



RECOMENDACIÓN NO. 130 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1 E INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 68 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 17 de diciembre de 2021.

**MTRO. ZOÉ ALEJANDO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido Señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/4694/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 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; 1, 3, 9 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 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 una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	SP

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



Nombre	Abreviaturas
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctima	CEAV
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona No. 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social	HGZ No. 68
Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres	CEDAW
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	PIDESC
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
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

Nombre	Abreviaturas
Semanas de Gestación	SDG

I. HECHOS

5. A las 2:00 horas del 27 de febrero de 2019, V1 de 21 años de edad, con 38 SDG¹ presentó salida de líquido vaginal y alrededor de las 9:00 horas, acudió al HGZ No. 68 del IMSS; a su ingreso fue valorada por un médico de urgencias obstétricas quien indicó vigilancia y atención de parto.

6. A las 9:40 horas del mismo día, V1 ingresó a labor de parto como candidata a parto humanizado e indicación de observación de evolución durante los cambios de turno hasta las 21:00 horas que SP1 decidió la interrupción del embarazo a través de cesárea a fin de disminuir riesgos para el producto de la gestación; sin embargo, la cirugía se dilató debido a que la sala de tococirugía se encontraba sucia.

7. Se registró el nacimiento de V2 a las 22:15 horas del 27 de febrero de 2021, con dificultad para respirar por sí solo, aspiración de meconio y alto riesgo de muerte, permaneciendo 11 días en cunero patológico, con calificación Apgar 3-5² y secuelas que afectan la calidad de vida de toda la familia en conjunto. Por su parte, 5 días después de la cirugía, V1 presentó una infección en la herida, la cual tardó en sanar más de un mes.

8. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2019/4694/Q**; para la investigación de la atención que recibió V1 por parte de personal médico del HGZ No. 68 en la resolución del embarazo que cursaba y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se recabaron

¹ Semanas de gestación.

² La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 indica la evolución del recién nacido fuera del vientre materno.

informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V1 y V2, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja presentando en este Organismo Nacional el 9 de abril de 2019, en el que V1 narró los hechos materia de la queja en su agravio y de V2.

10. Oficio 095217614C21/3293 de 15 de noviembre de 2019, mediante el cual el IMSS remitió copia de los informes que rindió:

10.1 El Comité de Calidad del HGZ No. 68 sobre la atención médica que se brindó a V1 y V2 entre el 27 de febrero y el 9 de marzo de 2019.

10.2 AR1 sobre la atención que brindó el 27 de febrero de 2019 a V1 en relación con el trabajo de parto que cursaba.

10.3 AR2 respecto a la atención que brindó el 27 de febrero de 2019 a V1 en relación con el trabajo de parto en que se encontraba.

10.4 SP1 en relación con el servicio que brindó el 27 de febrero de 2019 a V1 en la resolución de urgencia del embarazo de V1, haciendo referencia a las condiciones en que se desarrolló la atención.

10.5 AR3 quien recibió a V2 al momento de su nacimiento, describiendo el diagnóstico de síndrome de aspiración meconial con base en las condiciones que presentó.

10.6 SP2 quien valoró el 27 de febrero de 2019 a V2 a las tres horas de vida extrauterina, precisando que para su atención solicitó estudio portátil de radiografía y catéteres umbilicales, material con el que no se contaba en el HGZ No. 68.

11. Oficio 095217614C21/3387 de 22 de noviembre de 2019, mediante el cual el IMSS remitió copia del expediente clínico integrado en el HGZ No. 68 con motivo de la atención que se brindó a V1 y V2 a partir del 27 de febrero de 2019, de cuyo contenido destacan:

11.1 Hoja de “TRIAGE OBSTÉTRICO” de las 9:01 horas del 27 de febrero de 2019 donde consta el ingreso de V1 en el HGZ No. 68.

11.2 Notas médicas del 27 de febrero de 2019 con diversos horarios en las que se describe la atención médica que se brindó a V1 suscritas por AR1 y AR2 y SP1 en el HGZ No. 68

11.3. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, de 27 de febrero de 2019, suscrita por SP1.

11.4 Registro de Anestesia y Recuperación de la intervención quirúrgica que se realizó a V1 el 27 de febrero de 2019, suscrita por SP3.

11.5 Nota de Anestesiología, de las 21:20 horas del 27 de febrero de 2019 suscrita por SP3 en que se hizo constar que el quirófano del HGZ No. 68 estaba sucio.

11.6. Vigilancia y atención del parto de V1 de 27 de febrero de 2019 suscrita por AR1, AR2 y SP1 en que se observa las horas en que se realizaron las valoraciones del binomio materno-fetal.

11.7. Notas médicas y prescripción relativas a V1 de las 9:40, 11:00, 12:22, 12:28 horas suscritas por AR1; de las 14:40 horas elaboradas por AR2, así como de las 21:00 y 23:30 horas firmadas por SP1, todas del 27 de febrero de 2019.

11.8 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 27 de febrero, 1 y 2 de marzo de 2019, en los que se observa el suministro de oxitocina como acelerador del trabajo de parto que se indicó a V1 sin su consentimiento informado, así como otros medicamentos durante su estancia hospitalaria en el HGZ No 68.

11.9 Nota de evolución posquirúrgica y envío a piso de V1, suscrita por una SP4 a las 03:00 horas del 28 de febrero de 2019; Nota de evolución vespertina que elaboró AR2 a las 15:30 horas en esa misma fecha.

11.10 Nota médica de prealta de V1, del “02.2019”, sin hora, suscrita por una SP5.

11.11 Hoja de egreso hospitalario de V1 suscrita por una SP6 en que se especificaron las condiciones en que egresaba con las respectivas indicaciones.

11.12 Historia clínica del recién nacido V2, sin fecha, hora, nombre ni firma del personal médico de HGZ No. 68 que la elaboró, en la cual se describe cómo se recibió en el momento de su nacimiento y las condiciones en torno a ello.

11.13 Nota de ingreso al servicio de pediatría de V2 de las 23:00 horas del 27 de febrero, Nota de recepción de cunero patológico, de las 00:50 horas del 28 de febrero de 2019, suscritas por AR3 en que se describen los antecedentes de vida extrauterina del recién nacido, las condiciones, tratamiento y atención que se brindó a partir de su nacimiento.

11.14 Nota de evolución matutina de V2 de 28 de febrero de 2019 a las 08:45 horas, suscrita por una SP2 en que se hizo constar “no se cuenta con equipo

portátil durante la guardia” y “...no se cuenta con dicho insumo...” haciendo referencia a catéter umbilical.

11.15 Nota médica de prealta de V2, de 09 de marzo de 2019, sin hora, suscrita por una SP7 en que se un resumen clínico.

11.16 Referencia-Contrarreferencia, de 09 de marzo de 2019, suscrita por una SP2 de la que se aprecia que, en razón de las secuelas que presentó V2 se le envió a estimulación temprana.

11.17 Hoja de Identificación del recién nacido, de 27 de febrero de 2019, elaborada por una SP8 de la que se observa las condiciones en que nació V2.

11.18 Resultados de estudio de gasometría realizado a V2 el 28 de febrero de 2019, el cual, en Opinión Médica de esta Comisión Nacional, permite concluir que sí cursó con datos de asfixia en la etapa perinatal y neonatal, lo cual se relaciona con la secuela de retardo del desarrollo que presenta.

11.19 Nota de atención médica de V2, de 28 de marzo de 2019, en que se realiza un resumen médico citando como diagnóstico asfixia del nacimiento, leve y moderada.

11.20 Nota de atención médica pediátrica de V2, de 14 de febrero de 2020, en que se realiza un resumen médico citando que se encontraba en control con rehabilitación neurológica.

11.21 Así como Nota de atención médica y prescripción, Nota de atención médica de rehabilitación ortopédica de V2, de 13 de enero de 2021, en que se realiza un resumen médico citando que presenta un retardo en el desarrollo.

12. Acta circunstanciada del 4 de marzo de 2021, en que se hizo constar la comunicación telefónica que se sostuvo con V1 en que se tuvo conocimiento de las secuelas que presenta V2, así como de la atención que recibe del IMSS.

12.1 Copia del acuerdo de 24 de febrero de 2020 emitido por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente que remitió vía electrónica la parte quejosa.

13. Opinión Médica de 28 de septiembre de 2021, emitida por personal médico de este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2 en la que sucintamente se concluyó que la dificultad respiratoria secundaria al síndrome de aspiración de meconio que presentó V2 se relaciona con la inadecuada valoración y vigilancia de AR1 y AR2 del binomio materno-fetal durante el trabajo de parto, además de la dilación en realizar la cesárea al estar la sala quirúrgica “sucias” y la disfunción de la máquina de anestesia del Hospital General de Zona No. 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

14. Acta circunstanciada de 18 de noviembre de 2021 en la que se hizo constar la entrevista de personal de esta Comisión Nacional con V1, a quien se le dio vista de la información que integra el expediente y su análisis para emitir la resolución respectiva.

III.SITUACIÓN JURÍDICA.

15. El 9 de abril del 2019, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por V1, por la atención médica que se le brindó a ella y a V2 en el HGZ No. 68 que derivó en secuelas para ambos sobre todo en el desarrollo de V2, lo que dio inicio al expediente de esta Recomendación.

16. El IMSS remitió copia del acuerdo de 24 de febrero de 2020 emitido por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de dicha institución en sentido improcedente respecto de la responsabilidad médica de las personas servidoras públicas que atendieron a V1 y V2, en relación con los hechos y agravios que nos ocupan.

17. V1 informó, que el 7 de octubre de 2021, el IMSS notificó a V1 la resolución administrativa mencionada en el punto que antecede y, con asistencia de un abogado, V1 “apeló”, obteniendo respuesta contraria a sus intereses.

18. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que permita acreditar la existencia de alguna carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, ni de algún otro procedimiento administrativo relacionado con los hechos y agravios de esta Recomendación.

IV.OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

19. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/4694/Q, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, a la integridad personal en agravio de V1 y V2, así como al interés superior de la niñez, al Proyecto de vida e inadecuada integración del expediente clínico; ello, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

20. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. A manera de completar las obligaciones que

implican este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 *“Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tutelado en el artículo 12 del PIDESC, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud³.

21. La ONU, a través del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre *“Salud y bienestar”*, se ha pronunciado en el sentido de *“[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*⁴.

22. Por su parte, el artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, reconoce que “[t]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”; al respecto, la SCJN resolvió que el Estado debe garantizar el derecho a la salud y brindarlo con calidad, entendiendo ésta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*⁵, a través de *“... los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*⁶.

23. También la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), en su artículo 12.1, indica la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de

³ “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General N° 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*: del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

⁴ ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible. *“Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe”*. Tercer Objetivo.

⁵ SCJN. Jurisprudencia administrativa, *“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”*. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 registro 167530.

⁶ *Ídem*.

igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en último párrafo alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

24. Por su parte el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

25. Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁷

26. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la que se afirma que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

27. Relacionado con el expediente que dio origen a la presente Recomendación, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se acreditó que V1 recibió el 27 de febrero de 2019 en el HGZ No. 68 del IMSS una inadecuada atención en la resolución del embarazo que cursaba que comprometió el bienestar

⁷ CNDH. Recomendaciones 71/2021, párr. 41; 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017

materno-fetal con las secuelas que actualmente presenta V2 y las que aún no es posible determinar, debido a que se irán registrando acorde con el desarrollo y edad de la persona menor.

A1. DERECHO A LA SALUD MATERNA E INFANTIL

28. El Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, señaló que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*⁸ y que *“[e]s obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*⁹.

29. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, reconoció que: *“[e]ntre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto [...]”*¹⁰.

30. A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: *“[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos

⁸ Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, 1999, Párrafo 1.

⁹ Ibid. Párrafo 27.

¹⁰ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

en una “[e]strategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”¹¹, garantizando su salud y bienestar.

31. En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “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/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas*”¹².

32. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017, “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, “[...] *existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro*”¹³, por lo que “[a]l existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”¹⁴.

¹¹ ONU. “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” (2016-2030), 2015.

¹² CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

¹³ CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

¹⁴ *Ibíd.*, párr. 181.

A2. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE PARTO OTORGADA A V1.

33. El 27 de febrero de 2019 a las 08:55 horas V1, de 21 años de edad, acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 68 del IMSS con embarazo de 38 SDG, siendo atendida por una persona médica de ginecología y obstetricia quien la describió como una paciente consciente, con palidez de piel, dolor en la zona del ombligo, salida de escaso líquido vaginal transparente y movimientos fetales, sin presencia de contracciones, hemorragia, crisis convulsivas, dolor de cabeza, zumbido en oídos y visión con manchas, temperatura de 36.5 grados centígrados, frecuencia cardíaca de 94 latidos por minuto (normal 60 a 100 latidos por minuto), frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto (normal 12 a 20 respiraciones por minuto), tensión arterial de 120/90 mmHg (normal 120/80 mmHg), por lo que acorde con los criterios de clasificación de TRIAGE¹⁵, estableció el código amarillo con un tiempo de atención de 5 a 15 minutos.

34. A las 09:01 horas, SP elaboró la nota médica de urgencias de V1, en la que reportó buena coloración de piel y tegumentos, útero gestante con fondo uterino¹⁶ de 32 centímetros (normal de acuerdo con 37 SDG), producto único vivo, presentación cefálica y dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto antes de la contracción, 156 latidos por minuto durante la contracción y 132 latidos por minuto posterior a la contracción (normales), peso fetal aproximado de 3,100 gramos (acorde a las SDG), al tacto vaginal con cérvix borrado, 3 centímetros de dilatación, prueba de Tarnier positiva con salida de líquido meconial X-XX, pelvis útil, miembros inferiores sin edema y reflejos normales, temperatura de 36.5 grados centígrados, frecuencia cardíaca de 99 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto (dentro de parámetros establecidos); así como tensión arterial de 120/90 mmHg.

¹⁵ Sistema para seleccionar a pacientes prioritarios que llegan a la sala de urgencias de un hospital.

¹⁶ Distancia en centímetros desde el hueso púbico hasta la parte superior del útero.

35. Considerando que V1 tenía presencia de actividad uterina (una en 10 minutos) y dilatación del cérvix de 3 centímetros, con ruptura de membranas mayor a siete horas, en Opinión Médica de esta Comisión Nacional, SP de manera adecuada atendió a V1, indicó procedente ingresarla a la Unidad Tocoquirúrgica, con hidratación intravenosa y solución glucosada, solicitud de estudios de laboratorio (perfil toxémico), toma de signos vitales cada 30 minutos y suministro de ampicilina (antibiótico), citando que cursaba con trabajo de parto en fase latente,.

36. Cabe subrayar que acorde con la Opinión Médica de este Organismo Público Autónomo las condiciones que presentaba el binomio materno fetal al momento de su valoración médica en el área de admisión hospitalaria no eran criterios absolutos de interrupción del embarazo vía abdominal o cesárea.

37. Dicha Opinión Médica señala que, si bien se refirió presencia de meconio en el líquido amniótico, acorde con la literatura e investigaciones se han encontrado resultados importantes que contradicen la creencia de que todo líquido teñido de meconio (defecación intrauterina del feto) sea signo de sufrimiento fetal, complicaciones en el recién nacido y que por tanto sea necesario el realizar cesárea. Ya que algunos autores afirman, que la presencia de líquido meconial puede ser una condición fisiológica que se podría manejar desde una perspectiva de parto normal, sin llegar al extremo de perder el cuidado, abordando posibles alternativas de emergencia.

38. La expulsión de meconio puede ser causada por hipertensión y/o diabetes mellitus materna, tabaquismo materno, enfermedad cardiovascular o enfermedad respiratoria crónica materna, embarazo postérmino, preeclampsia/eclampsia¹⁷, oligoamnios¹⁸, retardo del crecimiento intrauterino, anomalías cardíacas fetales y perfil biofísico alterado.

¹⁷ Trastornos de la presión arterial alta y/o baja durante el embarazo, desarrollados a partir del mismo.

¹⁸ Poco líquido amniótico

39. V1 cursó con trastorno hipertensivo, factor considerado de riesgo para presentar líquido amniótico meconial, el cual, es un dato sugestivo de sufrimiento fetal; sin embargo, acorde con los registros en el expediente clínico, la frecuencia cardiaca fetal se encontraba dentro de parámetros normales antes, durante y después de la contracción uterina evidenciando vitalidad fetal; no obstante, ante la asociación bibliográfica de asfixia perinatal y postnatal con la presencia de meconio, de manera justificada SP estableció una probable baja reserva fetal e indicó, como se mencionó, pasar al binomio materno-fetal a la Unidad Tocoquirúrgica.

40. A las 09:40 horas del 27 de febrero de 2019, AR1, elaboró la nota de ingreso de V1 a “labor” y estableció que la pelvis era suficiente en sus tres estrechos, con cérvix posterior, 3 centímetros de dilatación y 30% de borramiento, sin palpación de amnios¹⁹ y Tarnier positivo²⁰, sin urgencia obstétrica, candidata a parto humanizado, suministro de hidrato a la paciente, antibioticoterapia y toma de Registro Cardiotocográfico con base en el cual se valoraría inducto-conducción de trabajo de parto.

41. Respecto al parto humanizado, la bibliografía médica describe que se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para

¹⁹ Es una membrana que rodea al embrión, el cual queda suspendido en el líquido amniótico que lo protege evitando la desecación y le proporciona temperatura constante.

²⁰ Salida, a través del cuello uterino (cérvix), de un líquido claro, incoloro y continuo, que aumenta con la movilización transabdominal del feto.

tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.²¹

42. De la inducción del trabajo de parto, la “Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención”²² establece que consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 SDG, para reproducir lo más fielmente posible el parto normal y espontáneo, estimulando artificialmente las contracciones uterinas que conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino, y al nacimiento.

43. En términos de la Guía en comento, las indicaciones para la inducción del trabajo de parto no son absolutas, sino que deben tener en cuenta las condiciones maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello uterino y otros factores como; desprendimiento prematuro de placenta, corioamnionitis (infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen), muerte fetal, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, rotura prematura de membranas, embarazo postérmino, condiciones médicas maternas como diabetes mellitus, enfermedad renal, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión crónica, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, (restricción severa del crecimiento fetal, isoinmunización, oligohidramnios).

44. De la conducción del trabajo de parto, la bibliografía médica describe que la intensificación o conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos tradicionales utilizados para

²¹ Almaguer GJ, García RH, Vargas VV. Nacimiento humanizado. Aporte de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en Cifras 2012; 10(2-3): 44-59

²² Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21 de marzo de 2013

acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía). En el curso de las últimas décadas, los esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales han llevado al uso de una serie de prácticas, ya sea para acelerar un trabajo de parto lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza normalmente. Si bien las intervenciones dentro del contexto de conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto.²³

45. Ahora bien, del proceso de la inducción o conducción del trabajo de parto, resulta evidente que son técnicas encaminadas a estimular artificialmente las contracciones uterinas en el trabajo de parto, la primera antes del inicio del trabajo de parto, y la segunda cuando ya está instalado; por consiguiente, deben ir precedidas de una adecuada justificación médica, situación contraria al caso particular, ya que hasta ese momento el binomio materno-fetal no contaba con indicaciones para su prescripción y, en consecuencia, se contrapone con el propio parto humanizado determinado por la misma AR1.

46. A las 11:03 horas del mismo 27 de febrero de 2019, AR1 reportó; integridad 100%, duración 10 minutos, frecuencia cardiaca fetal basal de 140 latidos por minuto, variabilidad mínima, sin ascensos ni descensos, movimientos fetales y actividad uterina presente, “Trazo no tranquilizador”, sin criterios de urgencia obstétrica de compromiso en bienestar fetal y sugirió proceder con medidas de reanimación intrauterina, dejar a libre evolución y toma de RCTG.

²³ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, 2015. https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

47. El RCTG reportado por AR1 registrado como “no tranquilizador”, era compatible con riesgo de pérdida de bienestar fetal; sin embargo, aunque tiene una elevada sensibilidad para predecir acidosis fetal, su especificidad es baja contando con una tasa alta de falsos positivos y, por otro lado, acorde con registros de frecuencia cardiaca fetal anotados en el partograma²⁴, se encontraban dentro de parámetros normales, reflejando vitalidad fetal.

48. En Opinión Médica de esta Comisión Nacional, AR1 estableció en nota médica que el binomio materno fetal no contaba con criterios de urgencia obstétrica o de compromiso del bienestar fetal, pero indicó proceder con medidas de reanimación intrauterina, realizar nuevo RCTG con revaloración posterior y dejar a libre evolución, con lo cual, se evidencia que no se allegó de los elementos necesarios para confirmar o descartar el bienestar fetal, es decir, omitió solicitar el perfil biofísico fetal, cuando estaba indicado por la sospecha de asfixia fetal y ruptura prematura de membranas, confirmando la inadecuada vigilancia del producto de la gestación.

49. En Nota de las 12:24 horas del 27 de febrero de 2019, AR1 informó que recabó el reporte de RCTG posterior a reanimación fetal, con registro de integridad 100%, duración 10 minutos, frecuencia cardiaca fetal basal de 140 latidos por minuto, variabilidad de 5 a 10 latidos por minuto, con ascensos, sin descensos, movimientos fetales y actividad uterina presentes, marcándolo como trazo tranquilizador, es decir normal, por lo que estableció continuar con actitud proparto e indicó inicio conducción de trabajo de parto, vigilancia obstétrica y de acuerdo a evolución normar conducta, candidata a parto acorde con NOM-007-SSA2-2016.

50. Como ya se mencionó, a las 12:24 horas del 27 de febrero de 2019, AR1 indicó iniciar el proceso de conducción del trabajo de parto; empleado frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien

²⁴ Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.

coordinadas como para dilatar el cérvix. Tradicionalmente, la conducción del trabajo de parto se ha realizado utilizando una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía) a efecto de abreviar el trabajo de parto y evitar complicaciones con la prolongación indebida o la realización de cesárea.

51. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que debe considerarse el estado general de la mujer y su bebé, sus deseos y preferencias, y el respeto por su dignidad y autonomía, realizarse sólo en casos en los que haya una indicación médica clara y en los que los beneficios esperados superen los posibles perjuicios y con cautela, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación uterina, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina, en instalaciones en las que exista la capacidad de manejar sus posibles resultados, incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal.²⁵

52. Además, AR1 indicó iniciar el proceso de conducción del trabajo de parto sin justificar la prescripción obstétrica y que los beneficios esperados superaran los posibles riesgos, exponiendo al binomio materno fetal a las complicaciones propias de la misma, como: hiperestimulación y/o ruptura uterina, asfixia fetal e incremento de intervenciones durante el trabajo de parto y parto, en consecuencia, la morbilidad y mortalidad.

53. A las 12:28 horas del 27 de febrero de 2019 AR1 indicó suministro a V1 de solución glucosada al 5% 1000 cc (centímetros cúbicos) con 5 unidades de oxitocina a 8 gotas por minuto; por su parte, el personal de enfermería registro “I-13 SG5% 1000 5 UI OXITOCINA”, con lo cual se confirma el inicio de la conducción del trabajo de parto a las 13:00 horas del día citado.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. 2015. https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

54. En nota de evolución vespertina del 27 de febrero de 2021, AR2 registró; entre otros datos, signos vitales y frecuencias cardíacas dentro de parámetros normales, “movimientos fetales presentes”, dos contracciones de 35 segundos, genitales sin alteraciones, 4 centímetros de dilatación y 50% de borramiento, amnios roto “*a la salida de guante no se observa tinte meconial*”; lo cual se contrapone con el líquido amniótico con características meconiales reportado en la admisión hospitalaria de V1.

55. AR2, anotó “*actualmente en inductoconduccion a base de oxitocina*” y determinó continuar con el mismo manejo previamente establecido, es decir ayuno, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, monitorización de frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos, vigilancia de pérdidas transvaginales y actividad uterina, posición libremente escogida, solución glucosada al 5% con 5 unidades de oxitocina 1000 cc y pasar 10 gotas por minuto, ampicilina (antibiótico) 1 gramo vía intravenosa cada 6 horas y reportar eventualidades. Agregó que el pronóstico quedaba reservado según evolución, no exenta de complicaciones, esperando que el parto que se desarrollara con normalidad y sin complicaciones.

56. Cabe destacar que entre las constancias que integran el expediente clínico se omitió integrar el consentimiento informado específico para el procedimiento de conducción del trabajo de parto a base de oxitocina, en el cual, se justificara la indicación médica, así como los riesgos y beneficios esperados, por lo que en Opinión Médica de esta Comisión Nacional es posible inferir que V1 no tenía la información suficiente y adecuada de la técnica obstétrica que AR1 y AR2 le realizaron, así como que hubiera otorgado la autorización para la misma, incumpliendo lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

57. Aunado a lo anterior, en Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional indica que acorde con el partograma se evidencia una inadecuada monitorización del trabajo de parto porque pasaron aproximadamente más de dos horas sin

reportar las modificaciones cervicales, actividad uterina, posición fetal y ubicación en los planos de Hodge, cuando se debe registrar e interpretar por lo menos cada hora, así como de las contracciones uterinas acorde con la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea²⁶.

58. De igual forma, en cuanto al rubro de frecuencia cardiaca fetal se advierte que de las 19:20 horas a las “21” horas el 27 de febrero de 2021, pasó más de una hora aproximadamente sin que se anotaran ni interpretaran, cuando debe ser cada 30 a 45 minutos acorde con la NOM²⁷, evidenciando la inadecuada vigilancia del producto de la gestación durante el trabajo de parto.

59. También, personal médico de este Organismo Nacional observó que de las 12:30 horas a las 16:30 horas del 27 de febrero de 2021, la dilatación progresó un centímetro (4 a 5 cm), transcurriendo alrededor de 4 horas entre ambas anotaciones. De las 17:30 horas a las 21:00 horas, existe un registro de dilatación del cérvix, en el cual se omitió anotar la hora en que se llevó a cabo; además, se refleja que en un periodo mayor de tres horas aproximadamente, se efectuaron tres reportes de dilatación del cérvix, la cual se mantuvo en 5 centímetros.

60. Con las omisiones referidas, se incrementó el riesgo de inadvertir las complicaciones obstétricas que presentaba V1 a las 21:00 horas del 27 de febrero de 2021, como lo era la dilatación estacionaria y distocia de la fase activa del trabajo de parto, cuando además estaba en conducción a base de oxitocina desde las 13:00 horas de ese día, lo cual se relaciona con las complicaciones neonatales de tipo respiratorio, bajo puntaje de Apgar y presencia de meconio que mostró V2 omisiones con las cuales se incrementaron la morbilidad y mortalidad del binomio materno-fetal.

²⁶ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.pág. 20, 44.

²⁷ 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

61. Ahora bien, a las 21:00 horas del 27 de febrero de 2019, SP, describió en nota de evolución nocturna y preoperatoria que V1 refirió dolor tipo cólico obstétrico muy intenso desde “el turno anterior”, 5 centímetros de dilatación, sin evolución en la progresión de los cambios cervicales, trabajo de parto activo estacionario de cinco horas y ruptura prematura de membranas de 19 horas de evolución, líquido amniótico muy escaso, con meconio de ++, no fétido, decidiendo interrumpir el embarazo vía abdominal para disminuir riesgos en V2 y, explicando a V1 riesgos, recabó su firma de consentimiento informado e indicó la pasaran a sala en cuanto se indicara, plasmando *“sala sucia No sirve máquina de anestesiología de quirófano”*.

62. Cabe señalar que la rotura de las membranas antes del parto con un líquido meconial se considera causa de interrupción del embarazo, pero no necesariamente de cesárea directa, sin ensayar primero la posibilidad de la inducción del trabajo de parto independientemente de las condiciones del cuello uterino. Varios autores encontraron que el riesgo de pérdida del bienestar fetal fue la indicación más frecuente para la realización de la cesárea en 53.9% de los partos²⁸.

63. La Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea²⁹, establece como indicaciones absolutas de operación cesárea, entre otras, el sufrimiento fetal y como indicaciones relativas enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura de membranas y poco líquido amniótico.

64. En la atención de V1, aunque los registros de la frecuencia cardiaca fetal dejaban ver que existía vitalidad del producto de la gestación, cursaba con un cuadro de dilatación estacionaria y distocia de la fase activa del trabajo de parto, además de una ruptura de membranas de 19 horas de evolución, oligohidramnios,

²⁸ Fernández BH, Gutiérrez P, Hidalgo C. Líquido meconial su asociación con las alteraciones del test de Apgar, hospital Ben Nacer Bachir. Rev. Ciencias Médicas 2020; 24(3): e4260

²⁹ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014.

meconio ++, leucocitosis de 18,500 mm³ (normal 5,000 a 12,000 mm³) y examen general de orina relacionado con un proceso infeccioso del tracto urinario, lo que en su conjunto deja ver el elevado compromiso fetal y/o neonatal para ese momento, por lo que, en términos de la Opinión Médica de este Organismo Nacional, de manera adecuada, SP decidió interrumpir el embarazo vía abdominal mediante cesárea tipo Kerr de urgencia para disminuir riesgos.

65. Conforme la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea, se precisa que la cesárea urgente, es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, la que no es programada cuando y está en peligro la vida de la madre y del feto; por lo que se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar la cesárea de urgencia.³⁰

66. Por su parte, una doctora anesthesióloga, reportó a las 21:20 horas del 27 de febrero de 2019: *“NOTA Sala de Expulsión (1) sin aseo, no hay personal de Intendencia Se avisa a Jefa de Enfermeras, quien Refiere que viene el Jefe de Intendencia después de 5 minutos no hay nadie que limpie la sala, Por lo que se decide bloquear a la paciente en labor”*.

67. Cabe precisar que a las 21:00 horas del 27 de febrero de 2019 SP indicó que V1 debía ingresar a quirófano para realizar de manera urgente una cesárea; sin embargo, su ingreso se autorizó hasta las 21:55 horas; a las 22:00 horas se inició la técnica anestesia a base de bloqueo epidural y a las 22:12 horas comenzó la cesárea, transcurriendo más de una hora a partir de que se indicó su realización como urgente, siendo que a consideración de la Opinión médica elaborada por personal de esta CNDH, debía contarse con un quirófano antes de 30 minutos en

³⁰ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014. Pág. 20, 41, 48.

cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea para practicar la interrupción del embarazo vía abdominal.

68. Es de hacer notar que el ingreso de V1 a quirófano y el procedimiento relativo a la cesárea que requería, se condicionó a que el área estaba sucia y con disfunción de la máquina de anestesiología que se requería, permaneciendo el producto de la gestación en un medio hostil de tipo infeccioso y asfíctico hasta las 22:15 horas que se extrajo, pasando de inmediato a pediatría para revisión y atención debido a las complicaciones que presentó y que, más adelante se desarrollaran.

69. En conclusión, acorde con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, AR1 y AR2 omitieron brindar una adecuada monitorización del trabajo de parto, es decir, revisar y supervisar el correcto registro de modificaciones cervicales, dilatación, actividad uterina, así como la adecuada vigilancia del producto de la gestación; particularmente, los registros de posición y frecuencia fetal; lo cual, hubiese permitido advertir y documentar que V1 se encontraba en fase activa del trabajo de parto con ruptura de membranas de 19 horas de evolución, oligohidramnios, líquido amniótico meconial ++, leucocitosis e infección del tracto urinario, circunstancias ante las cuales como lo indicó SP1, no sólo era adecuado sino necesario interrumpir de urgencia el embarazo para el bienestar de V1 y V2; procedimiento que dilató aún más debido a que la sala quirúrgica estaba “sucia” y con disfunción de la máquina de anestesiología.

70. En continuidad con la descripción del procedimiento quirúrgico a V1, SP1 anotó que posterior a la salida fetal llevada a cabo sin complicaciones, se dio inicio al manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, otorgando masaje bimanual, administración de oxitocina y carbetocina³¹, extracción dirigida de placenta, la cual

³¹ Análogo octapéptido sintético de la oxitocina de mayor duración por su estructura molecular y mayor lipofilicidad. La administración se realiza inmediatamente después del parto para minimizar el riesgo de hemorragia posparto mediante la inducción de las contracciones uterinas, lo que aumenta el tono muscular y la viscosidad de la sangre. La administración debe realizarse sólo una vez; administraciones adicionales podrían ser riesgosas. Si se necesita más estimulación uterina, se debe utilizar el tratamiento con otras formas de fármacos uterotónicos. Ludmir J, Bolati H, Valencia C. Carbetocina en la prevención

se obtuvo con tinte meconial +++ y fétida, la cavidad uterina se describió hipertérmica y fétida, procediendo a realizar histerorrafia³² en tres planos certificando hemostasia, con revisión de correderas parietocólicas y anexos, limpió cavidad y procedió al cierre sin complicaciones.

71. En notas de evolución y envío a piso elaboradas por personas servidoras públicas del HGZ No. 68, se advierte, entre otras indicaciones, que V1 se reportaba sin fiebre, en puerperio posquirúrgico inmediato permaneciendo en observación con hidratación intravenosa y doble esquema antibiótico hasta su egreso hospitalario en que se señaló como tratamiento control en unidad médica familiar y continuar con antibióticos.

72. En Opinión Médica elaborada por personal de la CNDH, considerando el precedente de cervicovaginitis de V1 durante el embarazo; el proceso de dilatación estacionaria, distocia de la fase activa del trabajo de parto, ruptura de membranas de 19 horas de evolución, oligohidramnios, líquido amniótico meconial ++, leucocitosis, infección del tracto urinario, y la dilación en realizar la cesárea de carácter urgente, constituyen un elevado riesgo de generar infección del endometrio o decidua uterina, por lo que, de manera correcta SP prescribió doble esquema antibiótico previo al procedimiento quirúrgico y posterior al mismo a base de ampicilina-amikacina, vigilancia de sangrado vaginal, involución uterina y solicitó estudios de laboratorio.

73. Respecto de la infección de herida quirúrgica que refirió V1 presentó, personal médico de esta Comisión Nacional observó que, independientemente de lo referido

de hemorragia posparto.
http://www.fasgo.org.ar/images/Carbetocina_en_la_prevencion_de_hemorragia_posparto.pdf

FLASOG.

³² Técnicas utilizadas para el cierre de la pared uterina con el uso de sutura continua en uno o dos planos o una sutura con puntos invaginantes ya sea separados o continuos. Ramos BS. Caracterización epidemiológica de las pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica post cesárea. Opción al grado de especialista en ginecología y obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula, 14 de noviembre 2017, Honduras. <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS51/pdf/TMVS51.pdf>

en las notas médicas posteriores a la cesárea, personal de enfermería reportó picos febriles a las 04:00 horas del 01 de marzo, y a las 24:00 horas, 04:00 horas y 08:00 horas del 02 de marzo de 2019; sin embargo, en su Opinión Médica, carecen de elementos técnico-médicos para determinar la causa, motivo o responsabilidad de la persona o personas servidoras públicas que pudieron dar lugar a la sepsis que presentó V1 al quinto día después de haber sido operada, aún y cuando había sido tratada con esquema antibiótico.

A.3. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE V2

74. El 27 de febrero de 2019 SP suscribió la nota en que registró que a las 22:15 se dio el nacimiento de V2, mediante cesárea siendo masculino y se pasó de inmediato a pediatría para revisión y atención.

75. Acorde con la nota de ingreso a servicio de pediatría, AR3 registró que se obtuvo producto único vivo por cesárea en la hora y fecha precitada, con líquido meconial +++ espeso, fétido, se le brindaron maniobras básicas de reanimación (porque no lloró ni respiró al nacer), se realizó intubación obteniendo mejoría en coloración y oximetría, registrando Apgar de 3-5-6, muñón umbilical verde teñido de meconio sin datos de sangre al momento con probable diagnóstico de síndrome de aspiración meconial, dificultad respiratoria secundaria potencialmente infectada por ruptura de membranas prolongada corioamnionitis materna y, posteriormente ingresó a cunero patológico con diagnóstico de neumonía por síndrome de aspiración de meconio.

76. En Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se cita que a su vez, la bibliografía médica describe que el síndrome de aspiración meconial (SAM) se manifiesta con distrés respiratorio y es producido por la aspiración de líquido amniótico teñido con meconio intra-útero o intraparto. En el 5-20% de los nacimientos puede observarse que el líquido amniótico está teñido de meconio, pero el síndrome suele afectar sólo a las personas recién nacidas a término o postérmino.

Un 5% presentan un síndrome de neumonía por aspiración meconial y, de ellos, el 30% requiere ventilación mecánica y un 5-10% puede morir. El problema de asfixia y aspiración de meconio son conjuntos y posiblemente la asfixia es la causa más frecuente de aspiración meconial. De los factores de riesgo para SAM, se encuentran: hipoxia aguda intraparto e hipertensión materna, las cuales en el presente caso sí se registraron.

77. Los síntomas dependen de la severidad de la lesión hipóxica, la cantidad y la consistencia del meconio aspirado. Los neonatos con líquido amniótico teñido con meconio suelen mostrar signos de posmadurez y cordón umbilical teñido de meconio. Pueden presentar depresión respiratoria en el momento de nacer, con escaso esfuerzo respiratorio y tono muscular disminuido si ha existido una asfixia perinatal importante, como en el presente caso V2.

78. Entonces, considerando el antecedente de trastorno hipertensivo materno, ruptura de membranas de 19 horas de evolución, reporte de líquido amniótico meconial y registro cardiotocográfico con trazo no tranquilizador, estos dos últimos datos sugestivos de hipoxia fetal in útero; además de las condiciones que guardaba V2 al momento de su nacimiento eran datos relacionados con dificultad respiratoria y síndrome de aspiración meconial.

79. Por lo anterior, conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, de manera adecuada se colocó a V2 en fuente de calor, se posicionó y secó, se efectuó aspiración de boca con perilla, laringoscopia y aspiración de tráquea, confirmando la aspiración de meconio y su paso a las vías respiratorias. También, se realizó estimulación táctil, se aplicó PPI (Presión Positiva Inspiratoria) con oxígeno al 100%, otorgando dos ciclos, con posterior intubación endotraqueal al primer intento, se fijó cánula y se canalizó acceso venoso mostrando mejoría del cuadro respiratorio y a las 23:45 horas registró datos

normales con saturación de oxígeno al 100% y frecuencia cardiaca de 157 latidos por minuto.

80. La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal señala que “el daño neurológico se presenta con encefalopatía hipóxico-isquémica. Los signos y síntomas que hacen sospechar la presencia de lesión neurológica comprenden: dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular, depresión de los reflejos primarios, alteración del estado de alerta, crisis convulsivas. La presentación y gravedad clínica depende del grado de hipoxia.”³³.

81. Recapitulando, V2 cursaba con reporte de líquido amniótico meconial y registro cardiotocográfico con trazo no tranquilizador, es decir, datos de asfixia perinatal; al nacimiento no lloró ni respiró, registró calificación de Apgar de 3-5-6; pobre tono muscular, cianosis, tiros intercostales, y aleteo nasal, por consiguiente, acorde con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, la pauta era confirmar o descartar el diagnóstico de asfixia neonatal con la valoración clínica y estudio gasométrico de sangre arterial del cordón umbilical; estudio que AR3 omitió indicar al recibir a V2, repercutiendo en el adecuado manejo del proceso asfíctico, así como de sus secuelas.

82. Cabe señalar, que el estudio en comento de gasometría de cordón umbilical se realizó hasta las 00:21 horas del 28 de febrero de 2019, con reporte de BEecf -18.8 mmol/L, al que se suma la necesidad de ventilación mecánica, ambos rubros de hipoxia. Por lo tanto, en Opinión Médica de esta Comisión Nacional es posible determinar que V2 sí cursó con datos de asfixia en la etapa perinatal y neonatal, lo cual se relaciona con la secuela de retardo del desarrollo que presenta.

³³ Diagnóstico y tratamiento de la Asfixia Neonatal. Guía de Práctica Clínica, Secretaría de Salud. México, 2011. Pág. 24.

83. A las 00:50 horas del 28 de febrero de 2019, SP requirió estudios de laboratorio para V2, incluyendo reactantes de fase aguda y perfil de asfixia perinatal (biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, electrolitos séricos, urea nitrogenada, creatinina, urea, grupo y Rh sanguíneo, pruebas de función hepática, creatina quinasa total, creatina cinasa-MB, examen general de orina). Asimismo, solicitó radiografía toracoabdominal portátil y anotó “no se cuenta con equipo portátil durante la guardia”. En ese mismo orden de ideas, agregó que el estado de salud del menor era grave, con alto riesgo de sepsis, choque séptico y muerte, por lo que requirió catéteres umbilicales, al respecto anotó “se refiere por parte de enfermería no se cuenta con dicho insumo se notifica a jefa de piso”.

84. Cabe puntualizar que, la carencia de insumos y recursos tecnológicos del 28 de febrero de 2019 en el HGZ No. 68, comprometió la oportuna y eficiente prestación de servicios de salud ofrecidos a V2, así como a las y los pacientes que pudieron requerir del equipo portátil de radiografías y catéteres umbilicales.

85. Los días subsecuentes, a pesar del estado de gravedad que vivió V2, se reportó con evolución y progreso hacia la mejoría por lo que en nota médica de prealta hospitalaria del 9 de marzo de 2019, un médico solicitó se le realizara una Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal que describió se requería para descartar lesión neurológica secundaria a evento perinatal; anotando que en ese momento V2 se encontraba sin alteración neurológica sin encontrar la documental que acredite que se realizó el estudio por lo que en Opinión Médica de esta Comisión Nacional se carecen de elementos técnico-médicos para determinar al respecto.

86. A las 16:04 horas del 9 de marzo 2019 se determinó el alta hospitalaria de V2 con seguimiento por medicina familiar, se otorgó nota de referencia a estimulación temprana en el Hospital Magdalena de las Salinas para recibir rehabilitación

neurológica, así como valoración especializada con la finalidad de establecer un programa de estimulación por evento asfíctico perinatal con riesgo de secuelas.

87. La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal³⁴, recomienda que todos los pacientes con secuelas neurológicas deben recibir terapia física y de rehabilitación individualizada según el daño que presenten con la finalidad de limitar el posible daño. Las secuelas por asfixia se van identificando conforme las habilidades y destrezas esperadas para la edad no se presentan o están alteradas. Generalmente se pueden identificar formalmente; entre el año y los dos años de edad, deficiencia o incapacidad motriz y/o neurosensorial, entre los tres y cuatro años, trastornos de la motricidad fina y, después del cuarto año de vida alteraciones de funciones cognitivas, lenguaje, comportamiento y de escolarización.

88. Entre las documentales que obran en el expediente de V2, se observó que el 28 de marzo de 2019, acudió al servicio de Pediatría en el HGZ No. 68 para seguimiento, se indicó cita subsecuente y valoración por oftalmología para revisar potenciales visuales; independientemente de lo anterior, se determinó vigilancia en el desarrollo psicomotor subsecuente.

89. El 2 de mayo de 2019 el médico pediatra del HGZ No. 68 describió en nota que V2 se reportaba por oftalmología sin lesión y normal, en buenas condiciones generales del desarrollo y estimulación temprana, luciendo leve hipertónico y anotó “visto por particular”.

90. El 14 de febrero de 2020 a las 19:12 horas, un médico del servicio de Pediatría del HGZ No. 68 describió que V2 *“fue valorado por 2o medico como posible retraso psicomotor por salvar (sic) la lengua recuerentemente (sic), se encuentra con rehabilitación Neurológica”*.

³⁴ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

91. El 13 de enero de 2021 personal del servicio de Rehabilitación Ortopédica en la Unidad de Medicina Física Magdalena de las Salinas, valoró a V2 y anotó, entre otros datos, que V2 contaba con un año diez meses de edad y acudía por retardo del desarrollo. Estableció la referencia de que le costaba trabajo subir y bajar el pie izquierdo y que, aunque tenía movilidad, era con menor intensidad que el pie derecho, presentaba caídas frecuentes y en ese momento contaba con lenguaje de seis palabras motivo por el cual estableció el diagnóstico de retardo del desarrollo e indicó nueva cita.

92. En resumen, en Opinión Médica de personal especializado de esta Comisión Nacional, la inadecuada atención que recibió V1 en el HGZ No. 68 por AR1 y AR2 por la inadecuada valoración y vigilancia del binomio materno-fetal durante el trabajo de parto y la dilación en realizar la cesárea ante la falta de asepsia del quirófano y la inadecuada funcionalidad del aparato de anestesiología dieron lugar a que V2 se mantuviera en un medio hostil de tipo infeccioso y cursara con datos de asfixia en la etapa perinatal y neonatal lo cual se relacionan con la secuela de retardo de su desarrollo.

93. Cabe subrayar que, este Organismo Nacional tuvo conocimiento al momento de la elaboración de la presente Recomendación que V2 tiene problemas de lenguaje, continúa en terapias de estimulación temprana, las cuales no han sido regulares en razón de las situaciones que se suscitan debido a la pandemia por COVID-19; no obstante, en familia, realizan los ejercicios que se prescriben y continúa con el tratamiento por retraso psicomotor que le diagnosticaron. Además, V2 fue atendido por un neurólogo en una institución de salud, a quien con base en encefalograma le diagnosticó leve retraso psicomotor y falta de maduración cerebral, atención, medicamentos y rehabilitación que pagan sus familiares.

94. De las irregularidades descritas y analizadas por esta Comisión Nacional anteriormente, se concluye que AR1 y AR2 transgredieron lo dispuesto en los

artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, y lo dispuesto en el artículo 12.1 de la CEDAW, al realizar acciones para agilizar la resolución del parto de V1 sin su consentimiento informado, contribuyendo con las omisiones y dilaciones en el monitoreo del binomio materno fetal en dilación en la resolución del embarazo que cursaba V1 con secuelas para ella y de manera contundente para V2, quien presentó y vive con secuelas neuronales con efectos en lenguaje y motricidad diagnosticados al momento de elaboración de esta Recomendación, además de los que en lo futuro se diagnostiquen a partir de su desarrollo, lo cual acredita que se impidió garantizar con efectividad a V1 y V2 su derecho a la protección a la salud.

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

95. Con relación al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, los hechos que propiciaron la inadecuada atención médica de V1, de acuerdo a su propia naturaleza también constituyen violencia obstétrica, además de un trato inadecuado hacia la mujer embarazada.

96. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para “[...] la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las

mujeres [...]; “[b]rindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “[a]segurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

97. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” define a la violencia obstétrica, como “[u]na modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”³⁵.

98. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[l]a violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”³⁶.

99. La CIDH, 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

³⁵ Párr. 94.

³⁶ *Ibíd.*, Párr. 49.

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”³⁷.

100. 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”³⁸.*

101. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR1 y AR2, ejercieron violencia obstétrica en agravio de V1 al omitir proporcionarle una atención médica materna integral con oportunidad y calidad, exponiéndola con sus acciones a circunstancias innecesarias con efectos como los que presentó ella y que afectaron de manera definitiva a V2.

102. Cabe destacar que conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional el inadecuado monitoreo del trabajo de parto de V1 referido en el apartado anterior, evidencia una inadecuada atención médica que si bien no tuvo relación directa o incidieron de manera contundente en la salud de V1 y V2, impidieron observar que el proceso se estacionó o detuvo y por ende tomar una decisión más oportuna sobre la resolución del embarazo que cursaba, contribuyendo de manera innecesaria en las secuelas que se diagnosticaron a V2.

³⁷ CIDH. 7 de junio de 2010, Párr. 84.

³⁸ “Introducción”, Párr. 4.

103. Además, el simple inicio del procedimiento de conducción del trabajo de parto a base de oxitocina sin el respectivo consentimiento informado específico de V1 para acelerar su trabajo de parto, en Opinión Médica de esta Comisión Nacional permite inferir que no tenía la información suficiente y adecuada sobre su situación y la de su bebé, de la técnica obstétrica que AR1 y AR2 le realizaron y por supuesto de los riesgos y beneficios esperados, contrario al parto humanizado a que se ha hecho referencia y que en su oportunidad se determinó y procuró por el médico que la recibió en el HGZ No. 68, actualizándose una forma de medicalización del parto sin consentimiento informado, lo que implica un acto de violencia obstétrica en su agravio.

104. Aunado a las acciones que realizaron AR1 y AR2 de violencia obstétrica, se observa que el HGZ No. 68 no contaba con quirófano limpio y con aparato de anestesiología en las condiciones que se requerían para la realización de la cesárea que requería V1, lo cual derivó en la compleja situación en que culminó el embarazo que cursaba con los resultados adversos de V2 por la violencia obstétrica a la que se expuso al binomio materno fetal con las consecuentes afectaciones con que actualmente viven y las que pudieran resultar, como se mencionó acorde con el desarrollo del menor.

105. Asimismo, esta Comisión Nacional estima que no se garantizó el bienestar físico y psicológico de V1, de acuerdo con los estándares enunciados, quien refirió en su oportunidad solicitó se le realizara la cesárea y quien como estudiante de enfermería estimaba las circunstancias en que se encontraba y temía los resultados de la atención que se le brindada.

106. Se observa entonces, que los actos de AR1 y AR2 constituyen una forma de violencia obstétrica en agravio de V1, por: a) la omisión al asegurarse y/o monitorear directamente las condiciones en que se encontraban V1 y V2 durante el desarrollo del trabajo de parto, b) Al indicar y continuar el suministro de oxitocina a V1 sin su

consentimiento previo e informado y c) Al dilatar la interrupción oportuna del embarazo que cursaba mediante cesárea.

107. Bajo esa premisa, se considera que las afirmaciones de V1 tendrán que ser investigadas, a efecto de deslindar responsabilidades respecto a una posible violencia obstétrica y psicológica.

108. Cabe subrayar que, la forma en que se resolvió el primer y único embarazo de V1 al momento de elaboración de la presente recomendación, sobre todo, las secuelas diagnosticadas a V2 y las que pudieran definirse a corto, mediano y largo plazo, generan en V1 problemas psicológicos que le impiden desenvolverse en sus roles de mujer, madre, hija, estudiante de enfermería e incluso incidirán en su vida familiar y en sus múltiples roles sociales en razón de la preocupación y demanda de cuidados y atención especializada que requiere V2, reflejándose también en su capacidad económica.

109. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1 y AR2 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en 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.

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL EN AGRAVIO DE V1 y V2

110. La Convención Americana sobre Derechos Humanos prevé en su artículo 5.1 que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física. Desde el parámetro de la atención a la salud, se encuentra estrecha relación con este

derecho en virtud de las obligaciones Estatales derivadas de la prestación de servicios médicos para la conservación y restablecimiento del estado óptimo de salud, en tanto que las irregularidades u omisiones del personal que interviene en el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio.

111. En la Recomendación 81/2017³⁹, este Organismo Nacional estableció el contenido de este derecho como *“[...] aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero”*.

112. El derecho a la integridad personal implica aquella legitimidad del individuo para preservar la totalidad de sus facultades físicas, psíquicas y morales. El pleno ejercicio de este derecho genera una obligación a cargo del Estado, de eliminar y prevenir todas aquellas prácticas que priven, vulneren o atenten contra la conservación de estas cualidades. La CrIDH ha puntualizado que: *“[!]a integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana”*⁴⁰.

113. Además, ha sostenido que los Estados *“[...] tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”*⁴¹.

³⁹ CNDH, Recomendación 81/2017, Párr. 92.

⁴⁰ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Párr. 117.

⁴¹ CrIDH Caso “Ximenes López Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, Párr. 89.

114. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica del binomio materno-fetal por parte de AR1 y AR2, son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la integridad personal, por los efectos directos en la integridad personal de V1 y V2.

115. En virtud de lo anterior, se advierte que AR1 y AR2 incurrieron en negligencia por omisión, incumpliendo con lo dispuesto en el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2, 3, 20 y 27, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”*; *“se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*; *“Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes”*.

116. Además, incumplieron con lo establecido por el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, el cual dispone que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable [...]”* en concordancia con la fracción II, del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos [...]”*.

D. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V1 EN EL INSTITUTO.

117. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, ha sostenido 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”⁴².

118. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, prevé que “[...] 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 [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.”⁴³

119. En la Recomendación General 29 Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que “[...]a debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”⁴⁴.

120. Al respecto, este Organismo Nacional se ha pronunciado en múltiples ocasiones⁴⁵ sobre el incumplimiento de la citada NOM-004-SSA3-2012 “Del

⁴² Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 12, inciso b, fracción IV.

⁴³ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

⁴⁴ CNDH. Recomendación General 29, 31 de enero de 2017, párr. 35.

⁴⁵ Entre las más recientes 71/2021, p. 87, 52/2020, p.75, 45/2020, p. 92; 44/2020, párr. 64; 43/2020, párr. 72; 42/2020, párr.62; 35/2020, p. 115; 23/2020, p. 95; 33/2016, p. 104.

expediente clínico”, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, no describen el diagnóstico y tratamiento de forma completa, son ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

121. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana Del expediente clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

122. En el mismo sentido, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

123. Del análisis realizado por personal médico de este Organismo Nacional al expediente clínico de V1 y V2, se observó que diversas notas médicas como la de prealta y alta de V1, así como otras notas de las atención de V2 durante su estancia hospitalaria citan fechas incompletas y sin hora, incumpliendo los apartados 5.10 y 5.11⁴⁶ de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, que establecen que las notas deberán contener nombre del médico tratante, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

124. Lo anterior es de mencionarse, ya que, si bien no generaron alteraciones médicas para V1 y V2, impiden determinar de manera fehaciente el momento de su elaboración e incluso en una de ellas la identidad del personal que la elaboró

⁴⁶ **5.10** Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. **5.11** Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

vulnerando con ello su derecho a la protección de la salud en relación con el acceso a la información detallada de su atención.

E. INTERÉS SUPERIOR DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

125. Para esta Comisión Nacional preservar el interés superior de las niñas, niños y adolescentes es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno de la CPEUM, 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, asimismo, se encuentra reconocido en la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone en su artículo 18, que “[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.

126. 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, por lo que es preciso ponderar no sólo las medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente, en ese sentido, en su artículo 3, párrafo primero, establece que “[e]n todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

127. Por otra parte, 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”.

128. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha considerado que en relación con el interés superior de las niñas, niños y adolescentes 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 [...]*"⁴⁷.

129. 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), señala que "[...] *a 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 [...]*"⁴⁸.

130. 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, en su párrafo 12, que "[e]l artículo 3, párrafo 1, de la

⁴⁷ SCJN, 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.

⁴⁸ Introducción, inciso A, Párr. 5.

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 [...].

131. 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*”.

132. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener las niñas y 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 [...]*”⁴⁹.

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

E. 1. VIOLACIÓN AL INTERÉS SUPERIOR DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN AGRAVIO DE V2

134. Al existir una profunda interrelación del binomio materno-fetal, AR1 y AR2 debieron observar una serie de procedimientos normados para su atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades

⁴⁹ CrIDH, “Caso González y otras Campo Algodonero Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Párr. 408.

eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. En este sentido, la NOM-007-SSA2-2016 mandata brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez⁵⁰, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio.

135. En ese tenor, este Organismo Nacional considera que, con motivo del ejercicio profesional de AR1 y AR2 transgredieron en agravio de V2 el interés superior de las niñas, niños y adolescentes, debido a que los actos y omisiones realizados por dichas personas servidoras públicas ocasionaron una afectación a su derecho a la protección de la salud, ya que lo colocaron en una situación de riesgo innecesario cuyos efectos aún no pueden ser diagnosticados en su totalidad por médicos especialistas en razón de su natural desarrollo determinado por su edad.

136. La inadecuada vigilancia del trabajo de parto y la dilación en la resolución del embarazo de V1 que efectuaron AR1 y AR2, incidieron en los datos clínicos que registró V2 al momento de su nacimiento como que no lloró ni respiró, calificación de Apgar de 3-5-6; pobre tono muscular, cianosis, tiros intercostales, y aleteo nasal, con las cuales en opinión de médicos de esta Comisión Nacional es posible determinar que V2 estuvo expuesto a un medio hostil de tipo infeccioso y asfíctico que contribuyó con las complicaciones neonatales de síndrome de aspiración de meconio, neumonía in útero y riesgo de sepsis que presentó el recién nacido las que en consecuencia se relacionan con las alteraciones neurológicas que presenta.

137. Acorde con la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, *“la asfixia es considerada una causa importante de parálisis cerebral y otras discapacidades neurológicas más costosas debido a su frecuencia*

⁵⁰ CNDH. Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 26/2018 de 26 de julio de 2018, p. 116; 79/2017 de 29 de diciembre de 2017, p. 159; 48/2017 de 19 de octubre de 2017, p. 45; y en la Recomendación General 31/2017 pp. 68 y 126.

(2/1000 nacimientos) y a su cronicidad durante la vida... El examen neurológico del neonato evidenció alteraciones leves en 62%, moderadas en 21% y severas en 17%. Entre los 12 y 18 meses, el examen fue normal en el 58%, 17% presentó alteraciones leves, y 25% lesiones severas...Las secuelas por asfixia se van identificando conforme las habilidades y destrezas esperadas para la edad no se presentan o están alteradas. Generalmente se pueden identificar formalmente; entre el año y los dos años de edad deficiencia o incapacidad motriz y/o neurosensorial. Entre los tres y cuatro años trastornos de la motricidad fina. Después del cuarto año de vida alteraciones de las funciones: cognitivas, lenguaje, comportamiento y escolarización. Los datos sobre la prevalencia de alteraciones neurológicas se establecen generalmente en niños entre los 5 y 7 años de edad, por medio de una valoración médica completa y psicológica.”⁵¹

138. Por lo antes descrito, aunado a los problemas de lenguaje y las condiciones de movilidad que presenta actualmente V2, existe una probabilidad de que se sumen otras afectaciones neurológicas. Las cuales como se ha reiterado, en este momento, no es posible diagnosticar debido al desarrollo y madurez en relación con su edad, pero que se podrían manifestar a corto, mediano y largo plazo.

139. Aunado a lo anterior, AR3 omitió indicar en el momento en que recibió a V2, “el estudio gasométrico de sangre arterial del cordón umbilical”, para confirmar o descartar el diagnóstico de asfixia neonatal de V2, lo cual repercutió en el oportuno y adecuado manejo del proceso asfíctico, así como de las secuelas.

140. En consecuencia, AR1, AR2 y AR3 vulneraron el interés superior de las niñas, niños y adolescentes, por no haber considerado las condiciones mínimas que garantizaran a V2 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad durante su nacimiento que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría “una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios

⁵¹ Diagnóstico y tratamiento de la Asfixia Neonatal. Guía de Práctica Clínica, Secretaría de Salud. México, 2011. Pág. 62.

(humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”⁵² con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previene y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

141. En razón de lo anteriormente señalado, esta Comisión Nacional determina que AR1, AR2 y AR3 transgredieron el derecho de V2, a la protección de la salud, previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1, fracciones I y II, 2, párrafo segundo, 4, fracción XX, 6, fracciones I, II, VI, XII, 13, fracciones I y IX y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, 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 niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

F. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V1 Y AFECTACIONES PARA V2.

142. Para esta Comisión Nacional es importante exponer la afectación al proyecto de vida de V1 y V2 como consecuencia de las violaciones sus derechos humanos. La Corte Interamericana se ha referido a aquella “*pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable* [resultado de la violación de derechos humanos], *que cambian*

⁵² Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, Pág. 26.

drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”⁵³.

143. Dichos menoscabos, y su gravedad para el desarrollo y existencia de la persona víctima de violaciones de derechos humanos, han sido observados como daños al “proyecto de vida”, término que ha sido asociado al concepto de realización personal, cuyas afectaciones dan lugar a una reparación que, aunque no se cuantifica económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación.

144. La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de V2. De ahí que sea necesario analizar no únicamente la situación de V2 como afectado, sino también de V1.

145. Tal como ya ha sido analizado, esta Comisión Nacional advirtió acciones y omisiones en la resolución del parto de V1 que generaron un parto con inadecuada atención médica, que causaron la falta de oxígeno de V2 con las secuelas neurológicas que al momento han sido diagnosticadas y atendidas, pero con la expectativa de las que durante los próximos años de su vida pudiera presentar y que limitarían no sólo la calidad de vida de V2, sino la de V1 y toda su familia en conjunto.

146. Lo anterior, como se citó, también ha generado afectaciones en el desarrollo de V2, cuya duración y permanencia no es posible establecer actualmente debido a la edad en la que aún se encuentra, ya que en un futuro podría presentar diversas secuelas aún en la edad escolar, determinantes para su acceso a un ciclo vital como cualquier persona en situaciones comunes, lo que en la vida de V2 y V1 no será, al

⁵³ CriDH. “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, p. 149 y 150. Caso de los “Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala” Sentencia de 19 de noviembre 1999, (Fondo). Voto concurrente conjunto de los jueces A. A. Cançado Trindade y a. Abreu Burelli.

requerir un seguimiento médico, neurológico, psicológico y de rehabilitación durante las diversas etapas de su desarrollo para una reparación integral del daño incidiendo, como se mencionó en las expectativas y proyecto de vida.

147. Las secuelas en V2 y los daños subsecuentes que pudieran generarse tanto en su salud como en la de V1 por los hechos acontecidos, son motivo de afectación emocional y psicológica para ambas víctimas, agravios a los que en el caso de V1 se suman las acciones especiales que conlleva el cuidado de V2 modificando el proyecto de vida de la familia que integran.

G. RESPONSABILIDAD.

148. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica y a la integridad física en agravio de V1 y V2, a una vida libre de violencia obstétrica en contra de V1. De igual forma AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidad por violación al interés superior de la niñez en agravio de V2 quienes con sus actos y omisiones omitieron garantizar el grado máximo de salud posible.

149. Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1° párrafo tercero y 102, apartado B Constitucionales; y 6° fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que respecto de las observaciones realizadas en la presente recomendación con base en la Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de las personas servidoras públicas involucrados en los hechos.

150. Asimismo, AR1, AR2 y AR3 son responsables por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X, 32, 33, fracciones I y II; 51, párrafo primero, y 61 fracción II, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

151. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2 y AR3 inobservaron los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público, previstos en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

G1. Responsabilidad Institucional.

152. Además de las responsabilidades enunciadas de manera individual por parte del personal involucrado en los hechos, esta Comisión Nacional considera necesario enfatizar en la falta de recursos materiales y tecnológicos, en diversos momentos de la atención de las víctimas.

153. En principio el 27 de febrero de 2019, V1 requería ingresar a quirófano para la interrupción urgente del embarazo que cursaba, atención que se dilató debido a que el quirófano se encontraba “sucio” y el aparato de anestesiología averiado, tiempo durante el cual el producto de la gestación permaneció en un ambiente hostil presentando al momento de su nacimiento las condiciones que se han descrito y las secuelas que presenta V2 más las que pudiera presentar conforme a su desarrollo.

154. De igual forma, el 28 de febrero de 2019 personal médico que atendía a V2, ante el esta grave de salud, con alto riesgo de sepsis, choque séptico y muerte, indicó la realización de una radiografía toracoabdominal portátil y requirió catéteres

umbilicales, recursos con los que no se contaba, acorde con las notas médicas y de enfermería del día citado, lo que puso en mayor riesgo a V2, impidiendo su atención integral e inobservó lo previsto en los numerales 18, 19 y 26 de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, sobre la obligación de los establecimientos médicos de contar con los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para prestar los servicios de atención médica.

155. Por ello, con las citadas omisiones el HGZ No. 68 incumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, toda vez que el servicio que se proporcionó a V1 y V2 fue deficiente, al no contar con los recursos necesarios que en ese momento impedían la realización de un procedimiento quirúrgico urgente dada la situación del binomio materno-fetal.

156. Por tanto, la falta de recursos necesarios implicó responsabilidad institucional para el IMSS que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional y de calidad para V1 y V2, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales establecen que las personas en su calidad de pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

H. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

157. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero

el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la CPEUM; 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, atribuibles a una persona servidora pública 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.

158. 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 CEAV, 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, a una vida libre de violencia obstétrica y a la integridad física en agravio de V1, así como al interés superior de la niñez en agravio de V2, se deberá inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, como víctimas de violaciones a derechos humanos a efecto que se les brinde 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.

159. Siendo aplicable al caso, lo previsto 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”*, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto 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 y medidas de no repetición.

a) Medidas de rehabilitación.

160. La rehabilitación, en términos de los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, busca facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

161. De manera inmediata, se deberá continuar la atención psicológica que requiera V1, por personal profesional especializado y de forma hasta que alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su condición de mujer, madre y las necesidades específicas en su caso, en un lugar accesible para la víctima.

162. Asimismo, se deberá otorgar seguimiento y vigilancia a la salud mental de V1, así como a las secuelas o efectos neurológicos que se pudieran advertir en V2, además de los diagnosticados, particularmente a las situaciones físicas, convulsiones y de lenguaje que al momento presenta V2, debiendo practicarse los estudios necesarios por las especialidades en la materia para determinar diagnósticos, tratamientos y pronósticos de manera oportuna y gratuita que permitan garantizar su derecho a la protección de la salud.

b) Medidas de satisfacción.

163. Las medidas de satisfacción en términos de los artículos 27, fracción IV y 73 de la Ley General de Víctimas, tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública, y e) la aplicación de sanciones a las personas responsables de las violaciones.

164. Asimismo, como parte de las medidas de satisfacción, en el presente caso, ese Instituto deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite del procedimiento administrativo que se integre por el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3 por las irregularidades administrativas en que pudieron incurrir por las acciones y omisiones ya precisadas.

c) Medidas de no repetición.

165. En términos de los artículos 27, fracción V y 74 de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. En este sentido, se recomienda se diseñe e imparta a AR1, AR2 y AR3 en el Hospital General un curso general sobre derechos humanos, así como de capacitación respecto a: a) Derecho a la protección de la salud, b) Conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, d) Derecho a la integridad personal, e) Interés superior de las niñas, niños y adolescentes; cursos que deberán ser

efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

166. Dichos cursos podrán ser tomados en línea en la plataforma del IMSS o alguna otra ajena, siempre y cuando sean impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a las niñas, niños y adolescentes, respectivamente, a fin de sensibilizar al personal de salud. Lo cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

167. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

168. En un término menor de 2 meses contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General, en la que se exhorte al personal, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

169. Durante tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, ésta deberá ser publicada en la página de intranet de la institución con el fin de que el personal tenga conocimiento del caso y esté en posibilidad de consultarla.

d) Medidas de compensación.

170. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial acorde con lo establecido en los artículos 27, fracción III y 64 de la Ley General de Atención a Víctimas. Por ello, el IMSS en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1 por las acciones y omisiones en las que incurrió AR1 y AR2 durante la atención médica otorgada a V1 que derivó en efectos y secuelas en V2 que se complicaron por la omisión en que incurrió AR3, acorde con las consideraciones expuestas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

171. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular 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, una vez que emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación de los daños causados a V1 y V2 que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en las secuelas que presenta y pudiera presentar V2, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación atención médica, psicológica y las demás que requieran por personal profesional especializado, de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional o máximo beneficio en su salud atendiendo a su edad, sexo y necesidades, en un lugar accesible y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Coadyuvar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas con el objeto de proporcionar la atención médica, neurológica y de rehabilitación, así como todas las demás que requiera V2 de personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcance su sanación o máximo beneficio en su salud, atendiendo a su edad, sexo y necesidades y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo menor a 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del HGZ No. 68 en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En un plazo no mayor a un mes de aceptada la presente recomendación se deberá publicar durante tres meses en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro para el conocimiento del personal y de la población en general, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de 3 meses, se diseñe e imparta en el HGZ No. 68 un curso general sobre derechos humanos, así como los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud, b) Conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, d) Derecho a la integridad personal, e) Interés superior de las niñas, niños y adolescentes; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, los cuales podrán estar en la plataforma con que cuenta dicho instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea y asegurar que las personas señaladas como AR tomen los

cursos y enviar a esta Comisión Nacional las constancias establecidas para que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2 y AR3 en el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá 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.

172. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

173. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

174. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se



envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

175. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, 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, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA