gestacional se le ha explicado en numerosas ocasiones que mediante ecografía proporcionada por ella misma su embarazo no es postérmino*”.

¹⁵ En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, se refiere al despegamiento de membranas, lo cual consiste en la introducción de un dedo a nivel del orificio cervical interno, realizando un movimiento de 360° para despegar el polo inferior de la bolsa, consiguiendo así la liberación de prostaglandinas.

91. A la exploración física dirigida, AR5 la reportó con abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 33 centímetros, producto único vivo, “PCSLDI”, frecuencia cardiaca fetal 140 por minuto, sin actividad uterina, genitales de acuerdo a la edad y sexo, al tacto vaginal cérvix posterior, 3 centímetros de dilatación con 50% de borramiento y producto libre, con extremidades íntegras, eutróficas, sin edema y reflejos osteotendinosos normales, realizándole maniobra de Hamilton.

92. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron en su respectiva intervención lo siguiente:

92.1. La realización de un adecuado interrogatorio e historia clínica completa para valorar los factores de riesgo de V1 y sus antecedentes de importancia, como la amenaza de aborto y las circunstancias relacionadas con su primer embarazo.

92.2. Debieron valorar el riesgo obstétrico por el embarazo de alto riesgo que cursaba ante la obesidad y el período intergenésico corto entre su primer embarazo y el actual.

92.3. La elaboración de un partograma e indicarle un registro cardiotocográfico, perfil biofísico (movimientos fetales gruesos, tono fetal, movimiento fetal respiratorio, volumen de líquido amniótico, reactividad de la frecuencia cardiaca fetal).

92.4. Efectuarle un ultrasonido obstétrico completo para estimar el tiempo de gestación del embarazo, diagnosticar anomalías congénitas del feto, evaluar su posición y de la placenta, determinar la cantidad de líquido amniótico alrededor del producto, controlar la abertura o el acortamiento del cérvix, evaluar el crecimiento y el bienestar general del feto.

92.5. Realizar una evaluación cuidadosa máxime que en la primera ocasión que acudió al servicio de urgencias fue por *“dolor obstétrico irregular”*, después por *“hipomotilidad fetal”* y finalmente por *“trabajo de parto en fase latente”*.

92.6. En la revisión que AR4 efectuó a V1 el 28 de mayo de 2016, difirió el tacto vaginal, esto es, no lo realizó.

93. Por ello, en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, V1 debió haber permanecido hospitalizada ante la falta de progresión del trabajo de parto que presentaba para que se le realizaran los estudios reseñados y, en su caso, se valorara la interrupción de su embarazo mediante cesárea, previniendo así las complicaciones que presentó el producto de la gestación con posterioridad.

94. Igualmente se estableció que la falta interrogatorio dirigido por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, propició que no se percataran que el 31 de mayo de 2016, V1 informó en el seguimiento de su control prenatal, que en su primer embarazo no presentó contracciones, por lo que le practicaron inductoconducción, siendo ésta una de las razones por la cual se le derivó al siguiente nivel de atención, más

aún cuando para ese momento ya contaba con 41.5 semanas de gestación por fecha de última regla.

95. Las acciones y omisiones descritas contribuyeron en el deficiente proceso inicial de V1, a quien no se le garantizó la prestación de servicios de atención médica para preservar el binomio materno-fetal, pues en lugar de ordenar que acudiera de manera externa, debieron internarla para verificar el origen del dolor irregular que presentó y no esperar a que evolucionara al detrimento como aconteció.

96. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incumplieron con los puntos 5.1.11, 5.1.13, , 5.1.14, 5.3.1.17, 5.5, 5.5.2, 5.5.4, 5.5.8 de la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y de la persona recién nacida”*, en los que se establece que la atención que se debe brindar a la mujer durante el embarazo o el parto, así como los cuidados de la persona recién nacida debe ser con calidad y respeto de sus derechos humanos y con la capacidad del personal médico para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo y la atención de urgencias obstétricas, entre otros.

97. Dichas personas servidoras públicas no garantizaron el derecho a la protección a la salud de V1, al no haberle proporcionado la atención médica de urgencia que requería desde su arribo con dolor obstétrico, el cual evolucionó y provocó que en su segunda valoración acudiera por hipomotilidad fetal hasta que se le diagnosticó con trabajo de parto en fase latente, por tanto, también incumplieron con el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los*

servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”, vigente al momento de los hechos, el cual define como urgencia: “todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”.

98. Al continuar con la valoración del caso particular, a las 07:38 horas del 5 de junio de 2016, V1 acudió al servicio de urgencias de ginecobstetricia del Hospital General de Zona 1 debido a que presentaba dolor tipo cólico acompañado de salida de líquido transvaginal desde las “9:30 horas de ese día” (sic), siendo atendida por personal médico de dicha área, quien la reportó de la siguiente manera:

98.1. Embarazo de 41.5 semanas de gestación con movimientos fetales activos, negó sangrado transvaginal, con fecha de última regla el 15 de agosto de 2015 y probable de parto, el 22 de mayo de 2016.

98.2. Peso de 87.5 kg., talla 165 m., índice de masa corporal de 32.14, esto es, obesidad grado 1 y signos vitales dentro de parámetros aceptables.

98.3. A la exploración física, se le encontró consciente, bien hidratada cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen globoso por útero gestante con fondo uterino de 34 centímetros, producto único vivo, longitudinal, frecuencia cardiaca de 145 por minuto (normal), dorso a la izquierda, al tacto vaginal tarrner franco positivo, esto es, movilización transabdominal del feto.

98.4. Con salida de líquido meconio +++, fluido, 3 centímetros de dilatación, 80% de borramiento y producto libre.

99. Por lo anterior, fue diagnosticada con: *“trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico”*, indicándole manejo con ayuno, carga de solución intravenosa para 20 minutos, laboratoriales de control, antibiótico de amplio espectro, monitor fetal continuo y la valoración de la interrupción vía abdominal urgente y preparar para cesárea.

100. En ese sentido, en la opinión médica de este Organismo Nacional, se determinó que la revisión y valoración de V1 fue adecuada y apegada a la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y de la persona recién nacida”*, así como a las Guías de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas y la de Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea y la literatura médica especializada.

101. Una vez que V1 fue remitida al servicio de tococirugía aconteció lo siguiente.

❖ Atención médica de V1 en el servicio de tococirugía del Hospital General de Zona 1.

102. A las 09:18 horas del 5 de junio de 2016, esto es, dos horas posteriores a que V1 acudió al servicio de urgencias, AR6 realizó su nota de ingreso y al interrogatorio la reportó con: *“(…) embarazo de 40 sdg + sufrimiento fetal, por tinte meconial en líquido amniótico (…)”*.

103. Agregó que V1 inició su padecimiento ese mismo día a las 09:00 horas (sic) con salida de líquido transvaginal verdoso, abundante, acompañado de dolor tipo cólico de intensidad moderada con aumento en el tono uterino (contracciones), cefalea de intensidad 5/10 en región frontoparietal la cual se irradiaba, disuria, tenesmo y polaquiuria (molestia, deseo y dolor al orinar, respectivamente), con signos vitales estables.

104. A la exploración física la encontró en cama, alerta, orientada, con adecuada coloración e hidratación de piel, cuello y cardioventilatorio sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 34 centímetros, frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto (normal), peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, cicatriz en línea media de cirugía previa, con producto libre con dorso a la izquierda, genitales externos sin datos de sangrado.

105. Al tacto vaginal con “*tarnier*” franco positivo con salida de líquido meconial +++, fluido, 3 centímetros de dilatación, 80% de borramiento, miembros íntegros simétricos, sin datos de edema y llenado capilar inmediato.

106. Agregó que se trataba de paciente secundigesta con antecedente de parto previo y que acudió para vigilancia del bienestar fetal y de la madre.

107. No obstante, tal sintomatología, AR6 la reportó por el momento estable y sin datos de sufrimiento fetal e indicó su vigilancia para que evaluara si “(...) se *interrumpe el embarazo vía cesárea [o] se deja la progresión del trabajo de parto*”.

108. Indicó ayuno, soluciones intravenosas a requerimiento, sin medicamento, vigilancia estrecha de la frecuencia cardiaca fetal y solicitó estudios de laboratorio de control y cruzar dos paquetes globulares, en lugar de ordenar la realización de la cesárea como lo solicitó el médico que la atendió ese mismo día a las 07:38 horas, quien la diagnosticó con: *“trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico”*.

109. Hasta las 11:00 horas del mismo día, AR6 requisitó la hoja de partograma, esto es, después de tres horas de que V1 ingresó a dicha unidad a pesar de que ya presentaba *“trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico”*, en la que registró los siguientes datos cada 30 minutos:

Fecha	05/06/16						
Hora	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00
F.C.F.	138 x'	146 x'	152 x'	140 x'	143 x'	135 x'	145 x'
Dilatación	3 cm.	_____	_____	8 cm.	_____	9 cm.	10 cm.
Contracción	3	_____	3	_____	4	4	_____
Variedad de Posición	Cefálica						

110. Debido a que a las 14:00 horas del 5 de junio de 2016, a dicho de AR6, V1 ya presentaba 9 centímetros de dilatación (sic), ordenó su ingreso a la sala de expulsión, previa firma de consentimiento informado y explicación y aceptación de un método de planificación familiar.

111. En la opinión médica de esta Comisión Nacional se indicó que en la atención que AR6 dio a V1 omitió lo siguiente:

111.1. La elaboración de un interrogatorio adecuado e historia clínica que considerara los factores de riesgo de V1 y el antecedente de amenaza de aborto, así como el hecho que en su primer embarazo no presentó contracciones obstétricas, indicándole inductoconducción del parto.

111.2. No consideró que se trataba de un embarazo posmaduro con falta de progresión del parto y que V1 había acudido a esa misma unidad hospitalaria a siete valoraciones obstétricas previas.

111.3. La valoración del riesgo obstétrico ante un embarazo de alto riesgo por obesidad, período intergenésico corto, presencia de líquido amniótico meconial y ruptura prematura de membranas, en ese sentido, el mismo señaló que V1 presentaba embarazo de 40 semanas más sufrimiento fetal por salida de líquido amniótico de tinte meconial desde las 09:00 horas (sic) acompañado de cefalea.

111.4. Subestimó la indicación del médico que remitió a V1 a dicho servicio, esto es, la interrupción por vía abdominal ante la salida vía vaginal de líquido amniótico meconial.

111.5. No valoró ni determinó la causa de la cefalea que V1 presentó, ni solicitó examen general de orina urgente ante la sintomatología urinaria infecciosa.

111.6. Tampoco requisitó el perfil biofísico ni solicitó un ultrasonido obstétrico urgente para valorar bienestar fetal y el líquido amniótico y en su caso, indicar manejo antibiótico profiláctico.

111.7. Inadecuadamente indicó prueba de trabajo de parto y conducción del embarazo cuando por los antecedentes de V1 debió haber indicado la vigilancia estrecha del binomio y la extracción del producto vía abdominal al cursar con embarazo posmaduro.

112. De la nota postparto realizada por AR6 el mismo 5 de junio de 2016, se advirtió que V1 ingresó a sala de expulsión a las 14:00 horas, por lo que a las 14:23 horas, se obtuvo producto único vivo a quien se le aspiraron secreciones en boca y nariz, se le pinzó y cortó cordón umbilical, y asentó que le fue entregado a *“enfermera presente en la sala sin apoyo de pediatra”*.

113. A las 14:30 horas, se produjo el alumbramiento, se obtuvo placenta y membranas completas, colocándole a V1 un dispositivo intrauterino y debido a que en la exploración del canal de parto se observó laceración de mucosa vaginal y piel, se reparó con material de sutura.

114. Determinó la terminación del embarazo a las 14:23 horas, con 40 semanas de gestación, parto de término, eutócico, con 5 horas de ruptura prematura de membranas e ingresó a V1 a tococirugía, hemodinámicamente estable y en buenas condiciones generales.

115. En cuanto a V2, se limitó a describirlo con Silverman de 0, Apgar de 8/9, sexo masculino y con peso de 3,365 gramos.

116. En ese sentido, los médicos de este Organismo Nacional destacaron lo siguiente:

116.1. Después de siete horas de que V1 ingresó a urgencias de tococirugía, AR6 extrajo al producto de la gestación vía vaginal, siendo atendido por la enfermera en turno sin apoyo de pediatra.

116.2. AR6 señaló inadecuadamente que V2 nació sin complicaciones y líquido amniótico normal, cuando el mismo había indicado que V1 presentaba salida de meconio y que había tenido ruptura prematura de membranas con cinco horas de evolución, lo que significa que desde que la recibió ya presentaba esta sintomatología.

117. A consecuencia de que AR6 no le efectuara a V1 la cirugía de cesárea de forma inmediata ante el embarazo de alto riesgo por obesidad, período intergenésico corto, posmadurez, la presencia de líquido amniótico meconial (sufrimiento fetal) y la ruptura prematura de membranas de 5 horas -como él lo refirió-, se propiciaron las complicaciones que más tarde V2 presentó.

118. Por otra parte, de los registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 5 de junio de 2016, respecto de V2, se reportó lo siguiente:

118.1. A las 14:30 horas se recibió por vía vaginal sin apoyo de pediatra¹⁶, quien lloró y respiró al nacer, encontrándolo sin malformaciones aparentes.

118.2. A las 14:32 horas se le observó con débil succión se avisó a (ilegible) sin fuerza y reflejo de moro no presente.

118.3. A las 16:00 horas aumentó succión y (ilegible) respuesta a estímulos táctiles con llanto.

118.4. A las 17:00 horas se recibió en alojamiento conjunto persona recién nacida hipoactiva, sin tono muscular ni respuesta (ilegible). ..

118.5. A las 17:45 horas (ilegible) cede quejido respiratorio, continuó con signos cianosis¹⁷.

118.6. A las 18:00 horas presentó signos cianóticos en manos, pies y oreja, flácido sin sostener cabeza y manos y quejido respiratorio.

118.7. Posteriormente se avisó a pediatría de la dificultad para deglutir que V2 presentaba.

¹⁶ El artículo 5.7.1. de la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece: La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento.

¹⁷ Coloración azul de los labios y los dedos de las manos y de los pies. Se produce en algunas personas con defectos cardíacos congénitos que hacen que la sangre circule en forma anormal.

119. Dicho registró corrobora el inadecuado manejo de V1 y V2 por parte de AR6, debido a que lo descrito por personal de enfermería, esto es, la presencia de succión débil, sin reflejos primarios presentes, hipotonía, quejido respiratorio, cianosis, flácido, sin sostén de cabeza y manos, en opinión de los médicos de este Organismo Nacional evidenciaba que V2 padeció asfixia fetal.

120. En la citada opinión médica se reiteró que el hecho de que AR6 no extrajera el producto de la gestación de inmediato, favoreció el síndrome de distres respiratorio, datos de hipoxemia y alteraciones neurológicas, mismos que igualmente son indicadores de sufrimiento fetal, por tanto, no corresponde la calificación de Apgar de 8/9 con los signos respiratorios y neurológicos que V2 presentó, opinión que se encuentra validada por la propia Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS.

121. Otro aspecto que llama la atención es que AR6 omitió describir la valoración y exploración física completa de V2, así como tampoco solicitó su inmediata valoración por el servicio de pediatría, al respecto, de las evidencias con que se cuenta se advirtió que fue a petición del personal de enfermería que un especialista en pediatría valoró a V2 después de nueve horas de nacido.

122. Por lo expuesto, AR6 incumplió con los puntos 5.1.11, 5.1.13, 5.1.14, 5.5.20, 5.5.20.3, 5.5.20.4, 5.7.1, 5.7.4, 5.7.4.1 y 5.7.4.16 de la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y de la persona recién nacida”*, al no haberle garantizado a V1, la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y en la atención de urgencias obstétricas.

123. También incumplió con la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, en la que se establece que toda paciente con ruptura prematura de membranas y feto viable, debe recibir profilaxis antibiótica intraparto, así como con la de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea, que menciona que uno de los requisitos para considerar la operación de cesárea puede ser por distocia de la contracción, sufrimiento fetal, embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal y ruptura prematura de membranas.

124. V1 egresó el 6 de junio de 2016, con el diagnóstico de: *“puerperio fisiológico inmediato”*, con cita abierta a urgencias, a planificación familiar en 30 días para revisión del *“DIU”*, lactancia materna a libre demanda, analgésico y cita a medicina familiar en 7 días, tal como lo prevé la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y de la persona recién nacida”*.

125. Enseguida será valorada la atención médica que fue proporcionada a V2 con motivo de su nacimiento.

❖ Atención médica de V2 en el Hospital General de Zona 1.

126. Como se precisó en el apartado que antecede, V2 nació a las 14:23 horas del 5 de junio de 2016, mismo día en que fue revisado por personal especialista en pediatría, quien lo describió conforme al registro de enfermería con succión débil, hiperreactividad e hipotonicidad y los antecedentes de V1 ya comentados. A la exploración física lo encontró de la siguiente forma:

126.1. Persona con nueve horas de vida extrauterina, del sexo masculino, integro, bien conformado, cabeza con presencia de hemangioma en pabellón auricular derecho, ojos simétricos, fontanela anterior normotensa, cuello cilíndrico, tórax normolíneo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad abdomen blando depresible, sin palpar visceromegalias, peristalsis presente, cordón umbilical normal, sin signos de luxación congénita de cadera, testículos en bolsas escrotales.

126.2. Extremidades superiores con hemangioma en mano derecha e izquierda, acrocianosis distal de dedos de ambos pies y estableció el diagnóstico de: *“recién nacido de término, eutrófico, hipotónico, succión débil, acrocianosis distal en estudio, probable cardiopatía congénita cianógena”*, indicando como plan terapéutico su ingreso a cunero patológico para protocolo de estudio del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y de cardiopatía congénita cianógena.

126.3. Ordenó que se mantuviera en incubadora radiante, leche materna 10 centímetros cúbicos por succión con alimentador, soluciones intravenosas a requerimiento, destroxtix por turno, signos vitales horarios, oximetría de pulso continua, control estricto de líquidos, control metabólico de la glucemia, vigilancia de vómito y/o tolerancia a la vía oral.

126.4. Solicitó una radiografía de tórax portátil, laboratoriales de control como biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, granulaciones tóxicas y vaporización del citoplasma y glucosa, ultrasonido

transfontanelar e interconsulta con el servicio de cardiopediatría, reportándolo delicado, con pronóstico reservado a evolución.

126.5. Informó a V1, su estado actual y su ingreso para estudio y que el resultado de la radiografía de tórax se apreció con crecimiento del corazón y que toleró adecuadamente la vía oral por sonda nasogástrica.

127. En opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, la valoración de V2 por el especialista en pediatría fue adecuada, al haber ordenado su ingreso a cunero patológico para protocolo de estudio al presentar datos de hipotonía, succión débil y coloración azul.

❖ Atención médica de V2 del 5 al 23 de junio de 2016, en el área de cunero patológico del Hospital General de Zona 1.

128. Con motivo de las omisiones en que incurrió AR6 en la atención médica de V1, V2 permaneció en el área de cunero patológico del servicio de pediatría del 5 al 23 de junio de 2016, temporalidad en la cual recibió atención y manejo multidisciplinario por los servicios de pediatría, cardiopediatría, neurología pediátrica, angiología, rehabilitación y cirugía pediátrica, quienes en opinión del personal médico de este Organismo Nacional adecuadamente solicitaron lo siguiente:

128.1. Protocolo de estudio para hipotonía generalizada, succión débil y acrocianosis distal, presencia de cefalohematoma parietal derecho, caput y equimosis auricular derecho.

128.2. Se determinó que la criptorquidia bilateral se manejaría en la consulta externa.

128.3. Se le indicó manejo con hidratación intravenosa, vigilancia y tolerancia a la vía oral.

128.4. Le realizaron historia clínica y exploración física completas.

128.5. Se descartó que cursara con cardiopatía, se le mantuvo en cuna radiante con normotermia, leche materna por succión con alimentador especial, destroxtix, signos vitales horarios, oximetría de pulso continua, control estricto de líquidos, control metabólico de la glucemia, vigilancia de vómito y/o tolerancia a la vía oral.

128.6. Solicitaron estudios de laboratorio y de gabinete para valorar probable datos de hipoxia.

128.7. El 7 de junio de 2016, le efectuaron toma de punción lumbar, la cual evidenciaba líquido cefalorraquídeo *“traumático”*.

128.8. Se determinó por clínica, laboratorio y estudios de gabinete que presentaba hipoxia y succión débil secundario a asfixia perinatal.

128.9. El 9 de junio de 2016, el servicio de neurología pediátrica lo reportó por sus antecedentes y por protocolo de estudio con *“encefalopatía hipóxico*

isquémica” con tendencia a la bradicardia y desaturaciones con mejoría a la aplicación de oxígeno suplementario.

128.10. El 14 de junio de 2016, fue valorado nuevamente por el servicio de neurología pediátrica, cuya tomografía de cráneo lo reportó con: “(...) *atrofia cortico subcortical frontal-temporal probablemente secundario a sufrimiento fetal crónico lo cual está condicionando una fase hipotónica (...)*”.

128.11. Continuó con mejoría leve de la succión y deglución por alimentador especial.

128.12. Ante la evolución a la mejoría de V2 y el adecuado “*adiestramiento*” (SIC) dado a V1 para la alimentación de su hijo, el 23 de junio de 2016, se ordenó su egreso con los diagnósticos de: “*probable asfixia perinatal, cefalohematoma parietal derecho en remisión*”.

128.13. Se indicó vigilancia y estudio por pediatría y neuropediatría a través de la consulta externa, encontrándose pendientes los resultados de laboratorio.

128.14. También le indicó seno materno a libre demanda y/o fórmula con biberón especial por succión, antibiótico oftálmico, cita a neuropediatría y pediatría a los 7 días para continuar con protocolo de estudio, con cita abierta a urgencias, interconsulta a oftalmología y rehabilitación.

129. En la citada opinión médica se asentó que la hipotonía es un signo no específico definido como la: “*disminución de la resistencia al movimiento pasivo de las articulaciones*” y que en el caso concreto se causó por los siguientes factores de riesgo:

129.1. V1 no presentó contracciones uterinas en el embarazo previo y requirió inductoconducción.

129.2. El embarazo que nos ocupa fue posmaduro, esto es, parto prolongado con presencia de meconio en el líquido amniótico, trauma fetal durante el parto (cefalohematoma occipital derecho/caput), lo cual derivó en asfixia perinatal.

130. Ante tales omisiones, se causó a V2: alteración de la succión/deglución, afectando directamente el sistema nervioso central, causado por encefalopatía hipóxico isquémica, ya que las secuelas permanentes neurológicas de hipotonía, débil succión/deglución son derivadas del trauma obstétrico y la asfixia perinatal, que fueron causadas directamente por la atención inadecuada de AR6, lo cual generara que V2 durante toda su vida requiera de atención integral por medicina física y rehabilitación, neurología, gastroenterología, nutrición y las que se demande su estado de salud.

131. Lo anterior es así, debido a que V2 fue sometido a trauma obstétrico ante los factores de riesgo ya referidos y derivado por el paso de la cabeza por el canal del parto, se le causó caput succedaneum/cefalohematoma parietal derecho, lo que condicionó las secuelas permanentes neurológicas de hipotonía, débil

succión/deglución derivadas de la asfixia perinatal y que pudieron evitarse si AR6 hubiera realizado inmediatamente la cirugía de cesárea a V1, tal como lo refiere la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y de la persona recién nacida”*, en sus numerales 5.5.20.3 y 5.7.

132. Por lo anterior, la atención que se brindó a V2 en el servicio de pediatría fue adecuada y apegado a lo que establece la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, el Reglamento de la Ley General de Salud, el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y la literatura médica especializada.

❖ Atención médica de V2 del 3 al 12 de febrero de 2017, en el área de pediatría del Hospital General de Zona 1.

133. El 13 de enero de 2017, V1 acudió con V2 a la Unidad de Medicina Familiar 34, donde el médico familiar lo reportó con siete meses de edad y lo diagnosticó con: *“bronconeumonía, no especificada”*, derivándolo al siguiente nivel de atención, esto es, al Hospital General de Zona 1.

134. En el servicio de urgencias de pediatría del Hospital General de Zona 1, se diagnosticó a V2 con probable bronquiolitis en evolución contra bronconeumonía viral, indicándole manejo de la dificultad respiratoria, analgésico-antipirético, nebulizaciones con broncodilatador y se solicitó protocolo de estudio, así como su valoración por el servicio de pediatría.

135. Con motivo de lo anterior, V2 ingreso a pediatría, donde lo trataron con soluciones intravenosas a requerimiento, antibioticoterapia y nebulizaciones y dada la evolución en su estado de salud, se decidió su egreso el 12 de febrero de 2017, con el diagnóstico de: *“neumonía remitida, hipotonía en estudio y desnutrición”*, en ese sentido el personal médico de este Organismo Nacional consideró que el trato de V1 fue adecuado para su padecimiento.

❖ Atención médica de V2 en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil “CRIT” TELETON en Baja California Sur.

136. Como consecuencia del padecimiento ocasionado a V2, V1 y V3 lo llevaron a rehabilitación en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil “CRIT” TELETON en Baja California Sur, donde personal médico en rehabilitación y alta especialidad en rehabilitación pediátrica el 2 de marzo de 2017, emitió un informe del que se destacó lo siguiente:

136.1. V1 ingresó el 8 de agosto de 2016, siendo valorado y en seguimiento por los servicios de rehabilitación pediátrica, pediatría, ortopedia pediátrica, comunicación humana, neuropediatría, fisiología familiar y genética.

136.2. Como resultado de las valoraciones efectuadas fue diagnosticado con: *“Retraso global del desarrollo, síndrome de niño hipotónico en estudio a descartar enfermedad de asta vs. miopatías congénita, criptorquidia, hipoacusia superficial a tonos altos bilateral probable etiología conductiva”* por probable asfixia perinatal.

136.3. Recomendó continuar con su manejo conjunto y programa de rehabilitación física con énfasis en terapia pulmonar y evitar complicaciones.

137. Al respecto, el personal médico de éste Organismo Nacional consideró que el manejo de V2 en dicho centro ha sido multidisciplinario y adecuado.

❖ **Valoración de V2 en el servicio de neurología del Hospital General de Zona 1.**

138. En la revisión que se realizó a V2 en el servicio de neurología el 28 de marzo de 2017 en el Hospital General de 1, se indicó que contaba con 9 meses de edad en abordaje de lactante hipotónico, quien acudió con resultados de estudios realizado en “*CRIT TELETON*”, considerando el personal médico de este Organismo Nacional que V2 fue valorado adecuadamente, ya que se continuaría con el protocolo de estudio de la hipotonía y su envió al siguiente nivel de atención.

139. Por otra parte, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional, que con motivo de la queja presentada a favor de V1 y V2, el 22 de septiembre de 2016 la directora del Hospital General de Zona 1 indicó los antecedentes de V1, quien fue atendida a las 10:30 horas del 5 de junio de 2016, por dolor obstétrico y salida de líquido referido como “*verdoso*” en su domicilio y agregó lo siguiente:

139.1. V1 fue valorada por un ginecólogo, quien la ingresó por la presencia de 41.5 semanas de gestación por fecha de última regla, “*tarnier*” positivo,

tres centímetros de dilatación, 80% borramiento y solicitó monitoreo fetal continuo y su valoración para la interrupción vía abdominal.

139.2. En la sala de labor con horario registrado en partograma de las 11:00 horas, V1 fue valorada de manera integral un especialista, quien la encontró en ese momento sin datos de sufrimiento fetal.

139.3. V2 nació a las 14:23 horas de ese día, siendo fenotípicamente un producto masculino, apgar de 8-9 y peso de 3365 gramos, sin más complicaciones aparentes.

139.4. Estuvo en alojamiento conjunto y debido a que se reportó con débil succión fue valorado por un médico pediatra, quien lo encontró hipotónico con succión débil y acrocianosis, ingresándolo al cunero patológico para protocolo de estudio y tratamiento.

139.5. A la exploración física lo advirtió somnoliento, hipoactivo, con pobre respuesta a estímulos, con llanto muy débil y pobre succión, cráneo con cefatohematoma parietal derecho, equimosis en pabellón auricular derecho, sin datos de dificultad respiratoria, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin alteraciones, genitales masculinos con pene fimótico y ausencia de testículos en ambas bolsas escrotales.

139.6. Los exámenes de laboratorio descartan patología infecciosa a nivel sistémico, reportan elevación de enzimas como probable respuesta a hipoxia neonatal, se realizó ultrasonido transfontanelar el cual se reportó normal.

139.7. Cardiología pediátrica descartó alguna patología y angiología no encontró datos de trombosis venosa ni arterial.

139.8. Durante su estancia se inició estimulación temprana para favorecer una nutrición adecuada, se le dio .alimentación con mamila especial para casos de paladar hendido, con lo cual se favoreció la alimentación adecuada mejorando paulatinamente el proceso de succión.

139.9. Ante la criptorquidia bilateral se realizó un ultrasonido abdominal y pélvico el cual reportó ausencia de testículos en región inguinal como abdominal, por lo que se solicitó cariotipo.

139.10. Neurología pediátrica consideró en ese momento la posibilidad de que cursara encefalopatía hipóxica isquémica o bien una patología genética iniciándose protocolo de estudio para *“síndrome de niño hipotónico”*.

139.11. Se solicitándose niveles séricos de aldolasa, lactato, se le realizó TAC de cráneo simple en la que se reportó la presencia de atrofia- cortical a nivel bitemporal y parietal izquierdo, amplitud de los espacios subracnoideos, así como aumento de calibre de la cisterna de la fosa posterior sugiriendo perdida de volumen encefálica a ese nivel.

139.12. Con evolución lenta a la mejoría V2 egresó a los 18 días de vida con un diagnóstico de *“síndrome hipotónico en estudio, criptorquidia bilateral, atrofia cortical témporo-parietal”*.

139.13. Clínicamente con recuperación parcial del tono muscular y reactividad aun con hipotonía, hiporreactivo, cráneo con disminución del cefalohematoma en un 50%, succionando al seno materno y complementándose con mamila especial, sin compromiso cardiopulmonar ni abdominal, corroborándose “*adiestramiento*” (sic) de la madre para la alimentación y cuidados.

139.14. Se entregó a V1 la solicitud con formato de subrogación para realizar electromiografía con cita a la consulta externa de pediatría y neurología pediátrica en 7 días a fin de que se revisaran los resultados pendientes de aldolasa, lactato y cariotipo (subrogados). Además se le entregó referencia para inicio de rehabilitación y cita a oftalmología.

139.15. A la revisión del expediente electrónico “*SICEH*”, no hay evidencia de que hubiera acudido a las citas solicitadas, solicitándose a trabajo social la búsqueda intencionada del paciente para continuidad de su tratamiento.

140. Dicha persona servidora pública concluyó lo siguiente:

140.1. La presencia de meconio como tal no siempre es indicativo de hipoxia perinatal o también nombrada sufrimiento fetal.

140.2. El meconio al ser eliminado al líquido amniótico puede teñirlo de verde y modificar su densidad dependiendo de la cantidad que se expulse y el volumen de líquido amniótico existente puede ser claro (leve), verde (moderado) o en pasta (intenso) siendo esto subjetivo.

140.3. El valor predictivo del meconio es significativo cuando además ocurre en presencia de una paciente de alto riesgo, con una patología asociada como diabetes materna o hipertensión inducida por el embarazo y además se demuestra por gasometría acidosis fetal.

140.4. El meconio normalmente se aloja en los intestinos fetales y por estimulación parasimpática provoca peristaltismo y relajación del esfínter anal fisiológicamente por madurez del tracto gastrointestinal por control hormonal debido a la motilina, por tanto su presencia puede reflejar madurez gastrointestinal y en embarazos de 40 semanas su presencia es hasta de un 30% y en embarazos de 42 semanas su incidencia es hasta del 50%.

140.5. El meconio no debe interpretarse como signo aislado de compromiso fetal sino como signo de alerta.

140.6. El análisis del expediente arroja que la atención médica obstétrica fue correcta ya que la vigilancia del trabajo de parto estuvo apegada a la “*NOM-007*” para vigilancia y atención del embarazo el parto y el puerperio, sin presentar ninguna complicación.

140.7. No se demostró hipoxia fetal ya que el registro cardiotocográfico en ningún momento demostró sufrimiento fetal y su calificación de Apgar al nacer fue de 8/9.

140.8. V2 recibió atención adecuada y oportuna durante toda su estancia hospitalaria con indicaciones a su alta de continuar el protocolo de estudio de su patología y vigilancia estrecha por equipo multidisciplinario de este hospital.

140.9. No se detecta violación a los derechos humanos de V1 ni de V2, por el contrario, la Unidad médica que representa considera que el paciente requiere de continuar con la atención médica para el manejo de su problema de salud, el cual se le indicó sin embargo por razones ajenas a esta unidad, V2 y V3 no han acudido a solicitarlo.

140.10. No se detectan irregularidades administrativas.

141. En ese sentido, obran las opiniones médicas por las Jefaturas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y de Neurología Pediátrica del Hospital General de Zona 1, quienes fueron coincidentes respecto al trato que se brindó a V1 y V2 en el referido nosocomio.

142. Contrario a lo señalado en las referidas documentales, en el sentido que la presencia de meconio no siempre es sugestiva de hipoxia perinatal (sufrimiento fetal), en la opinión médica de este Organismo Nacional se destacó que las secuelas permanentes neurológicas de hipotonía, débil succión/deglución fueron derivadas del trauma obstétrico y la asfixia perinatal causadas directamente por la atención inadecuada por parte de AR6, quien al no haber extraído inmediatamente al producto de la gestación vía cesárea, ocasionó el estado que presentó y con motivo de lo cual requerirá durante toda su vida atención integral

por los servicios de medicina física y rehabilitación, neurología, gastroenterología/nutrición y las que se demande su estado de salud.

143. Respecto a la calificación de Apgar de 8-9 que se otorgó a V2, la misma Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS mediante el acuerdo emitido el 4 de enero de 2018, indicó en el apartado de consideraciones médicas, que V1 ingresó con ruptura de membranas con discordancia en el tiempo de evolución con líquido meconial (+++) y trabajo de parto en fase latente y que el Apgar no concordaba con el *“líquido cefaloraquídeo traumático, hematoma subgaleal y alteraciones de la succión y deglución, atrofia cortico-subcorticalfrontal y parietal”* que V2 presentó, incluso determinó que se le brindara la atención médica necesaria independientemente de su calidad de derechohabiente.

144. Lo anterior pone en entredicho las afirmaciones de la directora del Hospital General de Zona 1, sin que pase inadvertido que refirió que V1 ingresó a tococirugía a las 10:30 horas del 5 de junio de 2016, sin embargo, AR6 inició la nota de ingreso a las 09:18 horas, por lo que deberá de investigarse dicha circunstancia a fin de que se deslinde la responsabilidad correspondiente.

145. Derivado de lo anterior, se acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 violentaron el derecho a la protección a la salud de V1 y V2 al haber incumplido con los puntos 5.4.1.5 y 5.4.1.6 de la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y de la persona recién nacida”*, vigente al momento de los hechos, en los que se establecía que las unidades de atención

médica deben contar con lineamientos para la indicación de la cesárea y para el uso racional de la cardiotocografía y el ultrasonido.

146. Sin dejar de considerar que dicha normatividad reconoció en su texto introductorio, que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud del binomio materno-fetal pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para su atención, como el enfoque de riesgo y realización de actividades eminentemente preventivas para favorecer el desarrollo normal de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones.

147. A su vez, la Guía de Práctica Clínica de *“Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”* del Consejo de Salubridad General, establece que el médico tratante tiene la obligación de mantener la vigilancia estrecha de la actividad uterina, feto fetal, dilatación cervical y para el caso de que el trabajo de parto no evolucione normalmente, inclusive está indicado su manejo activo con *“oxitócicos”* o *“amniotomía”*, esto es, ruptura artificial de las membranas para inducir o acelerar el parto, lo cual no se contempló.

148. Igualmente incumplieron en el desarrollo de sus funciones con el punto 4.1.1 de la norma oficial mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, vigente al momento de los hechos, así como con los artículos 72 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud, los cuales definen que una urgencia es todo problema

médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, por lo que requiere de atención inmediata, situación que en el caso particular tampoco sucedió.

149. También vulneraron el artículo 33, fracción II de la Ley General de Salud, que establece que en las actividades de atención médica curativa se debe efectuar un diagnóstico temprano para que se brinde tratamiento oportuno; en tanto sus artículos 51 y 61, alude a que las personas usuarias deben obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, atención profesional, éticamente responsable, y tratándose de atención materno-infantil, deberán atender la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto de la gestación, lo que no aconteció.

150. Al respecto, el artículo 24.2, inciso a) y d) de la Convención sobre los Derechos del Niño, establece la obligación del Estado para reducir la mortalidad infantil y asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada, sin que en el caso particular los médicos tratantes, cumplieran con ello.

151. El manejo médico que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 brindaron a V1 y V2, evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas de la primera para determinar un diagnóstico certero que evitara el sufrimiento fetal de V2, por lo cual debieron apegarse a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en acciones o conductas omisas y que al no hacerlo, trajo como consecuencia la afectación en la salud de V2, quien requerirá de atención médica de acuerdo a sus padecimientos con motivo de la hipotonía generalizada que se le ocasionó, como se analizará enseguida.

B. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

152. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4, 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.

153. 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 personas servidoras públicas 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.

154. 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, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

155. 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”.

156. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha considerado 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 (...)"*.¹⁸

157. El artículo 3, incisos A) y F), de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, aplicable al momento de los hechos, establecía

¹⁸ Tesis constitucional *"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, 6 de enero de 2017, y registro: 2013385.

como dos principios rectores en la protección de sus derechos el *“interés superior de la infancia”* y la *“corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad”*.

158. La Observación General 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),¹⁹ 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 (...)”*.

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

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

¹⁹ Introducción, inciso A, párrafo 5.

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

162. 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 (...)*”²⁰.

163. A continuación, se establecerán las razones por las cuales se considera que AR6 vulneró el principio de interés superior de la niñez de V2.

B.1. Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de V2.

164. Este Organismo Nacional consideró que con motivo del ejercicio profesional de AR6, se transgredió en agravio de V2 el interés superior de la niñez, debido a que los actos y omisiones realizados por dicha persona servidora pública ocasionaron la afectación a su derecho a la protección de la salud como se constató.

²⁰ “Caso *González y otras Campo Algodonero Vs. México*”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

165. Al respecto, 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”*²¹.

166. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que V2 forma parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad desde su nacimiento, ya que a pesar de que V1 indicó que en su primer parto no tuvo contracciones y que le dieron inductoconducción con oxitocina, dicha circunstancia obligaba a AR6 para que previera la necesidad imperante de protección y cuidados especiales para procurar el binomio materno-fetal, máxime que había recibido a V1 con los diagnósticos de trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico.

167. AR6 pudo haber realizado la interrupción del embarazo vía cesárea con motivo de la sintomatología presentada por V1, debido a que presentaba salida de meconio y ruptura de membranas y en cuanto a V2 desde su nacimiento debió establecer su vigilancia estrecha y revisión pediátrica inmediata, la cual aconteció nueve horas posteriores a petición del personal de enfermería, por lo cual vulneró el principio de interés superior de la niñez.

168. Debido a que no consideró las condiciones mínimas que le garantizaran a V2, los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud conllevaría: *“una atención sanitaria*

²¹ CrIDH, *“Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño”*. Opinión Consultiva OC-17/02, de 28 de agosto de 2002, 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.

*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 forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*²² con la finalidad de generar 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, máxime que V1 había informado que en su primer parto no sintió contracciones y le habían realizado inductoconducción con oxitocina.

169. En razón de lo expuesto, AR6 transgredió los derechos humanos no sólo de V1, sino de V2, a la protección de la salud, previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1º, 3, incisos A) y F), 4, 15, 20, 21, párrafo primero y 28, inciso A), de la entonces Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, y 51 párrafo primero, de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados

²² Secretaría de Salud: *“Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”*, 2013, página 26.

niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

170. También transgredió los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del 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 científico vigente, lo cual no sucedió ante las irregularidades descritas y que trajo como consecuencia el deterioro paulatino de V2 ante el diagnóstico de hipotonía muscular.

171. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales, en tratándose de niñas y 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, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 omitieron por las razones expuestas.

172. 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.²³

²³ *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.*

173. 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.

174. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, con 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”*.

175. 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 urgencia.

C. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1.

176. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en los artículos 35, y 46, fracciones II y X, indica que el Estado es responsable de brindar a través de las instituciones del sector salud, de manera integral e interdisciplinaria, la atención médica y psicológica con perspectiva de género a las

víctimas para que se asegure que en la prestación de los servicios del sector salud se respeten sus derechos humanos, así como prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

177. La Ley General de Salud, en el artículo 61, fracción I, dispone que la atención materno fetal es de carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, parto y puerperio.

178. 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.

179. En el párrafo 90, de la precitada Recomendación se establecieron dos modalidades de la violencia obstétrica: a) la física, se configura cuando *“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 (...)”*.

180. A nivel internacional, el artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda mujer en estado de gravidez tiene derecho a la protección, cuidados y ayuda especiales.

181. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (*“Convención de Belém Do Pará”*), establece en sus artículos 1, 3, 4, incisos a), 7, inciso a) y b), 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

182. Los artículos 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y 15.3, inciso a), del *“Protocolo de San Salvador”*, igualmente establecen la obligación del Estado para adoptar medidas que garanticen el acceso a la atención médica y ayudas especiales a la mujer durante el embarazo, parto y en el período posterior a éste.

183. La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica *“(...) el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (...) en múltiples manifestaciones que resultan*

amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto".²⁴

184. 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 (...)"*.²⁵

185. En la precitada Recomendación General 31/2017, se estableció que *"una de las consecuencias más graves de la violencia obstétrica, es la que tiene como resultado la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación, situación que pudiera evitarse en algunas ocasiones con una atención médica oportuna"*.²⁶

²⁴ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 28.

²⁵ *"Introducción"*, p. 4.

²⁶ CNDH., p. 196.

186. En el párrafo 194 de la Recomendación 40/2018²⁷, se resaltó que esta Comisión Nacional observa con preocupación que la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que la gran mayoría de las mujeres que la viven, consideran que es “normal”, en tanto el personal médico que la genera no reflexiona si su proceder es adecuado en un marco de protección de los derechos humanos tanto de la mujer embarazada como del producto de la gestación.

187. La especial protección que deben gozar las mujeres embarazadas no sólo se encuentra establecida en instrumentos nacionales e internacionales, sino en normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica como referentes en la prestación de los servicios de salud materna, atención que en el caso concreto fue vulnerada por el personal médico que atendió a V1 el 5 de junio de 2016, quien no priorizó su sintomatología a fin de que se garantizara la integridad del binomio materno-fetal, como se señalará enseguida.

C.1. Violación al derecho humano de V1 a una vida libre de violencia obstétrica.

188. Este Organismo Nacional consideró que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscritos al servicio de urgencias y AR6 del servicio de tococirugía en el Hospital General de Zona 1, en sus respectivas intervenciones, además de omitir

²⁷ “Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica y acceso a la información en materia de salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y la pérdida del producto de la gestación, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 del IMSS en Chetumal, Quintana Roo, así como al derecho de acceso a la justicia en agravio de V1 y V2”, de 24 de octubre de 2018.

proporcionarle la atención materna con calidad a la que V1 tenía derecho, incurrieron en violencia obstétrica con base en lo siguiente.

189. La primera ocasión en que V1 acudió a urgencias, fue debido a que desde las 21:00 horas del 17 de mayo de 2016, presentó dolor obstétrico de forma irregular, no obstante, AR1 la diagnosticó como: *“secundigesta, embarazo de 39.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación, trabajo de parto latente, registro cardiotocográfico reactivo”* y le dejó cita abierta a urgencias en 4 a 6 horas.

190. El 21 de mayo de 2016, volvió acudir a dicho servicio ante la disminución de movimientos fetales, refiriéndole AR2 que su fecha probable de parto era para el 22 de ese mismo mes y año y después de revisarla no apreció signos de alarma, dejándola con cita abierta.

191. Al respecto, del informe de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico elaborado por personal de la Unidad de Medicina Familiar 34, se había establecido como fecha probable de parto, el mismo 21 de mayo de 2016.

192. De esta manera, V1 acudió a urgencias en cinco ocasiones más, esto es, los días 24, 27, 28 y 31 de mayo y el 1º de junio de 2016, y si bien es cierto de la exploración física que realizaron AR3, AR4 y AR5 se le reportó sin signos de alarma, ninguno de ellos consideró internarla para resguardar el binomio materno-fetal.

193. No pasa inadvertido que en las valoraciones prenatales del 24 y 31 de mayo de 2016 realizadas en la Unidad de Medicina Familiar 34 le indicaron que acudiera a tococirugía para su manejo, resolución del término del parto y evitar el aumento de la morbimortalidad del binomio materno-fetal.

194. Otro aspecto que evidenció la falta de sensibilidad para con V1, es el hecho de que, en la revisión del 28 de mayo de 2016, AR4 no justificara la razón por la cual omitió realizarle un tacto vaginal para constatar la evolución de su embarazo y complementar la exploración dirigida.

195. A su vez, AR5 el 1º de junio de 2016, asentó en su nota médica, lo siguiente: *“(...) la paciente ha venido 7 veces a consultar en este mes porque tiene dudas, respecto a la edad gestacional se le ha explicado en numerosas ocasiones que mediante ecografía proporcionada por ella misma su embarazo no es postérmino”*.

196. Lo anterior evidenció que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron la atención oportuna y eficaz de una emergencia obstétrica, ya que como se estableció V1 debió haber permanecido en hospitalización desde la primera vez que acudió a urgencias, puesto que su embarazo se encontraba en fase latente y presentaba dolor obstétrico irregular sin que se indagara su origen y el hecho de hacerla ir y regresar agravó su estado físico hasta que el 5 de junio de 2016, presentó salida de meconio, por lo que se afirma que el personal médico de urgencias no consideraron su valoración integral.

197. Respecto a AR6, debió considerar que desde que recibió a V1 en el área de tococirugía, ya presentaba falla de progresión del trabajo de parto y para ese momento, ya tenía ruptura prematura de membranas con salida de líquido meconial (sufrimiento fetal agudo), por lo que debió priorizar la vigilancia estrecha del binomio materno-fetal, lo cual no sucedió.

198. Afirmación a la que se arriba debido a que aun cuando el médico que atendió a V1 a las 07:38 horas del 5 de junio de 2016, la diagnosticó con: *“trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico”* y solicitó su valoración para la interrupción del embarazo vía abdominal urgente y prepararla para cesárea, AR6 espero a que progresaran las contracciones para que el parto fuera vía vaginal, lo que ocasionó que el estado físico de V1 evolucionara al detrimento perjuicio del binestar del binomio materno-fetal.

199. Dicha decisión provocó que después de siete horas de su ingreso a urgencias de tococirugía y ante la inadecuada atención médica que recibió, V1 presentara ruptura prematura de membranas, situación que trascendió en la afectación del producto de la gestación, quien presentó datos de sufrimiento fetal agudo por trabajo de parto prolongado, situación que le era evitable.

200. Por lo expuesto, las acciones y omisiones de AR6 y los médicos del área de urgencias se traducen en violencia obstétrica física en agravio de V1, ante la falta de vigilancia estrecha en internamiento y la omisión de la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones, con lo cual hubieran conocido sus antecedentes obstétricos, máxime que de acuerdo a la información asentada

en el control prenatal, la fecha de parto era el 21 de mayo de 2016, por lo cual no había necesidad de prolongar el parto de forma innecesaria.

201. Dichas personas servidoras públicas además incumplieron con la “*Carta de Derechos Generales de los Pacientes*”²⁸, al no haber otorgado a V1 una atención médica adecuada y oportuna como se acreditó, por lo cual vulneraron el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud, que establece que la atención médica deberá realizarse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo que omitieron los profesionistas mencionados y con ello provocaron el deterioro de la salud de V1 y a la postre, el sufrimiento fetal agudo que AR6 reportó, convalidándose así, la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y las condiciones de salud en las que se recibió a V2.

202. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 contravinieron los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, por los que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia, así como la supracitada Guía de Práctica Clínica de “*Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*”, en la que se establece que durante el trabajo de parto, se debe ofrecer a la paciente información amplia y detallada, así como atender su bienestar físico y

²⁸ Publicada en diciembre del 2001, con intervención de la CONAMED, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, este Organismo Nacional, el propio IMSS, el ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y Secretaría de Salud.

emocional partiendo siempre del respeto a sus derechos humanos y al no hacerlo vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de V1, lo que trajo aparejado el padecimiento de V2.

D. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

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

204. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²⁹, párrafo 27, considera 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”*.

205. 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*

²⁹ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, de 31 de enero de 2017.

*debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”.*³⁰

206. 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”.*³¹

207. 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 estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*³²

208. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud

³⁰ Observación General 14 “EL derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000, párr. 12.

³¹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. párrafo 68.

³² “Introducción”, p. dos.

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.

209. Igualmente, reconoció 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.³³

210. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos, en el 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 V1.

³³ CNDH. Recomendación General 29/2017. Op.Cit. párrafo 34.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

211. 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 y AR6 respecto a la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General de Zona 1, omitieron su cargo, cédula profesional y/o matrícula, aunado a que las mismas se encontraron ilegibles y con abreviaturas.

212. 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, "*Del expediente clínico*", que prevén 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.

213. En conexión con lo anterior, personal médico este Organismo Nacional, advirtió que las referidas personas servidoras públicas omitieron realizar e indicar el resumen del interrogatorio, exploración física y estado de salud de V1, los resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento solicitados, diagnósticos o problemas clínicos, su tratamiento y pronóstico.

214. En el caso de AR6, omitió realizar después de que V2 nació, una valoración y exploración física completas, tan es así que fue reportado con Apgar de 8/9

cuando la propia Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional en el IMSS, indicó que hubo discordancia en el tiempo de evolución con el líquido meconial (+++) y trabajo de parto en fase latente y por ello, no concuerda el Apgar reportado.

215. Igualmente se advirtió la presencia de un estudio cardiotocográfico de 5 de junio de 2016, sin membrete de la unidad hospitalaria, nombre de la paciente ni su interpretación; en tanto la hoja de nacimiento del neonato y certificado de nacimiento de V2, se apreciaron sin el nombre del médico que los elaboró y los reportes de personal de enfermería del 5 de junio de 2016, se encontraron ilegibles, por tanto las personas que los realizaron incumplieron con la referida norma oficial mexicana del expediente clínico.

216. Cabe mencionar que de la queja presentada por Q ante este Organismo Nacional se destacó lo siguiente:

216.1. Cuando V2 estuvo en la incubadora, le detectaron manchas en la piel y le practicaron estudios de laboratorio de los cuales nunca le informaron a V1 los resultados.

216.2. Posteriormente una doctora le informó que él bebe tenía una inflamación en la parte izquierda de la cabeza y que no podía mamar bien porque tenía paladar hendido y no se movía con normalidad.

216.3. Luego le informaron que se había ahogado con la leche y que estaban analizando la posibilidad de intervenirlo y más tarde le comentaron que no era necesario.

216.4. El 13 de junio de 2016, personal médico de ese Instituto le comentó a V1, que al parecer a V2 le hacía falta un pedazo de cerebro y que le practicarían un encefalograma y le entregarían los resultados el día 15 del mismo mes y año.

217. Atento a las manifestaciones que anteceden, se advirtió que en los informes que el IMSS remitió a este Organismo Nacional con motivo de la inconformidad presentada, a V1 se le informó el estado de salud de su hijo y el resultado de sus estudios, por lo cual a fin de aclarar los motivos de la queja, se ordenara que se investiguen las manifestaciones de Q, a fin de que se deslinden las responsabilidades correspondientes.

218. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa 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.³⁴

³⁴ CNDH. Recomendaciones 1/2019, p. 145, 71/2018, p. 243 y 40/2018, p. 222, entre otras.

219. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” 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 médicos³⁵.

220. A pesar de tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, “*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.

221. 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 términos³⁶.

222. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y 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

³⁵ CNDH. *Ibidem*, pp. 146, 244 y 223.

³⁶ CNDH. *Ibidem*, pp. 147, 245 y 225.

artículo 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

E. RESPONSABILIDAD.

223. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 y V2, como se acreditó en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica en su agravio, a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, a la vulneración al interés superior de la niñez en perjuicio de V2 y su desafortunado padecimiento de hipotonía y a la violación al derecho de acceso a la información referente a V1.

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

225. En este sentido, las autoridades administrativas del IMSS con motivo de la queja presentada por Q, informaron a este Organismo Nacional lo siguiente:

225.1. El 15 de junio de 2017, la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Regional en Baja California Sur del IMSS inició el Expediente de Investigación Laboral 1, el cual se concluyó el 29 de ese mismo mes y año, sin responsabilidad laboral debido a que en la opinión técnico medica de la Jefatura de Prestaciones Médicas, se determinó que existió atención adecuada y oportuna sin irregularidades por personal médico y administrativo.

225.2. El 4 de enero de 2018, la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional en el IMSS, determinó la procedencia de la queja de V1, únicamente desde el punto de vista médico y ordenó que se le otorgara la atención médica necesaria a V2 para su padecimiento independientemente de su calidad de derechohabiente y su notificación al OIC en el IMSS.

225.3. El Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del IMSS en Baja California Sur, el 9 de marzo de 2018, inició el Expediente Administrativo de Responsabilidades 1 y el 31 de agosto de ese mismo año, determinó su archivo por *“falta de elementos”*.

226. Causan extrañeza las resoluciones emitidas por las Jefaturas de Servicios Jurídicos de la Delegación Regional en Baja California Sur y por el Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del IMSS en la referida entidad ante la procedencia de la queja presentada desde el punto de vista médico, razón por la cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la Secretaría de la Función Pública, para que en lo sucesivo, se consideren los

casos de manera integral para evitar la simulación y la impunidad, y en su caso, se deslinden las responsabilidades correspondientes.

227. 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:

227.1. Queja ante el OIC en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda con motivo de las irregularidades relacionadas con la atención médica de V1 y V2, así como con motivo de la falta de formalidad en la integración del expediente clínico.

227.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra de AR6 y demás personal que resulte responsable con motivo de la atención médica proporcionada a V1 y V2 en el Hospital General 1.

228. Las autoridades administrativas y ministeriales encargadas de realizar las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación a fin de determinar las responsabilidades de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1 y V2.

229. Con independencia de la resolución del OIC en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

F. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

230. Esta Comisión Nacional advirtió durante el parto de V1 la carencia de personal médico de pediatría para que brindara asistencia al producto de la gestación y realizara su adecuado registro de y su valoración pediátrica inmediata.

231. La falta de dicho especialista evitó que a V2 se le garantizara una adecuada e integral atención desde su nacimiento, lo que representa responsabilidad institucional debido a que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud en beneficio de las personas usuarias y el interés superior de la niñez.

232. Al haberse acreditado responsabilidad institucional por parte del IMSS, este Organismo Nacional considera que además del traslado de los pacientes a las unidades médicas que corresponda ante la carencia de especialistas, deberá gestionarse con las autoridades correspondientes para que, en lo sucesivo el servicio de tococirugía del Hospital General de Zona 1, cuente con personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, no como aconteció en el caso particular.

G. REPARACIÓN DEL DAÑO.

233. 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 y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, 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 personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

234. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 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 por inadecuada atención médica en agravio de V1 y V2, al interés superior de la niñez de este último, así como a una vida libre de violencia obstétrica y al derecho de acceso a la información en materia de salud, deberá inscribir a V1, V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que, V1 y V3 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.

235. 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 CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a las personas responsables.

236. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH asumió 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”³⁷.

237. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: “[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)”³⁸.

238. No se omite señalar que este Organismo Nacional, sostuvo múltiples reuniones de trabajo con el IMSS en diversas fechas, a fin de tratar el presente asunto en virtud de que su Comisión Bipartita resolvió únicamente la procedencia

³⁷ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

³⁸ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, párrafo 175.

de la queja desde el punto de vista médico, sin que se haya concretado propuesta alguna de indemnización, por lo cual, en el presente caso, se considera procedente la reparación de los daños ocasionados a V1 y V2, en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

239. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V1 y V3, la atención psicológica en caso de que lo requieran, respecto a la primera con motivo de la violencia obstétrica padecida y para ambos por la afectación a la salud de V2, quien deberá recibir tratamiento de por vida, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcance su sanación psíquica y emocional.

240. Dicha atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas directas, 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.

241. En cuanto a la atención médica, quirúrgica –de así requerirlo-, hospitalaria, psicológica, farmacéutica, de rehabilitación y auxiliares de diagnóstico que requiera V2, se advirtió que aun cuando el 4 de enero de 2018, la Comisión Bipartita del H. Consejo Consultivo Delegacional en el IMSS, determinó entre otras cuestiones, que se le otorgara la atención médica necesaria para el padecimiento motivo de la queja, independientemente de su calidad de

derechohabiente, este Organismo Nacional, solicitará que sea con carácter vitalicio.

242. Lo anterior, es así debido a que la reparación del daño tiene una doble función, por un lado se encarga de: *“(...) resarcir al afectado de manera integral y justa; por el otro, debe fundar los incentivos institucionales para evitar que conductas de la misma naturaleza tengan lugar nuevamente en la práctica del Estado, ocasionando más daños a los usuarios (...)”*³⁹, máxime que el padecimiento de V2 fue derivado de la violación a los derechos humanos acreditados.

ii. Satisfacción.

243. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y la denuncia que se presente ante la instancia referida y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iii. Garantías de no repetición.

244. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales,

³⁹ Amparo directo 18/2015, emitido por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

245. En el caso particular, a través del oficio de 25 de marzo de 2019, el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, copia de las constancias relacionadas con la capacitación en materia de derechos humanos en cumplimiento al acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS.

246. No obstante, ello se considera insuficiente para evitar hechos como el que nos ocupa, más aún cuando de las constancias remitidas no se advirtió alguna a nombre del personal médico involucrado en el caso particular, por lo cual deberán implementar un curso integral en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigido a todo el personal médico y de enfermería del área de tococirugía del Hospital General de Zona 1, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, emergencias obstétricas, responsabilidad profesional y trato digno a las pacientes, así como a la atención de la persona recién nacida, y debida observancia y contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, la NOM-007-SSA2-2016, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido”*⁴⁰ y la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron

⁴⁰ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de abril de 2014.

origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Los contenidos de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

247. En el término de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, la divulgación de 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.

248. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una Circular en la que se exhorte al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Zona 1 que en el caso de que dicho nosocomio carezca de algún servicio, se canalice a la brevedad a las unidades médicas del siguiente nivel de atención para evitar complicaciones irreversibles en su salud.

249. En el término de un mes, emitir otra Circular en la que se exhorte al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Zona 1, 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 con diligencia casos similares al que nos ocupa.

250. 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 General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*⁴¹, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

251. Deberán realizarse en un término de seis meses a partir de la aceptación de la Recomendación, gestiones indispensables con la finalidad de que el servicio de tococirugía del Hospital General de Zona 1 cuente con recursos personales para su óptimo funcionamiento para que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia.

iv. Compensación.

252. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*⁴².

⁴¹ Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

⁴² *“Caso Palamara Iribarne Vs. Chile”* Sentencia del 22 de noviembre de 2015, Fondo, Reparaciones y Costas, p. 244.

253. De las evidencias con que se cuenta, este Organismo Nacional acreditó la violación a los derechos humanos en agravio de V1 y V2, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a la primera con motivo del padecimiento de V2, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

254. A efecto de que se indemnice a V1 y V3, se deberá tomar en consideración el daño causado por la condición de salud provocada a V2, así como la violencia obstétrica de que V1 fue objeto, para 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, por lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a dicha institución 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, se brinde la reparación integral a V1 y V3, que incluya una compensación justa con motivo del estado de salud que presenta V2 y la violencia

obstétrica de que fue objeto V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas y se les brinde atención psicológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Dicha Institución deberá proporcionarle de manera vitalicia la atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, de rehabilitación y auxiliares de diagnóstico que requiera V2, con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con este Organismo Nacional en las quejas que se presenten ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 AR5 y AR6 con motivo de las irregularidades precisadas en la presente Recomendación, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore con este Organismo Nacional en la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR6 con motivo de las irregularidades precisadas en la presente Recomendación, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

QUINTA. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS respecto a la intervención de AR1, AR2, AR3, AR4 AR5 y AR6, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en sus expedientes

laborales, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, 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.

SÉPTIMA. En el término de un mes contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se emita una Circular dirigida al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Zona 1, en la que se solicite al personal médico que en el caso de que dicho nosocomio carezca de algún servicio, se canalice a la brevedad a los pacientes a las unidades médicas del siguiente nivel de atención para evitar complicaciones irreversibles en su salud, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la Recomendación, se emita otra Circular dirigida al personal médico del área de tococirugía del Hospital General de Zona 1, 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 con diligencia similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Realizar las gestiones en el término de seis meses a partir de la aceptación de la Recomendación, con la finalidad de que el servicio de pediatría del Hospital General de Zona 1, cuente con recursos materiales para su óptimo funcionamiento que garanticen el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

DÉCIMA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la Recomendación, un curso integral al personal médico y de enfermería del área de tococirugía sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, emergencias obstétricas, responsabilidad profesional y trato digno a las pacientes, así como a la atención de la persona recién nacida, así como la debida observancia de las normas oficiales mexicanas referidas en la presente Recomendación. Los contenidos de dichos 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.

DÉCIMA PRIMERA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel de decisión como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

255. La presente Recomendación, de acuerdo con 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 del 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.

256. 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.

257. 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.

258. 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