

RECOMENDACIÓN NO. 71 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, ASÍ COMO A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 20 LA MARGARITA Y EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN PUEBLA.

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2022.

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

Distinguido Señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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/4/2019/3135/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, y 116 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 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 el 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 |

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno y expedientes, se hará con siglas, 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 | CNDH/Organismo Nacional/Comisión Nacional |
| Suprema Corte de Justicia de la Nación | SCJN |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | IMSS |
| Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas | CEAV |
| Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales | UCIN |
| Hospital General de Zona 20 La Margarita, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla | Hospital General |
| Hospital General Regional 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla | Hospital Regional |

| Nombre | Abreviaturas |
|--|-------------------|
| Unidad de Medicina Familiar 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla | UMF55 |
| Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos | CPEUM |
| 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 |
| Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico | NOM-004-SSA3-2012 |

I. HECHOS

5. El 14 de diciembre de 2018 a las 3:00 horas, V1, de 26 años de edad, que cursaba un embarazo de 33 semanas presentó ruptura de fuente, por lo que se trasladó junto con V3 al Hospital General, a donde ingresó a las 5:45 horas.

6. V1 fue internada en el nosocomio para que se le practicara una cesárea. Se detectó mediante estudios que V2 era un “[...] *feto pequeño para la edad gestacional*”. A las 14:00 horas, se confirmó que V1 cursaba con un proceso infeccioso y momentos después disminuyeron los movimientos fetales de su bebé. V1 permaneció en vigilancia. Durante las horas siguientes se detectó una baja en el líquido amniótico y se diagnosticó restricción del crecimiento intrauterino.

7. El 15 de diciembre de 2018 a las 19:05 horas, se practicó a V1 una cesárea, suscitándose el nacimiento de V2, quien desde sus primeras horas de vida presentó dificultad respiratoria y permaneció bajo vigilancia en el cunero patológico (CUPA 3).

8. Posteriormente, V2 padeció síndrome de adaptación pulmonar y taquipnea transitoria del recién nacido, además se contagió de la bacteria hospitalaria denominada *Klebsiella pneumoniae*.¹

9. Durante las siguientes horas, V2 desarrolló asfixia neonatal. El 16 de diciembre de 2018, presentó también alteraciones gastrointestinales; la infección derivó en sepsis. El 17 de diciembre, V1 fue dada de alta, en tanto que V2 presentó falla multiorgánica y fue ingresada a la UCIN el 18 de diciembre de 2018.

10. Durante los días siguientes, V2 fue reportada en estado de gravedad, requiriendo intubación, colocación de catéteres, tratamiento mediante antibióticos, sin embargo, su evolución fue desfavorable, presentando además deterioro neurológico, respiratorio y digestivo, perdiendo la vida el 10 de enero de 2019.

11. V1 describió que durante su estancia en el Hospital General no se brindaron los cuidados necesarios a V2 o medidas para atacar la bacteria *Klebsiella pneumonide*, de la que se contagió en el hospital y provocó su fallecimiento.

12. Debido a lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2019/3135/Q**, para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos. Se realizaron las diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V1 y V2 integrados en los hospitales encargados del control prenatal y atención del parto de V1, entre otras documentales, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

¹ Tipo de patógeno de transmisión común en el ámbito nosocomial, que puede producir infecciones de pulmón, de intestino, en las vías urinarias o en heridas, e incluso la muerte.

II. EVIDENCIAS

13. Escrito de queja presentando en este Organismo Nacional el 11 de marzo de 2019, en la que V1 narró los hechos materia de la queja en su agravio, de V2 y V3 y al cual adjuntó entre otras, las siguientes pruebas documentales:

13.1 Certificado de nacimiento de V2, de 15 de diciembre de 2018, expedido por la Secretaría de Salud.

13.2 Acta de nacimiento de V2, de 18 de diciembre de 2018, expedida por el Registro Civil.

13.3 Acta de defunción de V2, de 11 de enero de 2019, expedida por el Registro Civil.

14. Actas circunstanciadas de 2 y 25 de abril de 2019 en las que se hicieron constar las comunicaciones telefónicas sostenidas con la peticionaria, en las cuales ratificó su intención de dar continuidad al seguimiento de la queja e informó que sobre la denuncia que interpuso ante la Fiscalía General de la República de la que se le hizo saber la falta de elementos para dar continuidad a la investigación.

15. Oficio 095217614C21/1749, de 8 de julio de 2019, mediante el cual el IMSS rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional y remitió:

15.1. Informes rendidos por los servicios de Prestaciones Médicas, Dirección Médica, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia del Hospital General, de fechas 1, 2, 4 y 5 de julio de 2019.

15.2. Oficio 229001410100/JC/12701/2019, de 3 de julio de 2019, mediante el cual la Jefatura de Servicios Jurídicos del IMSS informa sobre la intervención de ese Instituto en la integración de la CI.

15.3. Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General.

15.4. Expediente clínico de V2 integrado en el Hospital General.

16. Oficio 095217614C21/2118, de 8 de agosto de 2019, al que el IMSS adjuntó:

- 16.1** Oficio 220101200200/DIR/283/2019 de 7 de agosto de 2019, por el que la Dirección del Hospital General envió notas de control prenatal, médicas, prequirúrgica y de valoración preanestésica de V2.
- 17.** Oficio 095217614C21/2151, de 15 de agosto de 2019, con el que el IMSS remitió:
- 17.1.** Oficio 220133252110/DIR/408/2019, de 15 de agosto de 2019, por medio del cual se envió el expediente clínico prenatal de V1 integrado en la Unidad de Medicina Familiar 55 en Puebla.
- 18.** Oficio FEMDH/DGPCDHQI/DAQI/1075/2019, de 4 de septiembre de 2019, mediante el cual la Fiscalía General de la República informó sobre la radicación y seguimiento de la CI, y anexó los informes sobre las diligencias implementadas para la atención de esta.
- 19.** Oficio 095217614C21/3057, de 29 de octubre 2019 en el que el IMSS informó que el caso de V1 y V2 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, el cual emitió acuerdo en sentido improcedente, el 26 de septiembre de 2019, anexando copia de este.
- 20.** Opinión médica de fecha 30 de junio de 2021, emitida por personal médico adscrito a este Organismo Nacional, en la que se documentó el análisis realizado a las constancias relacionadas con la atención otorgada a V1 y V2 en el IMSS.
- 21.** Acta circunstanciada de 25 de agosto de 2021 en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V1, ocasión en la que precisó encontrarse en buen estado de salud, mencionando además no haber recibido mayor comunicación por parte de la Fiscalía General de la República.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

- 22.** El IMSS informó que el caso de V1 y V2 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, resolviendo el caso en sentido improcedente al considerar que: “[...] *la atención médica institucional se otorgó en forma adecuada y oportuna con apego a la guía de práctica clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas. Es de*

destacar que es producto que nació de 32 semanas de gestación con alto riesgo de mortalidad, riesgo de sepsis neonatal temprana y complicaciones por su inmadurez. La evolución y complicaciones se debieron al mal pronóstico de los factores antes señalados y el deceso no guarda relación con la atención médica institucional.”

23. El IMSS informó que al haberse resuelto en sentido improcedente la queja médica, no se dio vista al Órgano Interno de Control en el IMSS.

24. Con motivo de la denuncia interpuesta por V1 la Fiscalía General de la República inició la CI, misma que se encuentra en integración.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

25. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/3135/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, en agravio de V1 y V2 a la vida y al interés superior de la niñez de V2, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

26. 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, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General No. 14, Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, sino 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 salud.²

² “[...] 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

27. 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 “[...] *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”³.

28. Por su parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo Adicional), “[...] *establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”⁴, así como el derecho a disfrutar “[...] *de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”⁵, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “[...] *la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”⁶.

29. 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 condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en el 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.

30. A su vez la CPEUM, en el artículo 4, 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*”⁷.

31. Es importante considerar 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

General No. 14 *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

³ ONU/CEPAL, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe”. Tercer Objetivo, Meta 3.1, pág. 13.

⁴ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 117.

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*.

⁷ Ley General de Salud, artículo 1° Bis.

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.⁸

32. Este Organismo Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información) y aceptabilidad.*

A. 1 DERECHO A LA SALUD MATERNA E INFANTIL

33. El Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General No. 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*”⁹ y que “[...] *es 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.*”¹⁰

34. En tanto que el Comité de los Derechos del Niño, en la Observación General No. 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, reconoció que: “[...] *entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el*

⁸ CNDH. Recomendaciones 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.

⁹ *Ibidem*, párrafo 1.

¹⁰ *Ibidem*, párrafo 27.

*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 [...]*¹¹.

35. 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: “[...] *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”; dicha Agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “[...] *estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*”¹², garantizando su salud y bienestar.

36. 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*”¹³.

37. 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*”¹⁴, por lo que “[...] *al 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,*

¹¹ 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.

¹² ONU. “*Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente*” (2016-2030), 2015.

¹³ CIDH. Informe “*Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

¹⁴ CNDH. Observación General No. 31/2017 *Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud*, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

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.”¹⁵.

A 2. INADECUADO CONTROL PRENATAL DE V1

38. V1 en ese momento con 25 años de edad, recibió atención médica para el control de su embarazo en la UMF 55 y posteriormente en el Hospital General, con un total de 23 consultas prenatales, llevadas a cabo en las fechas: 7, 12, 19 y 26 de junio, 20 de julio, 14 y 22 de agosto, y 14 de septiembre de 2018, en las que como datos de relevancia, se detectaron infecciones en vías urinarias y vía vaginal, para las cuales se otorgó tratamiento.

39. El 20 de octubre de 2018, V1 acudió a consulta a la UMF55, al haber sufrido una caída. En este caso, se confirmó la vitalidad de V2. El 26 de octubre de 2018, V1 fue valorada nuevamente en la UMF 55 con los resultados de un ultrasonido de un laboratorio particular, en el que se detectó que el peso fetal estimado de V2 se ubicaba en el percentil 10, con tendencia hacia un peso bajo.

40. El 29 de octubre del mismo año en la UMF 55, atendiendo al citado hallazgo y al haberse determinado un diagnóstico de miomatosis uterina del embarazo, V1 fue referida al servicio de Ginecología. Por tanto, el 2 de noviembre de 2018, V1 fue valorada por AR1, quien a pesar de haberla reportado con parámetros normales sin cambios físicos ni clínicos, omitió precisar el crecimiento del fondo uterino, lo cual es un dato básico para detectar alteraciones en el mismo, por lo que, al no reportar tal parámetro, incrementó el riesgo de pasar inadvertidas alteraciones tales como fondo menor al esperado, peso bajo para la edad gestacional o restricción en su crecimiento.

41. El 14 de noviembre de 2018, V1 fue valorada por AR2 en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional, con 29 semanas de gestación, diagnosticando

¹⁵ *Ibidem*, párrafo 181.

“*trombocitopenia a descartar RCIU*¹⁶ [trombocitopenia gestacional y restricción del crecimiento intrauterino¹⁷]+*Miomatosis*”

42. La Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, consideró que la RCIU incrementa la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos y tienen más probabilidad de padecer complicaciones, como asfixia perinatal, síndrome de aspiración meconial, hipoglicemia, hipocalcemia, enterocolitis necrotizante y policitemia, aunado a que los menores tienen riesgo de padecer lesión neurológica o retraso del desarrollo psicomotor y presentar secuelas en la vida adulta.

43. De igual forma, en dicha opinión se puntualizó que ante la sospecha de un déficit en el crecimiento es necesario practicar un ultrasonido obstétrico, para identificar posibles riesgos. Al respecto, en la citada atención, si bien AR2 envió a V1 a valoración por el servicio de Perinatología, no solicitó se le practicara el ultrasonido de referencia para confirmar el diagnóstico de déficit del crecimiento intrauterino, lo que contribuyó a la demora en la integración diagnóstica oportuna. Aunado a ello, V1 fue referida al servicio de perinatología sin la prueba de ultrasonido, lo que retrasó también su integración diagnóstica.

44. El 16 de noviembre de 2018, V1 fue valorada en la UMF 55, sin presentar mayores complicaciones y el 26 del mismo mes y año acudió al Hospital Regional con 30.6 semanas de gestación, donde fue atendida por AR3, sin embargo, en la nota elaborada no se hizo referencia al seguimiento del diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino o bajo peso para la edad gestacional del producto, siendo citada para revaloración en cuatro semanas, a pesar de haberse detectado que V1 había tenido una ganancia de peso menor a la recomendada y existía sospecha diagnóstica de restricción de crecimiento intrauterino.

45. Los días 3, 7 y 13 de diciembre de 2018, V1 asistió nuevamente a la UMF 55 a consulta, siendo el caso que en esta última ocasión AR1 advirtió que había presentado una pérdida de 2 kilogramos. Lo anterior es relevante, ya que la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con

¹⁶ Incapacidad del feto para alcanzar su potencial genético de crecimiento. Estadísticamente se estima cuando el peso y/o circunferencia abdominal es inferior al percentil 10.

¹⁷ Incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo con las condiciones propias de la gestación y del entorno.

atención centrada en la paciente, recomienda que la ganancia de peso para pacientes con Índice de Masa Corporal normal deberá ser de 11-16.5 kilogramos, sin embargo, V1 presentó un aumento de 8 kilogramos en 32 semanas de gestación, incluso con una pérdida de peso en su última valoración.

46. Al respecto, la Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional destacó que la ganancia de peso es un factor importante en el desenlace a corto y largo plazos y tanto las bajas ganancias de peso como elevadas conducen a un riesgo de parto prematuro y mortalidad del lactante, factores que además se relacionan con la restricción del crecimiento intrauterino.

47. Asimismo, conforme a los factores de riesgo y diagnóstico de muerte fetal previstos en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con feto único, V1 tenía sospecha diagnóstica de restricción del crecimiento intrauterino y pérdida de peso, sin embargo no fue referida al segundo nivel de atención, de manera específica para que se trataran estos aspectos de su salud, ya que las referencias que se hicieron fueron para descartar o corroborar diversos diagnósticos de hematoma placentario, miomatosis uterina, trombocitopenia, así como la caída sufrida.

48. Lo anterior toma relevancia debido a que las consultas realizadas en el segundo nivel de atención no consideraron la ganancia de peso de V1, por lo que el servicio fue deficiente, además de que pasaron inadvertidas complicaciones como la restricción del crecimiento fetal, bajo peso materno, alteraciones placentarias, entre otras. Lo anterior implica un incumplimiento de la NOM-007-SSA3-2016 en su numeral 5.4 Prevención del peso bajo al nacimiento subapartados 5.4.1 y 5.4.4.

49. En suma, el 13 de diciembre de 2018, AR1 realizó una valoración integral inadecuada de V1, contribuyendo a omitir diagnósticos que comprometían al binomio materno-fetal y tal dilación en el envío oportuno de la paciente expuso innecesariamente a V2 a un ambiente intrauterino hostil, situación que incidió de manera directa a las complicaciones que motivaron su ingreso en el Hospital General 20, el 14 de diciembre de 2018.

50. Sobre la etapa de control prenatal de V1, es pertinente destacar su importancia para la adecuada conclusión y resolución del embarazo, considerando que existieron diversos factores de alarma que no se tomaron en cuenta en las consultas de control prenatal, como lo es el mínimo aumento de peso de V1, lo que propició que no se realizara una valoración integral de su estado y se omitieron complicaciones del binomio materno-fetal, que incidieron directamente en los padecimientos que posteriormente provocaron el evento asfíctico de V2.

51. Se suma a lo anterior, la falta de un ultrasonido obstétrico, que es el estudio auxiliar diagnóstico recomendado, a fin de confirmar la restricción del crecimiento intrauterino, lo que contribuyó directamente a la demora en su integración diagnóstica oportuna, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.

52. Lo anterior impidió que se detectaran a tiempo las complicaciones que sí se presentaron posteriormente en V2, mismas que serán analizadas a continuación y que culminaron con su deceso.

A.3 INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE PARTO OTORGADA A V1

53. El 14 de diciembre de 2018, V1 ingresó al Hospital General con 33.4 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas, por lo que se indicó su ingreso a hospitalización, y a las 5:50 horas pasó al área de trabajo de parto para la aplicación de antibióticos y maduradores pulmonares, así como estudios de laboratorio.

54. La Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH puntualizó que hay una falta de integración de constancias médicas de este momento (ingreso), por lo que impide conocer a precisión el estado clínico de V1 y V2, y obstaculiza el adecuado análisis médico legal por parte de este Organismo Nacional.

55. En la valoración realizada en esa fecha, a las 7:30 horas, se documentaron los antecedentes de V1, respecto a dos cesáreas previas; con este referente era necesario que el embarazo que cursaba se interrumpiera nuevamente por vía abdominal.

56. La Opinión Médica de esta Comisión destacó que las infecciones en vías urinarias y vaginal, así como una caída, documentados durante el control prenatal, incrementaron el riesgo de un parto pretérmino y ruptura prematura de membranas, que en efecto presentó V1.

57. Al cursar con 33.4 semanas de gestación se determinó un manejo conservador para la interrupción del embarazo y se realizaron estudios de laboratorio y gabinete, así como ultrasonido, de cuyo resultado se estableció que se trataba de un feto pequeño para su edad gestacional, con sospecha de restricción del crecimiento intrauterino, lo cual, de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se relaciona con diversas patologías placentarias que pueden provocar un nacimiento pretérmino, desprendimiento placentario prematuro, complicaciones durante el trabajo de parto e incluso muerte fetal.

58. Cabe hacer mención que el 14 de diciembre de 2018, no obra en las constancias clínicas registro de la frecuencia cardíaca fetal de V2, como lo dispone la NOM-007-SSA2-2016, en sus numerales 3.32 y 5.510, por lo que al no existir registros de frecuencia cardíaca fetal durante más de 7 horas, no es posible establecer si V2 cursó con alteraciones relacionadas con un cuadro de ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y sufrimiento fetal, confirmándose que no se realizó una adecuada monitorización, pasando inadvertido un posible proceso de urgencia obstétrica como asfixia perinatal.

59. En la misma fecha a las 14:00 horas, de los resultados de laboratorio se observó que V1 cursaba un proceso infeccioso bajo tratamiento; conforme a la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, la infección bacteriana incrementa el riesgo de ruptura prematura de membranas como en el caso particular.

60. El 14 de diciembre de 2018 a las 14:30 horas, se detectó disminución de movimientos fetales, por lo que se indicó la realización de una cardiotocografía. Asimismo, se efectuó un tacto vaginal, que se encontraba contraindicado en el caso de V1, debido a que cursaba con ruptura prematura de membranas, lo que incrementó el riesgo de corioamnionitis, es decir, de presentar un proceso infeccioso, con lo cual se expuso de manera innecesaria al binomio materno-fetal.



61. V1 recibió valoraciones a las 15:00, 21:00, 23:00 horas, continuando estable bajo observación; no obstante, conforme al expediente clínico se observa que el personal a cargo de la agraviada omitió registrar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 60 minutos desde las 22:30 horas del 14 de diciembre de 2018 a las 14:29 horas del 15 de diciembre del mismo año, incumpliendo lo dispuesto en la NOM-007-SSA2-2016 apartado 3.32. De lo anterior se concluye que transcurrieron más de 16 horas sin vigilancia de frecuencia cardiaca fetal, a pesar de que cursaba con un cuadro de parto y ruptura de membranas prematuros, por lo que no es posible determinar si durante el periodo mencionado el producto de la gestación cursó con sufrimiento fetal o síntomas de tipo asfíctico como bradicardia y taquicardia fetal. Lo anterior es evidencia de la inadecuada monitorización obstétrica en su estancia hospitalaria, lo cual incrementó el riesgo de detectar alteraciones que pusieran en riesgo al binomio materno-fetal.

62. El 15 de diciembre de 2018 a las 7:30 horas, en la valoración realizada por AR5, reportó que V1 presentaba un aumento de neutrófilos por encima de los límites establecidos, a pesar de encontrarse bajo doble esquema antibiótico a base de ampicilina y clindamicina, lo cual es indicio de un proceso infeccioso cuyo origen no se había identificado mediante urocultivo o cultivo, sin embargo, no se observa que se hubiese realizado por parte del personal tratante una búsqueda del origen del foco infeccioso, incrementando la mortalidad y morbilidad del binomio materno-fetal.

63. En la misma fecha se indicó la realización de una prueba sin estrés e índice de líquido amniótico. En la valoración efectuada por AR5 se detectó que V1 describió disminución de la movilidad fetal y se encontró disminución de líquido amniótico (oligohidramnios), debido a la ruptura prematura de membranas. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la determinación sobre las alternativas de solución respecto al oligohidramnios debe atender a una valoración integral sobre el binomio materno-fetal.

64. Sin embargo, como se ha expuesto, en el caso de V1 en diversas ocasiones no se realizó una adecuada vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, lo que impedía conocer si existía asfixia fetal, ello aunado al cuadro infeccioso sobre el cual no se había detectado el origen, la prematurez, peso bajo para la edad y contando ya con tres dosis de maduradores, reportándose en diversas ocasiones disminución de movimientos fetales, AR5 debió

considerar el riesgo-beneficio para la interrupción del embarazo vía abdominal para disminuir complicaciones.

65. Es así, que, se contaba con varios indicios de posible pérdida del bienestar fetal, lo cual conforme a lo dispuesto en el Guía de Práctica Clínica para la vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, debe considerarse para la determinación de la interrupción del embarazo vía abdominal. No obstante, no se realizaron pruebas de bienestar fetal adecuadas, para confirmar la pertinencia de practicarle una cesárea.

66. A las 14:30 horas del 15 de diciembre de 2018, AR6 valoró a V1, encontrándola en parámetros normales, pero realizó un tacto vaginal, el cual como se mencionó anteriormente no debe efectuarse en pacientes con ruptura prematura de membranas, ya que el método recomendado para visualizar la salida de líquido amniótico es la especuloscopia¹⁸, debido a que el tacto aumenta el riesgo de infecciones en el binomio materno-fetal.

67. Con posterioridad a la valoración realizada, AR6 diagnosticó restricción del crecimiento intrauterino, por lo que se indicó la interrupción del embarazo vía abdominal por el riesgo de compromiso de bienestar fetal. Lo anterior, considerando los antecedentes ya descritos de V1 de bajo crecimiento fetal, que colocaban a V2 en riesgo de presentar complicaciones como asfixia perinatal, hipoglicemia, hipocalcemia, enterocolitis necrotizante y policitemia, así como lesión neurológica o retraso del desarrollo psicomotor.

68. La Opinión Médica elaborada por personal médico de este Organismo Nacional, concluyó que si bien se indicó el ayuno a V1 previo a la realización de la cesárea y aunque aún no se completaba el esquema de cuatro dosis de maduradores pulmonares, AR6 no consideró ni ponderó el riesgo que implicaba que V2 presentaba restricción del crecimiento intrauterino estadio 1, manteniéndolo en un medio hostil de tipo asfíctico, incrementando el riesgo de complicaciones que posteriormente V2 sí presentó y que la expusieron a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad fetal.

¹⁸ Examen ginecológico realizado con un espéculo o espejo vaginal.

69. Dicha Opinión Médica enfatizó que la restricción del crecimiento intrauterino únicamente puede resolverse por la finalización del embarazo en el momento oportuno, por lo que en el caso de V1, esta se encontraba justificada.

70. En ese sentido, entre los hallazgos de la Opinión Médica referida, se constató que la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino dispone que una vez diagnosticado este caso, debe explicarse a los padres la naturaleza de la enfermedad, la secuencia de eventos, las posibles repercusiones para la vida fetal y postnatal y las posibilidades de seguimiento para que tengan la información para aceptar el manejo propuesto firmando un consentimiento informado.

71. No obstante, en el expediente clínico no obra constancia de la comunicación a V1 y V3 o algún familiar o representante legal sobre el manejo de V2, incumpliendo además lo dispuesto en la NOM-007-SSA3-2016 en su numeral 5.4.1 que establece que el prestador de los servicios de salud debe otorgar adecuado manejo al padecimiento conforme a los criterios y procedimientos básicos previstos al efecto.

72. Adicionalmente, es importante precisar que la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino establece que existen diversas causales para una indicación absoluta de operación cesárea, entre las cuales se encuentran, sufrimiento fetal y retraso en el crecimiento intrauterino, por lo que se debe contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia. En ese sentido en el caso de V1, la interrupción del embarazo debió llevarse a cabo en un tiempo de 30 minutos posteriores a la valoración por existir un compromiso fetal.

73. Lo anterior, aunado a los factores de riesgo previamente detectados, tales como cesárea iterativa, prematuridad, ruptura prematura de membranas, disminución de líquido amniótico, esquema de maduración pulmonar y restricción del crecimiento intrauterino, situación que refuerza el criterio para indicar la realización de una cesárea urgente, sin embargo, AR6 dispuso se esperara a cumplir con el ayuno indicado.

74. La Opinión Médica destacó que la medida del ayuno obedece principalmente a la prevención del riesgo de broncoaspiración ante intervenciones que requieren anestesia

general, sin embargo se ha comprobado que tal técnica no garantiza la reducción del contenido estomacal, lo cual refuerza la consideración de que AR6 debió ponderar el riesgo-beneficio en las complicaciones previas de V1 que indicaban pérdida del bienestar fetal, por lo que la espera para la realización de la cesárea fue inadecuada.

75. A las 17:30 horas del 15 de diciembre de 2018, V1 presentó bradicardia (119 latidos por minuto) síntoma de hipoxia leve, por lo que aunado a las valoraciones previas se confirma el ambiente hostil en el que se encontraba V2 con datos de sufrimiento fetal, y los comentarios de V1 sobre disminución en el movimiento de V2, factores que hacían necesaria la práctica de la cirugía.

76. Ante la evidencia de disminución de la frecuencia cardíaca fetal, se aplicaron a V2 maniobras de reanimación intrauterina, en las cuales se recuperó su frecuencia cardíaca, sin embargo, no se ordenó la realización de cesárea urgente, continuando con la exposición de V2 a los riesgos ya mencionados, motivados por un medio asfíctico.

77. No obstante, fue a las 19:05 —después de 90 minutos de haberse detectado la disminución de la frecuencia cardíaca—, cuando se indicó la terminación del embarazo, lo que propició que se prolongara la estancia de V2 en un ambiente intrauterino hostil, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, así como la estancia en la UCIN y manejo invasivo, lo que se relaciona con el riesgo de infecciones intrahospitalarias que pueden ser fatales en pacientes prematuros.

78. Lo anterior se observa de la nota elaborada por AR6 a las 19:05 horas del 15 de diciembre de 2018, en la que se estableció la terminación del embarazo y como hora de nacimiento las 19:05 horas, mencionándose como indicación para la resolución de este *anhidramnios* (ausencia de líquido amniótico). Sobre este aspecto, la Opinión Médica de este Organismo Nacional expuso que el *anhidramnios* se asocia a 40 veces más riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal.

79. Sobre el nacimiento de V2, se reportó “RN femenino HN 19:05, 1600gr, talla 43c, cap 32 sem, apgar 8/9 sangrado 300mm, placenta y cordón normales, líquido ausente, cavidad eutérmica”. Al respecto, AR7 estableció que las características de la placenta y el cordón eran

normales, sin embargo, omitió describir las características de la placenta (peso, tamaño, superficie, calcificaciones, laceraciones, hematomas, integridad, y del cordón umbilical (número de arterias y venas, longitud, presencia de nudos reales).

80. Lo anterior resulta de importancia, ya que, según lo señalado en la Opinión Médica, muchos casos de restricción del crecimiento intrauterino o asfixia intraparto son secundarios a alteraciones uteroplacentarias, no obstante, en el presente caso no se estudiaron por el servicio de Patología debido a que se enviaron como residuos peligrosos biológico-infecciosos. La Opinión Médica de este Organismo Nacional destacó que resultaba importante conocer las características de la placenta y el cordón umbilical para descartar que la restricción del crecimiento intrauterino no derivara de ellas.

81. Se practicó a V1 una Oclusión Tubaria Bilateral previa autorización y llenado del consentimiento informado por ella. V1 evolucionó adecuadamente durante el puerperio, por lo que fue ingresada a piso para su vigilancia. Durante los días 16 y 17 de diciembre de 2018 evolucionó adecuadamente y en esta última fecha se decidió su egreso del hospital.

82. En referencia a todo lo descrito, este Organismo Nacional concluye que la inadecuada valoración realizada durante el control prenatal y a su vez la integración diagnóstica no oportuna, incidió directamente en el ingreso de V2 a la UCIN, debido a asfixia neonatal.

83. Asimismo, en su estancia hospitalaria el 14 de diciembre de 2018, V1 permaneció sin registro de frecuencia cardiaca fetal durante 7 horas y, en consecuencia, pasó inadvertido un proceso de urgencia obstétrica de tipo asfixia perinatal que en el caso de V2 sí se suscitó.

84. Durante el desarrollo de la labor de parto se realizaron a V1 tactos vaginales que no se encontraban indicados omitiéndose considerar otras opciones más seguras para el binomio, aumentando su morbilidad y mortalidad.

85. De igual manera, la omisión de registro de la frecuencia cardiaca fetal desde el 14 de diciembre de 2018 a partir de las 22:30 horas, al 15 de diciembre del mismo mes y año a las 14:29 horas, hace evidente la falta de vigilancia del binomio durante más de 16 horas

aproximadamente, lo cual se agrava al considerar la circunstancia de riesgo en el embarazo de V1, lo que incrementó la mortalidad y morbilidad.

86. Ante las diversas omisiones en la vigilancia fetal y la existencia de diversos criterios para la interrupción del embarazo de V1, debió valorarse el riesgo-beneficio de la interrupción oportuna del embarazo, a fin de disminuir la posibilidad de complicaciones que sí padecieron V1 y V2, y mantener más tiempo a V2 en un medio hostil asfíctico, retrasándose de manera indebida la interrupción del embarazo y favoreciendo todos los eventos que desencadenaron el fallecimiento de V2, como se analizará a continuación.

A.4. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA NEONATAL A V2

87. Sobre la evolución de V2 a partir de su nacimiento el 15 de diciembre de 2018 a las 19:05 horas, en su primera valoración se detectó que presentaba coloración azulada en manos y pies, con calificación Apgar¹⁹ de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, y Silverman de 1 al minuto y 1 a los 5 minutos. AR8 estableció la calificación de Apgar inicial pero no describió las variables que conforman la misma (esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja), lo que impide conocer con precisión el estado de salud de V2.

88. En referencia a la calificación de 1 en Silverman, AR8 omitió describir los signos clínicos de V2 (movimientos toracoabdominales, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal, quejido respiratorio).

89. Minutos después de su nacimiento, V2 presentó deterioro respiratorio, lo que se relaciona con el antecedente de bradicardia en su etapa intrauterina que a la vez se corresponde con sufrimiento fetal, disminución de movimientos fetales, y dilación de 95 minutos en la práctica de la cesárea, prematuridad de V2 y ruptura prematura de membranas. Por tanto, requirió asistencia respiratoria, lo que permite deducir que la calificación otorgada no coincide con los hallazgos médicos sobre el estado físico de V2.

¹⁹ Examen realizado al neonato al minuto 1 y 5 después de su nacimiento para valorar su estado físico y determinar la necesidad de cuidados médicos o atención de emergencia adicional.

90. Sobre las mediciones realizadas a V2, se observó que, su peso para la edad, peso para la estatura y medición del perímetro cefálico fueron menores a lo esperado, lo que se relaciona con el bajo incremento de peso de V1 en el embarazo y por tanto resultaban necesarios otros estudios para determinar la causa del trastorno en el crecimiento.

91. En el caso de V2, se le consideró como recién nacida prematura moderada o tardía conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud, al haber nacido antes de la semana 37 gestación. Por tanto, resultaba de importancia la vigilancia de su estado general, condición metabólica y estado neurológico, función respiratoria, tal como lo prevé la Guía de Práctica Clínica Cuidados del Recién Nacido sano hospitalizado.

92. Por ello resulta importante la vigilancia estrecha del recién nacido durante el primer día de vida, para la detección de cualquier anomalía, debiendo registrar frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura corporal y presión arterial.

93. En el caso de V2, desde su nacimiento se detectaron datos de dificultad respiratoria, sin embargo, en su valoración inicial se omitió registrar la saturación de oxígeno, pero sí se documentó que padecía cianosis, dato sugestivo de dificultad respiratoria.

94. Durante la valoración realizada por AR8 a las 19:30 horas, se observó que se le indicó la administración de sulfato y aminofilina, para su neuro-protección, es decir, para prevenir alguna lesión neuronal que pudiera derivar de una encefalopatía hipóxico-isquémica.

95. Por lo que toca a V2, debido a los eventos de hipomotilidad fetal, inadecuada vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, bradicardias fetales, y la dilación quirúrgica de 95 minutos, todos ocurridos durante la vigilancia obstétrica, permiten aducir que cursó con un incidente de hipoxia intraparto, es decir, dejar de respirar durante el parto.

96. Además, V2 contaba con múltiples factores de riesgo para desarrollar asfixia neonatal, por lo que resultaba importante descartar tal patología. No obstante, según se explica en la opinión médica de este Organismo Nacional, desde la atención primaria de V2, no se

realizaron acciones para confirmar o descartar un proceso asfíctico de origen intrauterino o neonatal, al cursar con tales factores de riesgo.

97. AR8 indicó ventilación con presión positiva continua de la vía aérea, sulfato de magnesio, mexilxantina, lo que confirma que V2 sí cursaba con un proceso asfíctico, por lo que requería valoración, vigilancia y manejo en UCIN.

98. De tal forma, el mismo 15 de diciembre de 2018 a las 21:38 horas, AR8 asentó que V1 cursaba con un síndrome respiratorio denominado Síndrome de Adaptación Pulmonar y taquipnea transitoria del recién nacido; posteriormente, a la 1:30 del 16 de diciembre de 2018, V2 presentó dificultad respiratoria, confirmando la colocación de CPAP.

99. Adicionalmente AR8 documentó que V2 padecía una infección relacionada con la ruptura prematura de membranas e indicó tratamiento antibiótico a base de ampicilina y amikacina. En ese referente, la opinión médica de este Organismo Nacional expuso que, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica Cuidados del Recién Nacido sano hospitalizado, los fallecimientos registrados en el primer día de vida del recién nacido se relacionan, entre otros aspectos, con dificultad respiratoria, inmadurez y problemas durante el parto y pueden mezclarse con sepsis bacteriana o neumonía congénita.

100. Así mismo, es importante referir que la sepsis neonatal es un problema importante de salud pública mundial, y que entre las causas relevantes se encuentran la infección, la asfixia al nacer, consecuencias de la prematuridad o bajo peso al nacer, siendo la bacteria *Klebsiella pneumoniae* uno de los patógenos más frecuentes en incidencia.

101. En lo concerniente a V2, recapitulando sobre sus condiciones que incrementaban el riesgo de morbilidad y mortalidad, se encontraban: la ruptura prematura de membranas prolongada, datos clínicos sugestivos de hipoxia intrauterina, necesidad de ingreso a la UCIN, uso de tratamientos invasivos para su diagnóstico y manejo, infección secundaria a *Klebsiella pneumoniae* y prematurez.

102. En referencia a lo anterior, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional expuso que entre los factores de riesgo para que un recién nacido desarrolle infecciones graves se encuentra el parto, inmadurez del sistema inmune, exposición y colonización por microorganismos en el tracto genital materno, incremento de la exposición posnatal y procedimientos invasivos en la UCIN, los cuales sí se suscitaron en el caso de V2.

103. Por tanto, según se desprende del análisis médico de esta Comisión Nacional, la detección, valoración integral temprana y tratamiento oportuno de la infección bacteriana es importante para reducir la morbilidad y mortalidad en el recién nacido, mediante la toma de hemocultivos de manera previa al uso de antibióticos.

104. Continuando con el caso de V2, AR8 estableció que la recién nacida padecía una infección, factores de riesgo y estableció una *“infección relacionada a ruptura prematura de membranas”*, indicando tratamiento antibiótico, pero no tomó estudios de laboratorio o cultivo previos a la indicación del medicamento, lo que dilató la identificación del germen patógeno causal. Aunado a ello, tampoco obra en las constancias clínicas que se hayan considerado los antecedentes de riesgo ya mencionados, omitiendo una valoración integral que confirmara la presencia de asfixia perinatal.

105. Sobre el tratamiento aplicado, la Guía de Práctica Clínica Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la sepsis, recomienda iniciarlo de forma oportuna e inmediata mediante antibióticos para reducir la mortalidad en los recién nacidos y, en caso de sospecha de sepsis, se recomienda iniciar el tratamiento empírico previa toma de cultivos. En el caso de V2, si bien AR8 inició el tratamiento empírico con antibióticos mediante amikacina y ampicilina, no solicitó la toma previa de estudios hematológicos y cultivos, demorando el tratamiento antibiótico específico para el patógeno que causó la sepsis neonatal nosocomial *Klebsiella pneumoniae*.

106. La Opinión Médica también destacó que la sepsis es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad neonatal y entre sus complicaciones más frecuentes se encuentran el choque séptico, coagulación intravascular diseminada y disfunción orgánica múltiple, mismas que V2 sí presentó, como se analizará a continuación.



107. Conforme a la Guía de Práctica Clínica Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la sepsis, en los recién nacidos con sospecha de asfixia debe medirse el PH y déficit de base, además del lactato sérico, realizándose una gasometría para confirmar el diagnóstico de asfixia neonatal, misma que en la experticia médica se ha relacionado con encefalopatía hipóxico-isquémica.

108. La gasometría en el caso de los recién nacidos debe realizarse mediante la toma de una muestra del cordón umbilical, inmediatamente después del nacimiento o una muestra arterial o capilar en los 30 minutos posteriores al nacimiento. En el caso de V2, como se ha mencionado, la muestra no fue tomada, a pesar de los indicios del trastorno respiratorio que la recién nacida cursaba.

109. La gasometría fue tomada a V2, 36 minutos después de su nacimiento, es decir, el 15 de diciembre de 2018 a las 19:41 horas, con lo cual se observa que el personal médico, en particular AR8, encargado de la atención de la menor, no se allegó de los elementos necesarios para confirmar o descartar oportunamente un proceso asfíctico, lo que contribuyó a que V2 fuera ingresada a la UCIN con diversos procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos, comprometiendo indiscutiblemente su sobrevivencia.

110. El 15 de diciembre de 2018 a las 21:38 horas, a 3 horas de su nacimiento, V2 fue valorada y se documentó que presentaba taquipnea (aumento en la frecuencia respiratoria) y “tiraje intercostal leve”²⁰. Al respecto la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal refiere que los síntomas de dificultad respiratoria, acidosis metabólica, disminución de respuesta al estímulo y del tono muscular, eran datos clínicos de asfixia.

111. Por tanto, en el expediente de V2 se documentó que cursaba con un diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de adaptación pulmonar, taquipnea transitoria del recién nacido, respecto a lo cual la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad respiratoria del Recién Nacido describe que este tipo de paciente ocupa en alto porcentaje las UCIN y tal síndrome es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido y se manifiesta

²⁰ Retracciones intercostales, subcostales y esternales en condiciones en que hay un menor rendimiento pulmonar o mayor resistencia de las vías respiratorias.

por una dificultad respiratoria progresiva que puede derivar en la muerte si no se recibe un tratamiento adecuado y oportuno.

112. Como se ha descrito, V2 contaba con múltiples factores relacionados con hipoxia intrauterina, por lo que, conforme a lo previsto en la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido, era importante realizar una radiografía de tórax en las primeras 8 horas de vida de V2 para identificar en forma temprana los signos de dificultad respiratoria progresiva, ya que son los primeros que sugieren la presencia de este síndrome.

113. No obstante, pese a que se había determinado el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria a V2, el personal que la atendió a las 21:38 horas —cuyo nombre no obra en la nota elaborada—, omitió solicitar los estudios de laboratorio complementarios de laboratorio y gabinete, radiografía de tórax y gasometría arterial, es decir, no se allegó de los elementos necesarios para realizar una correcta integración diagnóstica, incumpliendo lo que recomienda la citada Guía, situación que confirma la inadecuada integración diagnóstica y valoración que trajo complicaciones como la hospitalización prolongada en el UCIN y múltiples procedimientos invasivos que incrementaron su exposición a agentes patógenos nosocomiales, como la *Kebsiella Pneumoniae* que cuenta con un elevado nivel de mortalidad entre los recién nacidos.

114. El 16 de diciembre de 2018 a la 1:30 am, se valoró a V2 y se constató que continuaba con aumento en la frecuencia respiratoria, ingresando al cunero patológico para su vigilancia por contar con datos de dificultad respiratoria y riesgo de sepsis, así como múltiples factores de riesgo para desarrollar asfixia neonatal, continuando con doble esquema antibiótico y apoyo ventilatorio y fue también intubada en esa fecha.

115. Por lo que se refiere al tratamiento de la dificultad respiratoria, la mencionada Guía recomienda la presión positiva nasal, sin embargo, ante la falta de respuesta de este tratamiento, que además requiere la administración de surfactante exógeno, deberá intubarse hasta su estabilización. No obstante en el manejo de V2, no se consideró el surfactante como parte de su manejo, siendo el caso que en horas posteriores, el 16 de diciembre de 2018 a



las 8:30 horas padeció deterioro y requirió intubación orotraqueal y ventilación mecánica, maniobras terapéuticas que resultaban invasivas.

116. Durante la citada valoración se reportó que V2 presentó estertores pulmonares, es decir, sonidos anómalos que acompañan a los ruidos respiratorios, que pueden originarse en los bronquios, en el pulmón, en la cavidad pleural, requiriendo estudios mediante rayos X y CPAP²¹, sin embargo, no se contaba en el momento con tales insumos, situación que puso en mayor riesgo a V2 y que 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.

117. A las 21:15 horas del 16 de diciembre se reportó que V2 tenía peristalsis disminuida debido a la falta de alimentación con motivo de su inestabilidad, ya que en casos como el de la recién nacida, con riesgo infeccioso, prematurez, entre otros, se recomienda iniciar la alimentación oral hasta después de las primeras 48 horas de vida extrauterina. V2 tuvo también complicaciones gastrointestinales, que evolucionarían en sus posteriores horas de vida.

118. El 17 de diciembre de 2018, a las 11:03 horas, V2 cursaba con fiebre de 38.7, coloración anormal (marmórea), respiración con dificultad y se realizó una toma de gasometría arterial²² que dio indicios de acidosis metabólica, dato que es altamente sugestivo de hipoxia²³, por lo que se determinó que requería intubación, lo que elevó el riesgo de contagio por agentes nosocomiales, pero resultaba necesario dada la progresión desfavorable de su padecimiento.

119. Durante la valoración también se detectó exceso de sangre alrededor del ombligo, indicándose el retiro del catéter umbilical para su cultivo. Además, se emitió el diagnóstico de

²¹ Tratamiento en el que se bombea aire con un dispositivo que aplica presión en las vías respiratorias para mejorar la respiración.

²² Estudio que permite medir la cantidad de oxígeno, dióxido de carbono y acidez presentes en la sangre.

²³ Deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo.

enterocolitis del recién nacido, siendo este un proceso inflamatorio intestinal caracterizado por una necrosis en la mucosa intestinal que puede producir peritonitis y perforación.

120. En el caso de V2, se observó que concurren alteraciones digestivas y pulmonares, que aumentaron la morbilidad y mortalidad neonatal de la recién nacida. En suma, desde su nacimiento cursó con datos de asfixia de aparición temprana, alteración del estado de alerta y sangrado de tubo digestivo, además de alteraciones de la perfusión; por lo que, al tener alteraciones en tres sistemas, se considera la existencia de una falla multiorgánica.

121. En atención a lo anterior, se solicitó consulta a infectología pediátrica, con rayos x de tórax y abdomen, hemocultivo y gasometría arterial, estableciéndose un cambio en los antibióticos prescritos a meropenem y vancomicina, sin embargo, continuó con datos de sepsis.

122. Se determinó que V2 se encontraba en un estado grave, por lo que se determinó la colocación de un catéter central para continuar su manejo. Asimismo a las 17:00 horas, se documentó que padeció apnea²⁴, por lo que nuevamente requirió intubación endotraqueal. Su estado continuó en deterioro y a las 21:30 horas se le diagnosticó con choque séptico en tratamiento aminérgico secundario a sepsis temprana y se le brindó el soporte y tratamiento.

123. El 18 de diciembre a las 3:00 am, V2 ingresó a la UCIN debido a su gravedad y deterioro clínico. A las 13:10 horas presentó taquicardia por causa del propio proceso de sepsis, con hipoactividad a nivel neurológico, continuando con doble esquema antibiótico. Se le indicó un ultrasonido transfontanelar²⁵ para descartar una hemorragia ventricular.

124. Al respecto, la opinión médica de este Organismo Nacional consideró que existió dilación en solicitar tal estudio, ya que resulta importante efectuarlo en las primeras 48 horas de edad, sin embargo, este no se efectuó sino hasta el 24 de diciembre de 2018, habiendo pasado 9 días desde su nacimiento, a pesar ello no se reportaron anomalías.

²⁴ Cese de la respiración por más de 20 segundos o cese de la respiración menor a 20 segundos en compañía de bradicardia o desaturación de oxígeno.

²⁵ Prueba diagnóstica que emplea sonidos de alta frecuencia para observar los órganos del cuerpo en los niños.



125. El 18 de diciembre de 2018 a las 15:00 y 19:20 horas, V2 fue valorada, y se le encontró con síntomas de una lesión neurológica por hipoxia, con muy alto riesgo de morbimortalidad, situación que se informó a V1 y V3.

126. El 19 de diciembre de 2018, a las 15:45, 16:55 y 21:00 horas, V2 se mantenía grave estable en espera del resultado de hemocultivo, así como ultrasonido transfontanelar, además, presentó disminución de la glucosa en sangre. Se obtuvieron resultados de laboratorio, de los cuales se constató nuevamente la elevación de leucocitos derivado del proceso séptico que cursaba, alteración en las bilirrubinas con motivo de la prematurez y sepsis, indicativas de una alteración a nivel hepático.

127. El 20 de diciembre de 2018, en su quinto día de vida, V2 continuaba hipoactiva; del hemocultivo se constató que la bacteria *Klebsiella pneumoniae* no había respondido al tratamiento antibiótico, debido a ello se prescribió un cambio en el mismo; se reportó que tuvo una extubación accidental y por tanto se le colocó nuevamente presión positiva en las vías respiratorias.

128. Retomando lo referente a la infección bacteriana que padecía V2 se observó que, durante su hospitalización, se le realizaron seis cultivos, en los cuales la infección por *Klebsiella pneumoniae* persistía, por lo que se le aplicaron diversos esquemas antibióticos, de los cuales la bacteria sólo fue sensible a tigeclina y ciprofloxacino, sin embargo, la menor evolucionó de manera desfavorable a tales antibióticos.

129. Por tanto, considerando los antecedentes de V2, si bien debido a su prematurez, ruptura prematura de membranas e inmunosupresión tenía riesgo de presentar sepsis, el ambiente intrauterino hostil de tipo asfíctico al que estuvo expuesta la menor, aumentó considerablemente el riesgo de complicaciones y técnicas invasivas, como el uso de catéter y ventilación mecánica, lo que a su vez favoreció la colonización por organismos nosocomiales multirresistentes, como lo es la *Klebsiella pulmonae* y por tanto, la morbilidad y mortalidad asociadas a esta bacteria, que se relaciona directamente con el cuadro séptico que cursó V2 a pesar del doble esquema antibiótico que le fue otorgado.



130. Debido a ello el personal tratante tuvo otras sospechas diagnósticas, como púrpura fulminante²⁶, enfermedades autoinmunes²⁷, enfermedad de Gaucher²⁸ y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos²⁹, mismas que no fueron descartadas sin que se establecieran los motivos por los que no se realizaron los estudios para ello.

131. De los anteriores señalamientos la opinión médica consideró que las complicaciones de V2 eran evitables de haber recibido una atención oportuna a pesar de ser una menor prematura, toda vez que hubo una inadecuada atención prenatal y perinatal, teniendo un impacto directo en su salud en la etapa neonatal.

132. Sobre el estado neurológico de V2 al nacer, se encontraba activa y reactiva, y posteriormente, con motivo de las complicaciones que presentó, así como la necesidad de apoyo ventilatorio y sedación, se le encontró con hipoactividad y reactividad al estímulo. La Opinión Médica de este Organismo Nacional consideró que el personal médico omitió describir en el expediente clínico una exploración neurológica completa de la menor, lo que impide conocer de manera confiable su estado al respecto, sin embargo, a través de los estudios relacionados con la evaluación de bilirrubinas y EB-1830, se contaba con signos sugestivos de daño neurológico.

133. Lo anterior se refuerza con las anotaciones realizadas por el personal médico, desde el 26 de diciembre de 2018 al 10 de enero de 2019, en las que se mencionan signos relacionados con el sistema nervioso, todos ellos datos clínicos sugestivos de daño neurológico.

134. Ahora bien, en lo concerniente al estado del aparato respiratorio, ante la ruptura de membranas se otorgó a la paciente un esquema de maduradores pulmonares, medicamentos para prevención de apnea y presión positiva continua, sin embargo al no tener los efectos deseados fue intubada con lo que su respiración fue adecuada; hasta el 26 de diciembre de

²⁶ Enfermedad causada por una infección severa en la sangre que provoca alteraciones en el sistema de coagulación y lesiones cutáneas.

²⁷ Enfermedades en las que el sistema inmune ataca a las células sanas.

²⁸ Padecimiento que se caracteriza por la acumulación de sustancias grasosas en el bazo, hígado, pulmones, huesos o cerebro, así como el agrandamiento de tales órganos.

²⁹ Síndrome en el que el sistema inmunitario genera anticuerpos que propician la coagulación de la sangre.

³⁰ Medición de la cantidad de bilirrubina en la sangre.

2018, cuando padeció deterioro clínico secundario a infección generalizada y choque séptico, por lo que fue intubada nuevamente, permaneciendo así hasta su deceso.

135. Respecto al aparato digestivo, V2 tenía diversos factores de riesgo ya descritos. Además, contó con movimientos intestinales disminuidos debido a que requirió apoyo ventilatorio por lo cual se prolongó su fase de ayuno y, a pesar de haber recibido tratamientos para ello, evolucionó de manera desfavorable por el proceso infeccioso generalizado y el choque séptico refractario secundario a la bacteria *Klebsiella pneumoniae*.

136. V2 presentó además una restricción a nivel respiratorio con motivo de una acumulación anormal de líquido en el abdomen, por lo que se le colocó un catéter Penrose³¹, con objeto de drenar el líquido.

137. De igual forma, es pertinente retomar que, a fin de tener una adecuada vigilancia de su proceso digestivo, requería la realización de estudios de Rayos X, sin embargo en diversas valoraciones (de 16 de diciembre 8:30 horas, 9 de enero de 2019 14:40 horas, 10 de enero 2019 14:40 horas), no se contaba con el citado servicio, y el personal responsable del Hospital General no previó la citada carencia, por lo que no se aseguró la adecuada prestación del servicio para V2 y todos los pacientes que en ese momento recibían atención, vulnerando el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 18, 19 y 26 que prevén las obligaciones de los establecimientos médicos de asegurar la prestación de los servicios de manera oportuna, con los recursos necesarios para ello.

138. Es así como el 10 de enero de 2019, se reportó que V2 tenía datos que sugerían una perforación intestinal, sin embargo, se estableció que no era candidata a cirugía debido a su inestabilidad. Asimismo se reportó que al colocar el catéter Penrose derecho drenó material amarillento con materia fecal.

139. En suma, la infección secundaria a *Klebsiella pneumoniae* fue la causa principal del deterioro de V2, y a pesar del manejo otorgado, no presentó mejoría y evolucionó desfavorablemente, hasta reportarse muy grave al haberse alterado el funcionamiento de

³¹ Tubo de látex que se coloca en el área de cirugía o herida para permitir la salida de líquidos.

diversos órganos de la menor y toda vez que el proceso infeccioso no cedió al tratamiento, el estado de salud de V2 se deterioró hasta perder la vida el 10 de enero de 2019.

140. De los elementos descritos se concluye que las complicaciones analizadas derivaron tanto del inadecuado seguimiento del control prenatal y las irregularidades en el proceso del trabajo de parto, que provocaron que V2 permaneciera en un ambiente intrauterino hostil que comprometía su bienestar fetal y, sin embargo, no se realizó la cesárea de manera oportuna, incidiendo en su estado de salud de manera desfavorable.

141. Así mismo, fueron decisivas las irregularidades en su seguimiento en los primeros días de vida, la falta de una valoración detallada y completa, la falta de registros sobre la evolución de sus complicaciones respiratorias, la omisión de toma de estudios de laboratorio de manera oportuna que incidió en la falta de identificación a tiempo del agente patógeno causal de la infección y el otorgamiento del tratamiento antibiótico adecuado que pudiera tener mayor efectividad en el padecimiento.

142. En suma, los diagnósticos y hallazgos que se encontraron con posterioridad al nacimiento de V2 que motivaron su fallecimiento, coinciden con las complicaciones presentadas por V1 durante su embarazo y, por tanto, se relacionan de manera directa con la inadecuada valoración en el control prenatal; de igual forma, después del nacimiento de V2, el diagnóstico y acciones para su atención presentaron deficiencias que impidieron una adecuada integración diagnóstica de su proceso asfíctico, lo que hizo necesario que se sometiera a V2 a procesos invasivos como la intubación y el ingreso a UCIN, exponiéndola a agentes patógenos nosocomiales, como la *Klebsiella pulmonae* que tiene alto grado de mortalidad entre los neonatos, tal como sucedió en el caso de V2.

143. Finalmente, es de destacarse la falta de insumos y equipamiento en el Hospital General, lo que permite confirmar que no se aseguró la atención oportuna y eficiente prestación de servicios a los pacientes entre los cuales se encontraban V1 y V2.

144. De las irregularidades descritas y analizadas por esta Comisión Nacional, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 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 V3, 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 omitir una adecuada vigilancia del trabajo de parto de V1, lo que propició una inadecuada atención en la etapa gestacional, perinatal y neonatal, con enfoque específico en prematuridad, al existir un riesgo de mortalidad y morbilidad mayor que generó una cascada de eventos ya analizados que culminaron con un daño orgánico múltiple cerebral, pulmonar, gastrointestinal, hemático y hepático en V2, provocando su deceso. Lo anterior permite concluir que se impidió garantizar con efectividad a V1 y V2 su derecho a la protección de la salud.

B. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SU RELACION CON EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

145. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en la Observación General No. 14, 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”*.³²

146. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó que *“la debida integración de un expediente 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 concerniente acerca de su salud y conocer la verdad.”*³³

³² <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

³³ CNDH. Recomendación General 29/2017. p. 35



147. Así mismo, consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”³⁴.

148. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, advierte que: “[...] el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, 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”.

149. Por lo que respecta al presente caso, luego del análisis realizado a los expedientes clínicos relacionados con las diversas etapas de la atención médica de V1 y V2 se observó lo siguiente:

150. Durante el control prenatal, tanto en la UMF 55 como en el Hospital General, el personal tratante incurrió en las irregularidades que enseguida se señalan, respecto a la integración de los expedientes clínicos, con las cuales se incumplió la NOM del Expediente clínico, en el apéndice A, apartado D3 y el apartado 6, numerales 6.1.2 y 6.3:

| FECHA | IRREGULARIDAD |
|-------------------|---|
| 7 de junio 2018 | No reporta signos vitales, exploración física completa, resumen del interrogatorio y pronóstico |
| 12 de junio 2018 | No reporta signos vitales |
| 22 de agosto 2018 | No reporta signos viales y exploración física completa de la paciente |

³⁴ *Ibidem*, p. 27

| FECHA | IRREGULARIDAD |
|-----------------------|---|
| 14 de septiembre 2018 | No reporta signos vitales |
| 26 de septiembre 2018 | No reporta signos vitales |
| 26 de octubre 2018 | No describe los signos vitales completos y exploración física |
| 29 de octubre 2018 | Falta la exploración física |
| 2 de noviembre 2018 | No reporta el crecimiento del fondo uterino |
| 16 de noviembre 2018 | Sin signos vitales y exploración física completa |
| 3 de diciembre 2018 | Sin signos vitales y exploración física completa |

151. Respecto al ingreso al Hospital General para la atención del parto, se observó la falta de nota médica de valoración inicial; con ello se vulneró la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico en su apartado 7.

152. Tales omisiones adquieren relevancia al considerar la importancia del conocimiento completo e integral de la atención de los pacientes, en este caso V1 y V2, ya que al omitirse uno o varios datos relacionados con su estado de salud y seguimiento médico durante los sucesos que motivaron las violaciones a derechos humanos analizadas en el presente pronunciamiento, se vulnera tanto el derecho de acceso a la información, en conexidad con el derecho a la protección de la salud de las víctimas, impidiendo el conocimiento y análisis adecuado sobre la atención brindada por las instituciones de salud.

153. La idónea integración del expediente clínico de V1 y V2 es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, 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 se cumpla en sus términos.³⁵

C. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V2

154. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo, el cual es tutelado en nuestra normativa nacional.

155. De igual modo, se encuentra contemplada su protección en diversos instrumentos internacionales, como son: los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y, 4 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

156. De tales preceptos se desprende el deber del Estado para respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, y el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

157. El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en la Observación General No. 7 Realización de los derechos del niño en la primera infancia, en su párrafo 10, señala: El artículo 6 [de la Convención de los derechos del Niño] se refiere al derecho intrínseco de la niñez a la vida y a la obligación de los Estados Parte de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño.

158. Se insta a los Estados Parte a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

³⁵ CNDH, Recomendaciones 52/2020, párr. 80, 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74, entre otras.



159. El párrafo 2, inciso a) de dicha Observación General, dispone el compromiso de reducir la mortalidad infantil, siendo una obligación del Estado realizar las acciones tendentes a que los recién nacidos sobrevivan y se eviten prácticas por las que su vida se vea comprometida.

160. En el presente caso, resulta particularmente grave —como se ha mencionado a lo largo del presente pronunciamiento—, que el inadecuado seguimiento durante la etapa prenatal de V1, haya propiciado que no se consideraran los factores que eran indicios de que V2 fue sometida innecesariamente a un medio asfíctico hostil y padeció asfixia neonatal, como posteriormente se confirmó, lo que motivó su deceso.

161. De igual manera, desde su internamiento —y en continuidad con las irregularidades anteriormente descritas—, se confirmó que V2 era un feto pequeño para su edad gestacional, lo que corrobora la inadecuada valoración en el control prenatal; también, durante el seguimiento del parto, se confirmó la deficiente vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal de V2 en diversos momentos, permaneciendo sin monitoreo en periodos de 7 y 16 horas, lo que favoreció que se pasara por alto un proceso de urgencia obstétrica de tipo asfixia neonatal, que posteriormente fue confirmada, e incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal. Lo anterior aunado a los tactos vaginales innecesarios que expusieron nuevamente al binomio materno-fetal.

162. Asimismo conforme al análisis realizado en la opinión médica, se concluyó que no se consideró el riesgo-beneficio de una interrupción oportuna del embarazo, se expuso al producto de la gestación a un medio hostil asfíctico, comprometiendo su bienestar fetal que favoreció la asfixia perinatal y dificultad respiratoria, mismas que a su vez favorecieron complicaciones inherentes posteriores a su nacimiento, como la hospitalización prolongada en la UCIN y los procedimientos invasivos, quedando expuesta a agentes patógenos nosocomiales como la *Klebsiella pneumoniae* —que sí contrajo—, la cual presenta un elevado nivel de mortalidad en prematuros.

163. De tal forma que, al contraer la infección, era necesario realizar de manera oportuna los estudios que permitieran detectar el agente causante y el tratamiento que pudiera resultar eficaz para remitir la infección; sin embargo esto no se realizó y por tanto, V2 fue sometida a diversos antibióticos, no obstante el cuadro séptico evolucionó culminando con una falla multiorgánica y la pérdida de la vida de la recién nacida.



164. Además, este caso presenta perfectamente la relación intrínseca del binomio materno-fetal y cómo se interconecta la adecuada atención médica de la madre prenatal y la supervivencia del producto.

165. Es importante resaltar que, en el caso de los recién nacidos prematuros, la muerte es prevenible y evitable al recibir una atención oportuna, la cual no se brindó en el presente caso, iniciando con una inadecuada atención prenatal y perinatal, así como durante el parto y sus primeros días de vida, lo que tuvo un impacto directo en su salud y posterior fallecimiento, vulnerando su derecho humano a la vida.

D. INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

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

167. 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: “[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”.

168. Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 24.1, establece que “[t]odo 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”.

169. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha considerado que, en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, "[...] se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior [...], el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [Dicho derecho] prescribe que se observe 'en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño', lo que significa que, en 'cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá', lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también [...] los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas.[...] las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la [...] salud [...] deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él [...] y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses [...]"³⁶.

170. 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, en su artículo 3, párrafo 1, señala que: "[l]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 [...]"³⁷.

171. 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 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 [...]"

³⁶ 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, registro: 2013385.

³⁷ Introducción, inciso A, párrafo 5.

172. 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*”.

173. Por parte de la CrIDH, se advierte la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “[...] *los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos [...], su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona [...]*”³⁸.

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

D.1 VIOLACIÓN AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V2

175. Al existir una profunda interrelación del binomio materno-fetal, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 debieron observar una serie de procedimientos normados para su 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 tanto para la madre como para el recién nacido. En este sentido, la NOM-007-SSA2-2016 establece el deber de brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez³⁹, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-infantil.

176. En ese tenor, este Organismo Nacional considera que, con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 se transgredió en agravio de V2 el interés superior de la niñez, debido a que los actos y omisiones realizados por dichas

³⁸ Caso González y otras “Campo Algodonero” Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

³⁹ 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.

personas servidoras públicas ocasionaron una afectación a su derecho a la protección de la salud, ya que la inadecuada atención de V1, incidió directamente en las complicaciones de salud de V2, cuyos efectos culminaron con la pérdida de la vida de la recién nacida.

177. La inadecuada atención prenatal, omisiones en la vigilancia del trabajo de parto, retraso en la resolución del trabajo de parto y sometimiento de V2 a un medio asfíctico hostil, falta de vigilancia y monitorización en su frecuencia cardiaca fetal en diversas ocasiones, realización de prácticas no indicadas en el caso particular como el tacto vaginal, retraso en la resolución del parto sometiendo a V2 a un medio asfíctico hostil, así como las valoraciones incompletas una vez suscitado su nacimiento, falta de estudios y diagnósticos precisos para su seguimiento, así como falta de insumos para su atención hospitalaria, constituyen factores que en conjunto crearon las condiciones para el deterioro de la salud y fallecimiento de V2, con lo cual se vulneró el interés superior de la niñez.

178. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 vulneraron el interés superior de la niñez, 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 (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*”⁴⁰ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente 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.

179. En razón de lo anteriormente señalado, esta Comisión Nacional determina que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, 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

⁴⁰ Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, p. 61.

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.

E. RESPONSABILIDAD

180. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica, al interés superior de la niñez y a la vida en agravio de V2, quienes con sus actos y omisiones incumplieron garantizar el grado máximo de salud posible.

181. Así mismo AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 son responsables por contravenir los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1º, 2º fracciones I, II y V, 23, 27, fracción III, 32, 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.

182. Consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 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.

183. Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1º párrafo tercero y 102, apartado B constitucionales, y 6º fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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, a fin de que con motivo 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 del personal médico involucrado en los hechos.

a) Responsabilidad institucional

184. Además de las responsabilidades enunciadas de manera individual por parte del personal involucrado en los hechos que se analizaron previamente en la presente Recomendación, esta Comisión Nacional considera necesario enfatizar en la falta de insumos médicos en diversos momentos de la atención de las víctimas.

185. En principio, el 16 de diciembre de 2018, V2 requería la realización de estudios de rayos X y presión positiva continua en las vías respiratorias, sin embargo, no se contaba en el momento con tal equipo. De igual forma, en las valoraciones de 9 de enero de 2019 a las 14:40 horas y de 10 de enero 2019 a las 14:40 horas se documentó la falta de dicho estudio de rayos X, lo que puso en mayor riesgo a V2 e impidió 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.

186. En ese aspecto, el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establece: *“...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...”*.

187. Por ello, con las citadas omisiones, el Hospital General no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, toda vez que el servicio que se les proporcionó fue deficiente, al no implementarse los mecanismos necesarios y suficientes para solventar la falta de recursos que en ese momento impedían la realización de un procedimiento quirúrgico que era necesario concretar dada la situación de vulnerabilidad en la que ambas víctimas se encontraban.

188. 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 V2, acorde con lo previsto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales establece que los 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.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

189. 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 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 26, 27 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.

190. 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, en agravio de V1 y V2, así como al interés superior de la niñez y a la vida en agravio de V2, se deberá inscribir a V1, V2 y a V3 en calidad de víctima indirecta, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, como víctimas de violaciones a derechos humanos con independencia de su calidad de víctimas del delito con que se les brinda 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.

191. 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

192. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 26 y 27, fracción II, 62, 63 de la Ley General de Víctimas, y 21 de los Principios y directrices del instrumento antes referido; la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

193. De manera inmediata, se deberá brindar atención psicológica y/o psiquiátrica, así como tanatológica que requieran V1y V3, en caso de contar con su consentimiento, por personal profesional especializado hasta que alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para las víctimas.

b) Medidas de satisfacción

194. En términos del artículo 27, fracción IV y 73 de la Ley General de Víctimas, estas medidas 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 los responsables de las violaciones.

195. En la presente Recomendación se han acreditado violaciones a los derechos humanos en agravio de V1, V2 y V3, por parte de personas servidoras públicas del IMSS, por lo que se deberá realizar un reconocimiento de la responsabilidad de esa Institución ante las víctimas y sus familiares y se les ofrezca una disculpa privada.

196. Así mismo, como parte de las medidas de satisfacción, en el presente caso, ese Instituto deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se integre por el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron.

c) Medidas de no repetición

197. Conforme a lo previsto en el artículo 27, fracción V y 74, fracciones VIII y IV de la Ley General de Víctimas, estas medidas 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 diseñen e impartan en los hospitales señalados y en las áreas involucradas en los hechos, específicamente a todas las autoridades señaladas como responsables, un curso de capacitación que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud y a la vida del binomio materno-fetal, b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Interés superior de la niñez y d) Salud Materna con especial énfasis en detección, diagnóstico y atención oportuna de factores de riesgo; cursos que deberán ser

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

198. Dichos cursos serán 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 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 y podrán impartirse a través de las plataformas en línea del IMSS o cualquier otra. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

199. Además, se deberán 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.

200. En un término menor de seis meses contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los hospitales involucrados en los hechos, en la que se exhorte a dicho 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.

d) Medidas de compensación

201. La compensación, conforme a lo establecido en el numeral 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1 y V3 por las acciones y omisiones en las que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 durante la atención médica otorgada a V1 y V2 que derivó en la pérdida de la vida de esta última de conformidad 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.

202. 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, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación integral por los daños causados a V1 y V3, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V2, y en términos de la Ley General de Víctimas, se realicen las acciones para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo 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 psicológica y/o psiquiátrica y tanatológica que V1y V3 requieran, y con su consentimiento, por personal profesional especializado, así como de todas las que requieran y 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 para las víctimas, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA: Se colabore con el Órgano Interno de Control en el IMSS en la integración de la queja que esta Comisión Nacional interponga en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 por las conductas descritas en el presente pronunciamiento, para que determine o no su responsabilidad administrativa por los actos cometidos en contra V1 y V2, y se deberán remitir a esta Comisión Nacional las constancias respectivas.

CUARTA. En un plazo menor a seis meses, se emita una circular dirigida a los hospitales involucrados, 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.

QUINTA. Se realicen las gestiones administrativas correspondientes para que se procure dotar al Hospital General de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura y personal médico, a fin de garantizar los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo las prácticas administrativas que pueden impedir y retrasar la realización y entrega de estudios de laboratorio y gabinete.

SEXTA. Diseñar e impartir en el término de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación que aborde la temática siguiente: a) Derecho a la protección de la salud y a la vida del binomio materno-fetal, b) Conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Interés superior de la niñez, y d) Salud Materna con especial énfasis en detección, diagnóstico y atención oportuna de factores de riesgo. 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 AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 tomen los cursos; y enviar a esta Comisión Nacional las constancias correspondientes para que acrediten 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.

203. 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 personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el

artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas 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.

204. 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.

205. 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.

206. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas 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