

RECOMENDACIÓN No.114/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCION DE LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTETRICA, A LA VIDA Y AL INTERES SUPERIOR DE LA NIÑEZ, EN AGRAVIO DE QV Y V, MENOR RECIEN NACIDA, POR INADECUADA ATENCION MEDICA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2019/4083/Q**, antes CNDH/5/2019/4083/Q, sobre la atención médica brindada a QV y V, en la Clínica Hospital “B” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Delicias, Chihuahua.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; 1, 3, 9, 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 y 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 para distintas personas involucradas en los hechos, y expedientes son los siguientes:

| SIGNIFICADO | CLAVE |
|--------------------------|--------------|
| Quejosa/victima | QV |
| Víctima | V |
| Víctima indirecta | VI |
| Autoridad responsable | AR |
| Servidor Público | SP |
| Carpeta de Investigación | CI |

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

| NOMBRE | CLAVE |
|---|--|
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. | ISSSTE |
| Instituto Chihuahuense de la Salud | ICHISAL |
| Clínica Hospital "B" del ISSSTE en Delicias, Chihuahua. | CH"B"/ISSSTE. |
| Hospital General "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE en Chihuahua, Chihuahua. | HGLC/ISSSTE |
| Hospital Regional del Instituto Chihuahuense de la Salud en Delicias Chihuahua. | HR/ICHISAL |
| Fiscalía General de la República. | FGR |
| Comisión Nacional de los Derechos Humanos. | CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo |
| Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua | Comisión Estatal |
| Suprema Corte de Justicia de la Nación | SCJN |

| NOMBRE | CLAVE |
|---|--------------------------|
| Corte Interamericana de Derechos Humanos | CrIDH |
| Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico | NOM-004-SSA3-2012 |
| Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2016 <i>Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.</i> | NOM-007-SSA3-2016 |
| Guía de práctica clínica de <i>Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea,</i> | Guía de práctica clínica |

I. HECHOS.

5. El 6 de mayo de 2019, la Comisión Estatal remitió por razón de competencia a este Organismo Nacional la queja presentada por QV, en la que señaló que fue informada por su médico tratante en el CH" B" / ISSSTE que cursaba embarazo, fecha de parto al 9 de marzo de 2019, expresando que durante todo el trayecto de su gravidez, el ginecólogo del ISSSTE le señaló que todo iba de manera normal y que el producto de la concepción estaba sin problemas; mencionando que una vez que llegó la fecha señalada para parir, estuvo al pendiente directamente con su ginecólogo, el cual precisó que debía estar totalmente pendiente, ya que se habían cumplido las 40 semanas de gravidez y no existía la dilatación necesaria para dar a luz, por lo que de llegarse las 41 se procedería a una cesárea.

6. QV señaló que el 15 de marzo de 2019, durante su estancia en el área de urgencias de la CH" B" / ISSSTE, el personal médico instruyó al de enfermería para un seguimiento constante de su estado de salud, instrucciones que no fueron atendidas por el personal de enfermería del turno vespertino, por lo que al proceder a su revisión por el médico tratante se percataron de sangrado y falta de movimiento del producto de la concepción, ordenando de urgencia se pasara a quirófano, donde ya no supo más hasta que el 16 de marzo del mismo año a las 19:00 horas, momento en el que fue informada que, dada la situación de salud que cursaba, se le trasladaría al HGLC/ISSSTE y que sería enviada al HR/ICHISAL.

7. Finalmente, QV agregó que el 16 de marzo de 2019, estando ya internada y en recuperación en el HGLC/ISSSTE, VI le comunicó a QV que V había fallecido.

8. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja CNDH/PRESI/2019/4083/Q, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se requirió copia del expediente clínico del ISSSTE y demás información relacionada con la atención médica proporcionada a QV y V, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de QV de 30 años de edad de 4 de abril de 2019, remitido por razón de competencia por la Comisión Estatal a este Organismo Nacional, a través del cual comunicó las irregularidades relativas a la atención médica otorgada a QV y V.

10. Oficio DNSC/SAD/JSDCQR/DAQMA/2793-6/19, de 24 de junio de 2019, a través del cual SP9 informa a este Organismo nacional que el expediente clínico e informes solicitados se encuentran en poder de la FGR, agregadas a la CI.

11. Oficio DNSC/SAD/JSDCQR/DAQMA/4572-6/19, de 10 de octubre de 2019, mediante el cual SP9 reiteró la información citada en el apartado precedente, e informó que solicitó a la FGR le sea expedido una copia del expediente clínico de QV.

12. Oficio ICHS-JUR-1859/2019, recibido en este Organismo Nacional el 15 de noviembre de 2019, mediante el que SP7 remitió el expediente clínico e informe cronológico de la atención médica brindada a V en el HR/ICHISAL.

13. Oficio DEL-I-618/2019 de 13 de noviembre de 2019, mediante el cual SP8 comunicó a este Organismo Nacional que la CI se encuentra a disposición de este Organismo Autónomo para su consulta en las instalaciones que ocupa esa autoridad.

14. Acta circunstanciada de 4 de marzo de 2020, mediante la cual se hace constar la comparecencia ante la Cédula Investigadora de la Unidad de Investigación y Litigación de la FGR en Delicias, Chihuahua, por la que se recabó previa autorización del Agente del Ministerio Público Federal (AMPF) una copia simple del expediente clínico integrado en la CH"B"/ISSSTE, respecto de la atención brindada a QV y V, del que destacan las siguientes constancias:

14.1 Resumen de notas medicas de la clínica Hospital “B” 00521 del ISSSTE, a nombre de QV.

14.1.1 Nota médica de 11 de septiembre de 2018 de solicitud de referencia de QV al servicio de Ginecología/obstetricia, suscrita por SP1.

14.1.2 Nota médica de 3 de enero de 2019 de Reporte de estudio eco obstétrico de QV, suscrito por SP2.

14.1.3 Nota médica de valoración, ginecología y obstetricia de 14 de enero de 2019, suscrita por AR1, en la que se determina un embarazo de 31 semanas de gestación y como fecha probable de parto el 9 de marzo de 2019.

14.1.4 Nota médica de valoración, ginecología y obstetricia de 8 de febrero de 2019, suscrita por AR1, en la que se determina un embarazo de 35.6 semanas de gestación.

14.1.5 Nota médica de valoración, ginecología y obstetricia de 15 de febrero de 2019, suscrita por AR1, en la que se determina un embarazo de 37 semanas de gestación.

14.1.6 Nota médica de valoración, ginecología y obstetricia de 4 de marzo de 2019, suscrita por AR1, en la que se determina un embarazo de 39.2 semanas de gestación.

14.1.7 Nota médica de evolución de 10 de marzo de 2019, suscrita por médico cuyo nombre y firma son ilegibles, en la que se determina un embarazo de 40 semanas de gestación y se establece vigilar frecuencia cardiaca fetal y trabajo de parto, además de solicitar exámenes de laboratorio.

14.1.8 Reporte de Ultrasonido Obstétrico de 11 de marzo de 2019, suscrito por SP3, por el que se concluye “*producto único vivo intrauterino con 40.1 semanas de gestación*”

14.1.9 Hoja de Triage¹ de 13 de marzo de 2019, valorada por SP4, quien determinó 40 semanas de gestación con 4 días, sin observaciones.

14.1.10 Nota médica del Servicio de Urgencias de 13 de marzo de 2019, suscrita por SP5, quien refirió embarazo de 40.3 semanas de gestación más pródromos de trabajo de parto², pasa a observación y solicita interconsulta con ginecología y obstetricia.

14.1.11 Nota médica de interconsulta del servicio de ginecología y obstetricia de 13 de marzo de 2019, suscrita por médico cuyo nombre y firma son ilegibles, quien reseñó un embarazo de 40.4 semanas de gestación e indicó acudir al servicio de urgencias en caso de iniciar trabajo de parto.

14.1.12 Hoja de Triage del Servicio de Urgencias de 15 de marzo de 2019, con nombre y firma ilegible de quien valora, quien refirió “*reventó fuente*” como motivo de consulta y determina “*prioridad II*”.

14.1.13 Nota médica de 15 de marzo de 2019 del servicio de Ginecología y Obstetricia, suscrita por médico cuyo nombre y firma son ilegibles, quien refirió a QV con 40.4 semanas de gestación y movimientos fetales presentes, indicando ingreso a tococirugía para vigilancia y conducción de trabajo de parto.

14.1.14 Hoja de trabajo de parto de 15 de marzo de 2019, suscrita por AR4, quien refiere a QV con contracciones irregulares y producto con presentación cefálica, se ingresa a QV para vigilancia y conducción de trabajo de parto, indicando aplicación de Oxitocina a 10 gotas por minuto.

14.1.15 Nota médica de Evolución de 15 de marzo de 2019 a las 13:10 horas, suscrito por AR3, quién refiere que QV se encuentra bajo vigilancia de pródromos de trabajo de parto y “*se le está induciendo por medio de oxitocina*”.

14.1.16 Nota médica de Evolución de 15 de marzo de 2019 a las 15:10 horas,

¹ Es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura.

² Son aquellos signos que nos anuncian que el momento del parto se aproxima. Son variables en cada mujer, en algunas pueden tener lugar un par de semanas antes mientras que en otra apenas unas horas previas al nacimiento del bebé.

suscrita por AR1, quien determina a QV con un embarazo de 40.4 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas, bajo inducto conducción de trabajo de parto y vigilancia estrecha.

14.1.17 Nota médica de Evolución de 15 de marzo de 2019 a las 17:10 horas, suscrita por AR1, quien determina a QV con un embarazo de 40.6 semanas de gestación, en pródromos de trabajo de parto, con actividad uterina irregular e intensa, bradicardia severa, sangrado genital abundante, probable desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, sufrimiento fetal agudo, indicando pasar a quirófano urgente y avisar a pediatría.

14.1.18 Nota de anestesiología de 15 de marzo de 2019, suscrita por SP6, quien reporta como evaluación postoperatoria de QV, con un embarazo de 40.6 semanas de gestación, con inducción de trabajo de parto, desprendimiento de placenta normo inserta, choque hipovolémico clase II, cirugía cesárea, se traslada a unidad de cuidados intensivos.

14.1.19 Nota médica de Hoja de Operaciones de 15 de marzo de 2019 a las 17:15 horas, suscrita por AR1, quien refiere procedimiento quirúrgico postoperatorio, se realiza incisión infraumbilical media, diéresis hasta cavidad abdominal, histerotomía con obtención de producto único vivo de sexo femenino, peso 3,800 kg., alumbramiento espontáneo con placenta con desprendimiento total y gran coágulo retro placentario.

14.1.20 Nota médica de Hoja Postoperatoria de 15 de marzo de 2019 a las 18:30 horas, suscrita por AR1, quien refiere diagnóstico postoperatorio, operación cesárea Kerr, obtención de producto único vivo sexo femenino, peso 3,800 kg. A las 17:20 horas, requiere apoyo en Unidad de Cuidados Intensivos, riesgo de coagulopatía³.

14.1.21 Nota médica de evolución de 15 de marzo de 2019 a las 20:45 horas, suscrito por SP10, quien refiere a QV asintomática, útero en buena involución, herida quirúrgica limpia, signos vitales estables, buen estado general, determina traslado a Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional. A las 23:40 horas

³ Enfermedades de la sangre que afectan a los cambios en el proceso de coagulación.

de la misma fecha SP10 asienta *“no se acepta ingresar a la paciente en HR/ICHISAL por no tener disponibilidad de cupo.... No se aceptó en IMSS.... Se realiza envío a 3er nivel HGLC/ISSSTE.*

14.1.22 Hoja de Contrareferencia sin fecha, suscrita por SP10, quien establece como diagnóstico de referencia *“puerperio quirúrgico por desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, riesgo de coagulopatía”.*

14.2 Resumen de notas medicas de la CH“B”/ISSSTE, a nombre de V, hija de QV.

14.2.1 Hoja de Identificación del recién nacido de 15 de marzo de 2019, suscrita por médico cuyo nombre y firma son ilegibles, quien refiere nacimiento de producto femenino con apgar⁴ 0-2-4 ameritando reanimación, tubo endotraqueal y manejo con ambú⁵, onfaloclis⁶, glucosa 10% y 1 dosis de adrenalina, se pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales previo aviso de supervisión; nota agregada al reverso suscrita por medico cuyo nombre y firma son ilegibles, quien refiere paro cardiaco de V en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el cual respondió a un ciclo de maniobras y una dosis de adrenalina, se informa a familiar su estado muy grave.

14.2.2 Hoja de datos del recién nacido sin fecha, suscrito por médico del servicio de Pediatría cuyo nombre y firma son ilegibles, donde quien refiere que recién nacido requirió reanimación, con peso adecuado a edad gestacional, hija de madre con desprendimiento de placenta, hipoxia aguda y choque hipovolémico.

14.2.3 Hoja de Evolución de 15 de marzo de 2019, suscrito por médico cuyo nombre y firma son ilegibles, quién asienta que *“se obtiene tras cesárea urgente por desprendimiento total de placenta, e hipovolemia materna producto femenino en apnea absoluta realizando maniobras de reanimación e intubación administrando adrenalina logrando inferior frecuencia cardiaca, pero sin automatismo respiratorio,*

⁴ Se refiere a "Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración." En la prueba, se utilizan estos cinco factores para evaluar la salud del bebé.

⁵. (del inglés Airway Mask Bag Unit), también conocido como resucitador-manual o bolsa-autoinflable, es un dispositivo manual para proporcionar ventilación con presión positiva para aquellos pacientes que no respiran o que no lo hacen adecuadamente.

⁶ Instalación de un catéter en la vena o arteria umbilical en pacientes neonatos en estado crítico, con el objetivo de: mantener una vía de acceso de primera instancia por los vasos umbilicales, mantener una vigilancia y evaluación hemodinámica continua y sobre todo disminuir los riesgos de infección asociados a las acciones de atención del personal sanitario.

se realiza onfalocclisis iniciando soluciones y se enviará previa autorización al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional en donde llega en muy malas condiciones....”.

15. Resumen de notas medicas del expediente clínico del HR/ICHISAL, a nombre de V.

15.1 Nota médica de ingreso de V a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de 15 de marzo de 2019 a las 20:00 horas, suscrita por SP11, donde se asienta condición de ingreso con diagnóstico de asfixia perinatal severa, síndrome posparto, hiperglucemia y riesgo de sepsis.

15.1.1 Nota médica de evolución de 15 de marzo de 2019 a las 21:00 horas, suscrita por médico cuyo nombre y firma aparecen ilegibles, quien determina a V en muy malas condiciones generales con muy pobre respuesta a tratamiento.

15.1.2 Nota médica de evolución de 16 de marzo de 2019 a las 01:10 horas, suscrita por médico cuyo nombre y firma aparecen ilegibles, quien determina a V con deterioro progresivo de condiciones vitales a pesar de tratamiento aplicado, presentando paro cardiaco a las 00:55 horas irreversibles a maniobras.

15.1.3 Informe de la atención médica brindada a V, suscrito el 7 de noviembre de 2019 por SP12, en el que resume que el estado de salud con el que V ingresó al HR/ICHISAL fue muy grave desde su ingreso, que el término de internamiento desde su ingreso hasta su defunción fue de 5 horas con 10 minutos, que por la gravedad del caso se omitió su atención por parte del servicio de urgencias pediátricas, pasando de forma directa a la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, siendo atendida por SP11 y apoyado posteriormente por SP13, quien continuó con su manejo hasta certificar su defunción a las 00:55 horas del 16 de marzo de 2019.

16. Certificado de defunción de V, de 15 de marzo de 2019, en el que se asentó como causas de su fallecimiento *“hijo de madre con desprendimiento total de placenta, hipoxia severa y síndrome postparto”.*

17. Dictamen médico de 21 de mayo de 2020, emitido por especialista de esta

Comisión Nacional respecto a la atención brindada por AR1, AR2, AR3 y AR4 a QV y V en la CH^B/ISSSTE y en el HGLC/ISSSTE, en el cual se concluyó que fueron inadecuadas y negligentes.

18. Oficio FEMDH/DGPCDHQ/DAQI/3015/2020 de 1º de octubre de 2020, suscrito por SP14, mediante el que informa a este Organismo Autónomo que la CI se encuentra en archivo temporal desde el 13 de noviembre de 2019.

19. Acta circunstanciada de 10 de octubre de 2021, donde personal de este Organismo Autónomo hace constar que a la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con evidencias de que se hubiese iniciado Queja Administrativa ante el OIC en el ISSSTE, relacionadas con los hechos materia de este instrumento recomendatorio,

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

20. El 6 de mayo de 2019, QV interpuso queja ante este Organismo Nacional, por negligencia médica en contra de personal del ISSSTE, en su agravio y de V.

21. El 3 de agosto de 2019, QV presentó querrela ante FGR, iniciándose la CI, la cual se encuentra en archivo desde el 13 de noviembre de 2019.

22. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de procedimiento administrativo en el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, relacionados con los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANALISIS DE LAS PRUEBAS.

23. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/PRESI/2019/4083/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida y al interés

superior de la niñez por inadecuada atención médica y acceso a la información en materia de salud, en agravio de QV y V, y de manera indirecta en agravio de VI, atribuibles a personal médico de la CH”B”/ISSSTE.

24. Es menester precisar que las evidencias obtenidas para acreditar las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron los servidores públicos de la CH”B”/ISSSTE, fueron recabados directamente de la CI en la FGR, toda vez que la autoridad responsable omitió adjuntarlos en el informe de ley, además que fue omisa en el cuidado y conservación del expediente clínico, incurriendo en inobservancia de los numerales 4.4, 5.1 y del 5.3 al 5.12 de la NOM-004-SSA3-2012 Asimismo, los citados servidores públicos incurrieron en inobservancia de los numerales 7; 7.1; 8 y 9 de la citada NOM-004-SSA3-2012, al omitir la realización de notas médicas de evolución y nota de egreso.

A. Derecho a la protección de la salud.

25. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁷

26. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.⁸

27. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en*

⁷ CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

⁸ Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”⁹

28. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que “...*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...*”.

29. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una 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, aceptabilidad, y calidad*”.¹⁰

30. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, se ha señalado 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), aceptabilidad y calidad*”. La protección a la salud “(...) *es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.*” Se advirtió, además, que “*el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado*”.

⁹ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

¹⁰ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

31. La SCJN en la tesis jurisprudencial administrativa sobre el derecho a la salud y su protección¹¹ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como “la exigencia de que sean apropiadas médica y científicamente.”

32. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a QV, en los Servicios de Ginecología y Obstetricia de la CH”B”/ISSSTE.

33. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que QV inició su control prenatal contando con 30 semanas de gestación, a partir del 14 de enero de 2019 en el segundo nivel de atención. En la nota médica realizada en dicha fecha por AR1, refería un embarazo normo evolutivo, resultados de estudios de laboratorios normales, exploración física sin detectar datos de compromiso obstétrico, adecuada evolución del fondo uterino, motilidad fetal y frecuencia cardíaca fetal, calculando como fecha probable de parto el 9 de marzo de 2019.

34. En la segunda consulta realizada el 8 de febrero de 2019, valorada por AR1, quien refirió en términos generales una “normo” evolución del embarazo de QV, programando citas semanales hasta el comienzo del trabajo de parto, realizándose dos consultas más el 15 de febrero y 4 de marzo de 2019, en las cuales no le fueron detectados datos de compromiso obstétrico, por lo que QV fue citada para el 8 de marzo de 2019.

35. Al desconocerse las causas por las que no se llevó a cabo la cita médica del 8 de marzo de 2019, QV refirió que la misma le fue cancelada sin expresar motivo alguno, por lo que al acudir el 10 de marzo de 2019 al Servicio de Urgencias para realizarse una revisión, toda vez que ya se había pasado la fecha probable programada para el parto, en el expediente clínico se tiene constancia de una nueva valoración obstétrica realizada en esa fecha, en la que se omite describir el servicio en donde se realizó, así como los datos del médico interviniente, quien refiere que

¹¹ 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. CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

desde hace cinco días la paciente presentaba actividad uterina, sin presentar pérdidas transvaginales, detectando una frecuencia cardiaca fetal de 132 latidos por minuto, con 3-4 cm de dilatación, 40 semanas de gestación más pródomos de trabajo de parto, estableciéndose como plan terapéutico su ingreso a observación para vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal y evolución del trabajo de parto.

36. Según la NOM-007-SSA2-2016, se recomienda que las mujeres con embarazo de bajo riesgo, que **“no estén en fase activa de trabajo de parto”**, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias si no existe otra razón médica para lo contrario. Por lo tanto, los criterios de admisión a hospitalización para la atención del trabajo de parto en fase activa son:

- Actividad uterina regular (contracciones de 2 a 4 en 10 minutos),
- Dolor abdominal en hipogastrio, y
- Cambios cervicales: borramiento >50 a 80% y dilatación de 3 a 4 cm.

37. Por su parte, la Guía de Práctica Clínica *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, menciona que cuando la paciente sea ingresada, el médico obstetra o personal calificado deberá realizar la historia clínica y documentar en el expediente lo siguiente:

- Diagnóstico,
- Plan de manejo,
- Consentimiento de la hospitalización,
- Partograma, y
- Vigilancia estrecha de: actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical, pérdidas transvaginales.

38. Sobre el particular, en el dictamen médico elaborado por especialista de esta Comisión Nacional, se resalta la circunstancia de que no obstante lo establecido por la normatividad antes citada, es prudente establecer que el único criterio que QV presentaba para su ingreso a hospitalización era el hallazgo de un cérvix dehiscente con 3-4 cm de dilatación, sin describirse la presencia de actividad uterina ni dolor abdominal; no obstante, el profesional encargado de brindar esta atención indicó el ingreso hospitalario, aunque posteriormente QV fue egresada a su domicilio sin la elaboración de nota de evolución ni nota de egreso, en donde se explicara y orientara de forma detallada sobre datos de alarma o compromiso obstétrico que pudieran ameritar atención urgente, así como programación de cita para una nueva valoración.

39. El 13 de marzo de 2019 QV acudió nuevamente al servicio de Urgencias de la CH^B/ISSSTE, al referir un dolor tipo cólico intermitente de intensidad 4/10 EVA de duración de segundos, además de salida de tapón mucoso, por lo que al realizarle un tacto vaginal en donde se detecta un dilatación cervical de 3 cm de consistencia blanda y posterior, SP5 solicita valoración por el servicio de Ginecología y Obstetricia para normar conducta, por lo que a las 17:00 horas de la misma fecha, AR1 establece como diagnóstico de QV un embarazo de 40.4 semanas de gestación con pródromos de trabajo de parto, indicando su egreso con cita programada al cumplir las 41 semanas de gestación, para valorar la utilización de una “indocto conducción”¹².

40. A este respecto, el perito médico de este Organismo Autónomo añade que, de acuerdo con la nota médica suscrita por el especialista, el ingreso hospitalario de QV para la vigilancia del trabajo de parto aún no contaba con criterios para su ingreso por no encontrarse en una fase activa, situación que resulta congruente con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.

41. En esa virtud, el 15 de marzo de 2019 a las 12:00 horas se registra una nueva valoración de QV en el servicio de Urgencias de la CH^B/ISSSTE, realizado por AR4, quien a la revisión ginecológica describe adecuadas condiciones fetoplacentarias, con frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos por minuto, así como actividad uterina, detectando un cérvix posterior con 3 centímetros de dilatación y datos positivos de ruptura de membranas, estableciendo como diagnóstico un embarazo de 40.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación más ruptura prematura de membranas de 1 hora de evolución, lo cual motivó su ingreso al área de labor.

42. Al respecto, refiere el perito médico de este Organismo Autónomo, que de acuerdo con lo plasmado en la nota médica que antecede aún no se reunían criterios para establecer que a su ingreso hospitalario ya se encontraba QV en la fase activa del primer período del trabajo de parto, ya que el único criterio con el que contaba para su ingreso era la ruptura prematura de membranas.

¹² También denominada parto inducido, consiste en la estimulación de las contracciones uterinas durante el embarazo antes de que comience el trabajo de parto por sí solo para lograr un parto vaginal.

43. Continúa señalando el especialista de esta Comisión Nacional que esta ruptura se presentó cuando el embarazo se encontraba a término (40 semanas de gestación) y en una fase latente del trabajo de parto (contracciones uterinas irregulares, dilatación cervical = 0 < a 3 centímetros), producidas en esta fase principalmente por las modificaciones fisiológicas de las membranas y a la fuerza ejercida por las contracciones uterinas, sin ser obligatoriamente causada por un proceso patológico, señalando que el tratamiento recomendado debió ser a través de la terminación del embarazo, esto es induciendo el trabajo de parto, así como profilaxis de proceso infeccioso a través de antibióticos, como lo señalan la Guía de Práctica Clínica *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM)* y la bibliografía médica especializada.

44. Asimismo, refiere el especialista de la CNDH, que la “inducción del trabajo de parto” es la iniciación del trabajo de parto antes de que comience de manera espontánea la expulsión de la unidad fetoplacentaria; a su vez, la “conducción del trabajo de parto” es la intervención médica para regularizar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas mediante el uso de *oxitocina*, con el propósito de completar el trabajo de parto, debiendo tomarse en cuenta las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop¹³, por lo que, remata, un cérvix favorable nos habla de un éxito del parto vaginal cuando se requiere la inducción/conducción del trabajo de parto, siendo esto calculado con una puntuación de *Bishop* mayor de 6 puntos.

45. Como ha quedado descrito, en el presente caso se cuenta con evidencia objetiva de que una de las indicaciones realizadas por AR4 que ingresó a QV, fue el inicio de la “inducto-conducción farmacológica del trabajo de parto” a través de la administración de cinco unidades internacionales (5 UI) de *oxitocina*, omitiendo realizar previamente la valoración de las condiciones cervicales a través de la escala de *Bishop*, a efecto de prevenir una inducto-conducción fallida, como se recomienda en la Guía de Práctica Clínica antes referida y la bibliografía médica especializada.

46. Si bien es cierto que la ruptura prematura de membranas puede considerarse una indicación para la inducción del trabajo de parto, también es cierto que no es

¹³ Escala que determina de manera confiable la posibilidad de inducción del parto en base a la altura de la presentación, borramiento, consistencia, dilatación y posición cervical.

indicación absoluta ya que deberán tomarse en cuenta las condiciones maternas y fetales, la edad gestacional y el estado de cuello uterino (cérvix favorable) a través de la escala de *Bishop* ya comentada.

47. Por lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico legal que la atención médica otorgada por parte de AR4 que ingresó a QV al área de labor el día 15 de marzo de 2019, fue inadecuada a consecuencia de haber iniciado el manejo de “inducción/conducción del trabajo de parto” sin haber valorado previamente las condiciones del cérvix, tal como lo contempla las guías de práctica clínica y la bibliografía médica especializada.

48. A mayor abundamiento y en base a diversas constancias medicas integradas al expediente clínico de QV, el especialista médico de este Organismo Nacional afirma que se puede realizar de una manera indirecta el cálculo de la puntuación de Bishop que presentaba QV el día de su ingreso a labor, esto es que al alcanzar 4 puntos en la puntuación de Bishop se puede establecer que las condiciones del cérvix eran desfavorables para el éxito del parto vaginal a través de la inducto-conducción del trabajo de parto, por lo que en ese momento debió iniciarse una “maduración cervical”¹⁴

49. En resumen, Puntuación de Bishop:

- Altura: abocado/encajado nivel 0. A nivel del tercer plano de Hodge. Puntuación= 2.
- Borramiento (%): se refiere menos de 50% a su ingreso. A las 13:30 horas en el partograma se especifica 30%. Puntuación 0.
- Consistencia: firme (reportado a las 13:30 horas en el partograma). Puntuación: 0.
- Dilatación: 3 centímetros. Puntuación: 2.
- Posición: posterior. Puntuación: 0.

Total: 4 puntos.

50. Con lo antes expuesto, es posible establecer que las condiciones del cérvix de QV eran desfavorables para el éxito del parto vaginal través de la inducto-conducción del trabajo de parto, por lo que debió iniciarse una “maduración cervical”

¹⁴ es el procedimiento dirigido a facilitar el proceso de ablandamiento, borrado y dilatación del cuello uterino.

con el uso de dilatadores mecánicos del cuello del útero y la administración de prostaglandina sintética o prostaglandina E2, con el objeto de facilitar el proceso de reblandecimiento, adelgazamiento y dilatación cervical, con lo que se obtendría como resultado una reducción en la tasa de inducción fallida y la disminución del tiempo del parto.

51. De acuerdo con el punto de vista médico legal, se puede establecer que el manejo inicial brindado a QV al momento de su ingreso hospitalario al área de labor-tococirugía el día 15 de marzo de 2019, fue inadecuado para su padecimiento de *“ruptura prematura de membranas en un embarazo de término (40.2 semanas de gestación) sin trabajo de parto activo”*, ya que no se realizó la valoración de las condiciones cervicales antes de la inducción farmacológica, por lo que no se contempló la posibilidad de una maduración cervical que ayudara al éxito del parto por vía vaginal al realizar la inducto-conducción farmacológica.

52. Ahora bien, expresa el perito médico de la CNDH, en el caso de haber iniciado la oxitocina como método farmacológico de inducción del trabajo de parto, la guía de práctica clínica menciona que tanto la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas deberán ser estrechamente monitorizadas y deberá ser administrada por personal capacitado que esté familiarizado con sus efectos.

53. Y continúa enunciando que cuando se usa este fármaco para inducir el trabajo de parto, *se deberá usar la dosis mínima para desencadenar la fase activa del trabajo de parto, y aumentar en intervalos no mayores de cada 30 minutos*, haciendo énfasis de que, en este tipo de inducción del trabajo de parto, se *“...requiere monitoreo cercano de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal...”*, por lo que el tipo de vigilancia recomendada es *“...una a una...”*, es decir, un personal de salud por una mujer en inducción de trabajo de parto.

54. Es así que la siguiente valoración médica que se le realizó a QV por parte de AR3, ocurrió a las 13:10 horas, esto es 70 minutos después de su ingreso, llamando la atención lo asentado en la nota de evolución suscrita por dicha facultativa el 15 de marzo de 2019, en donde refiere que la paciente continuaba con pródromos de trabajo de parto, es decir, que aún no reportaba un avance en el trabajo de parto efectivo y ya con manejo intravenoso de oxitocina, mencionando una pobre actividad uterina y un cérvix sin cambios significativos y sospecha de dilatación

estacionaria; no obstante, no se realizó ningún cambio en el manejo establecido, pese a que aún a las 15:10 horas de esa fecha, al no reportar avances en la evolución del trabajo de parto, era posible visualizar de manera objetiva que la evolución del trabajo de parto no era normal.

55. En este punto es importante resaltar que el “partograma” es considerado como una de las herramientas más importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna, toda vez que el apego a su adecuado llenado, mediante la revisión de la contractibilidad uterina, monitorizando su frecuencia, duración e intensidad cada 30 minutos, permite una intervención temprana en un progreso lento o cese en el trabajo de parto. A su vez, una actividad uterina irregular puede ocasionar una dilatación estacionaria, es decir, una falta de progresión en las modificaciones cervicales durante 2 horas, y esto agravado aún más si la paciente ya está bajo manejo con oxitocina.

56. En esa virtud, si bien es cierto que el “partograma” utilizado no cumple con las especificaciones sugeridas por la NOM-007-SSA3-2016 y la Guía de Práctica Clínica, en el caso que nos ocupa se pueden rescatar datos que hacen evidente una distocia¹⁵ del trabajo de parto que requería ya de una atención mayor, como es el caso de la interrupción del embarazo a través de la operación cesárea.

57. Otras alternativas pueden considerarse dentro de las indicaciones de la operación cesárea establecidas en la Guía de Práctica clínica tales como la “distocia de la contracción” y la “ruptura prematura de membranas”, recomendadas como indicación para la cirugía.

58. Es así como, sin haber realizado cambios en el manejo médico, a las 17:10 horas (cinco horas con diez minutos posterior a su ingreso) se reportan los siguientes datos clínicos de importancia: *“actividad uterina intensa, tono uterino aumentado, frecuencia cardíaca fetal de 70 latidos por minuto, bradicardia severa, tacto vaginal con 4.5 centímetros de dilatación con 40% de borramiento y sangrado*

¹⁵ Complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren de maniobras especiales.

genital abundante”; emitiéndose el diagnóstico de un embarazo de 40.6 semanas de gestación, trabajo de parto efectivo (actividad uterina regular intensa), probable desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, sufrimiento fetal agudo, y ruptura prematura de membranas de 6 horas de evolución.

59. Ante el Cuadro Clínico antes descrito, se indicó suspender de manera inmediata la inducto-conducción. Se inició la administración de líquidos con solución Hartmann y hemotransfusión, programándose de inmediato la operación cesárea de forma urgente.

60. A manera de antecedente, debemos recordar que en el caso concreto existen datos objetivos de los que se puede establecer que el manejo del trabajo de parto y su inducto-conducción fue atendida de una forma inadecuada, lo que contribuyó a una distocia en su evolución sin un manejo oportuno a través de una operación cesárea y que derivó a que se presentara una “emergencia obstétrica” grave, como lo fue el “desprendimiento prematuro de placenta normoinsera”; complicación que puso en riesgo la vida tanto de QV como de V.

61. Según la Guía de Práctica Clínica *Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, una de las complicaciones de la inducción del trabajo de parto es la “hiperestimulación uterina”. Los efectos secundarios del uso de oxitocina están principalmente relacionados con la dosis; los más comunes son taquisistolia uterina y anomalía en la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia). La taquisistolia uterina puede dar lugar a “desprendimiento prematuro de placenta” o ruptura uterina.

62. A todo lo anterior, añade el perito médico de este Organismo Nacional, es prudente establecer que no existió un apego minucioso para la monitorización de la contractibilidad uterina y la frecuencia cardíaca fetal de QV, que estaba siendo manejada con oxitocina, cuando la literatura médica recomienda “*un personal de salud por una mujer en inducto-conducción de trabajo de parto*”, situación que contribuyó a que no se detectara de forma oportuna las variaciones en la contractibilidad uterina (frecuencia y tono) ni los cambios en la frecuencia cardíaca fetal, así como la presencia del sangrado transvaginal.

63. Lo anterior, tiene concordancia con lo manifestado por QV en su escrito de queja, cuando refiere: “...*me situaron en una camilla al lado de donde se encontraba*

una enfermera... dicha enfermera checaba constantemente la frecuencia cardiaca de mi bebé oscilando en 145 latidos cada registro, al mismo tiempo checaba mis signos vitales... a la 01:00 de la tarde me suministraron 5ml de oxitocina y el antibiótico... cuando se terminó el turno de la doctora y de los enfermeros, esta primera se acercó y me hizo un tacto, me comentó que no dilataba que tenía mi cérvix muy posterior que probablemente me harían cesárea... la enfermera que le tocaba entrar de nombre AR2, llegó y se salió, mientras tanto la de primer turno me volvió a checar el latido de mi bebé con el “doppler” y los signos, pero todo seguía bien, a partir de ahí, ya no se me volvió a revisar...”.

64. Describe el perito de esta Comisión Nacional que, según el mismo documento de queja, la paciente refirió en varias ocasiones, que a partir de las 16:20 horas “...no sentía los movimientos de su bebé...(sic)” y que “...traía dolores muy fuertes y estaba tirando mucha agua...(sic)”; por lo que, con ello y en base al análisis de todas las constancias médicas que integran el expediente clínico en estudio, se puede concluir la falta de apego que AR2 tuvo en la monitorización estrecha sugerida por la Guía de Práctica Clínica ya comentada.

65. Al respecto, es importante tener presente que el desprendimiento de placenta normo inserta es la separación de la placenta en forma parcial o total desde su sitio de implantación antes del parto, por lo que al presentarse dicha complicación con feto vivo y peso viable, sin parto inminente, la cesárea de urgencia será la indicada; debiendo iniciarse, además, una fluidoterapia intensiva e inmediata con sangre y soluciones cristaloides, a efecto de reponer la pérdida hemática por hemorragia retroplacentaria y extensa.

66. En este sentido, reviste especial relevancia lo manifestado por QV en su escrito de queja, al manifestar que el 15 de marzo a las 14:20 horas le expresó a AR2 que “ya no sentía movimientos de su bebé, que sentía fuertes dolores y estaba tirando mucha agua”, obteniendo como respuesta que se esperara, que ya estaba por llegar AR1, quien al arribar y expresarle QV que ya no sentía movimientos de su bebé, AR1 procedió a utilizar una trompeta con lo que corroboró la ausencia de latidos, situación que QV le expresó a AR1 que esa circunstancia ya se lo había manifestado a AR2 desde hacía 20 minutos.

67. Es así como, según lo descrito en la “hoja de operaciones” de 15 de marzo de 2019, en la intervención quirúrgica que inicio a las 17:15 horas, donde se obtuvo un *“...producto único vivo del sexo femenino con Apgar 0/2/4, con peso de 3,800 gramos...”*, además de *“...desprendimiento total y gran coágulo retroplacentario...”*, se señala que por las condiciones graves del periodo post-operatorio inmediato secundario a la pérdida sanguínea, que condicionaron un choque hipovolémico grado II, hubo necesidad de solicitarse el ingreso de QV a la Unidad de Cuidados Intensivos por el riesgo inminente de una coagulopatía, por lo que al no contar en la CH”B”/ISSSTE con dicho servicio, QV fue referida durante las primeras horas del día 16 de marzo de 2019, al tercer nivel de atención en el HGLC/ISSSTE, por lo que al carecerse de constancias médicas de la atención brindada en dicho nosocomio, la QV refiere *“...me dijeron que sería trasladada al ISSSTE ubicado en la ciudad de Chihuahua, eran aproximadamente la 01:40 de la madrugada cuando me trasladaron... estuve en toco un rato, donde me tuvieron en observación, después me tuvieron en piso donde me suministraban antibiótico y analgésico... mi recuperación era buena y me dieron de alta el domingo a las 8 de la mañana...”*

68. Por otro lado, en cuanto a la atención brindada a V, recién nacida, en el dictamen médico rendido por el especialista de este Organismo Nacional, al analizarse la “nota de identificación del recién nacido”, realizada por el servicio de Pediatría de la CH”B”/ISSSTE, la cual refiere que se recibió producto femenino con calificación de Apgar de 0-2-4, ameritando reanimación, tubo endotraqueal y manejo con ambú, colocó onfaloclísis para administración de glucosa al 10% y una dosis de adrenalina; requiriendo de manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, refiriendo que a las 20:00 horas presentó paro cardiaco que respondió a un ciclo de maniobras, así como una dosis más de adrenalina, por lo que al describirse como muy graves las condiciones generales de la recién nacida, con un pronóstico muy malo para la vida, se solicitó su traslado urgente a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HR/ICHISAL, en donde se recibió en muy malas condiciones generales, con los siguientes diagnósticos de ingreso: “Recién nacido de término femenino de 40 semanas peso adecuado para la edad gestacional; hija de madre con desprendimiento total de placenta y choque hipovolémico; asfixia perinatal severa; síndrome post-paro; hiperglucemia; riesgo de sepsis”.

69. Por todo lo anterior, el perito médico de esta CNDH concluye que, a pesar de haberle brindado el manejo intensivo apegado a las Guías de Práctica Clínica, a las

00:55 horas del día 16 de marzo de 2019 (aproximadamente 5 horas posteriores a su ingreso y 8 horas posteriores a su nacimiento), V presentó paro cardíaco irreversible, decretándose su fallecimiento y estableciendo como causas *1. Hijo de madre con desprendimiento total de placenta; 2. Hipoxia severa, y 3. Síndrome post-paro;* las cuales quedaron plasmadas en el certificado de defunción respectivo.

70. En consecuencia, del análisis de las evidencias que anteceden se determinó que AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con el ejercicio de sus funciones, al no acatar lo establecido en los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I, III y XVI, de la Ley General de Salud, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integrales, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno, certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la protección de la salud de QV.

B. Derecho a la Vida.

71. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida¹⁶. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

72. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3

¹⁶ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

73. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio¹⁷, entendiéndose con ello que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de esta.

74. Por su parte, la SCJN ha determinado que “el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”¹⁸

75. Este Organismo Nacional ha sostenido que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”¹⁹

¹⁷ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

¹⁸ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

¹⁹ No llevar otro propósito que el bien y la salud de los enfermos”, fue la base del juramento que Hipócrates les hizo hacer a sus discípulos, que llevarían a lo largo del mundo la medicina.

76. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada y negligente atención médica brindada a QV y V, por AR1, AR2, AR3 y AR4, son de obligada reproducción como el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

77. Como se precisó en el dictamen médico emitido por especialista de esta Comisión Nacional, la atención médica que AR1, AR2, AR3 y AR4 brindaron a QV y V fue inadecuada, incurriendo en negligencia al haber iniciado la inducción del trabajo de parto con oxitocina sin haber valorado previamente las condiciones del cérvix a través de la puntuación de Bishop, tal como lo establece la Guía de Práctica Clínica. Dicha negligencia favoreció a que se presentara una evolución anormal del trabajo de parto contribuyendo en el deterioro del estado de salud tanto de la madre como del producto, así como en el fallecimiento de la recién nacida.

78. De igual forma, en el dictamen médico referido se pudo establecer que AR1 y AR3 incurrieron en negligencia al dejar evolucionar el trabajo de parto cuando ya era evidente una anormalidad en su desarrollo, sin brindar la oportunidad de la interrupción del embarazo de forma temprana a través de la operación cesárea; dicha negligencia contribuyó en el deterioro de salud de QV y en el fallecimiento de V, recién nacida.

79. A este respecto, es importante destacar que una de las metas prioritarias para garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, radica en poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos²⁰

C. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

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

²⁰ Acción 3.2, Objetivos de Desarrollo Sostenible, Agenda del 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, publicado por la Organización de las Naciones Unidas.

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

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

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

83. En el párrafo 90, de la precitada Recomendación se establecieron dos modalidades de la violencia obstétrica: a) la física, se configura cuando “se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”; y b) la psicológica se presenta cuando el trato a la paciente es “(...) deshumanizado, grosero (...) cuando la mujer va a pedir asesoramiento, requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica (...)”.

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

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

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

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

88. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que “(...) el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...)”.

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

90. Respecto de los hechos que constituyeron violación obstétrica, se advierte que AR4, quien ingresó a QV al área de labor Tococirugía el día 15 de marzo de 2019, incurrió en negligencia al haber iniciado la inducción del trabajo de parto con oxitocina sin haber valorado previamente las condiciones del cérvix a través de la puntuación de Bishop, tal como lo establece la Guías de Práctica Clínica, manejo que resulta inadecuado para el padecimiento de “*ruptura prematura de membranas en un embarazo de término, sin trabajo de parto activo*”; dicha negligencia favoreció a que se presentara una evolución anormal del trabajo de parto, contribuyendo en el deterioro del estado de salud tanto de QV, como de V.

91. Por otro lado, AR1 y AR3, que tuvieron a su cargo el control prenatal de V1, incurrieron en negligencia al dejar evolucionar el trabajo de parto cuando ya era evidente una anomalía en su desarrollo, sin brindar la oportunidad de la interrupción del embarazo de forma temprana a través de la operación cesárea, dicha negligencia contribuyó en el deterioro de salud de QV y de V, así como, al fallecimiento de la recién nacida.

92. Por otro lado, AR2 y demás personal de enfermería adscrito al servicio de Tococirugía-Labor, turno vespertino, encargado de brindar la vigilancia estrecha a QV durante la inducción del trabajo de parto, incurrió en negligencia al no tener el apego personalizado y continuo de las condiciones de la paciente en cuanto a la contractibilidad uterina (frecuencia, duración y tono) y frecuencia cardíaca fetal tal como lo establece las Guías de Práctica Clínica *Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención y Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*, resultando que dicha negligencia contribuyó a una distocia en su evolución al no haber un manejo oportuno a través de una operación cesárea, lo que favoreció a que pasara inadvertido el momento exacto del inicio de la complicación, deteriorando el estado de salud de QV y de V; contribuyendo en el fallecimiento de V.

93. En consecuencia, AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico a cargo del control prenatal de QV, contravinieron los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, por los que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia, así como la supracitada Guía de Práctica Clínica *Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención, y Vigilancia y Manejo del Trabajo de parto en Embarazo de Bajo Riesgo*, en la que se establece que durante el trabajo de parto se debe proporcionar a la paciente un apego minucioso en la monitorización de la contractibilidad uterina y la frecuencia cardíaca fetal, así como atender su bienestar físico y emocional partiendo siempre del respeto a sus derechos humanos y al no hacerlo vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de QV, lo que trajo aparejado el fallecimiento V.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud.

94. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

95. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.²¹

96. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*²²

97. Por otra parte, se debe *considerar* que, la NOM-004-SSA3-2012 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.”*

98. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*²³

²¹ CNDH. Recomendación 23/2020 párr 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

²² Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

²³ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

99. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁴

100. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-004-SSA3-2012, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras la, 21/2019, 26/2019, 23/2020, 35/2020, 42/2020, 43/2020, 44/2020, 45/2020, 52/2020, 1/2021, 5/2021, 70/2022, 77/2022, 85/2022, 91/2022 y 100/2022.

101. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de QV en la CH"B"/ISSSTE, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la citada Norma Oficial Mexicana, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

²⁴ CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

102. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se concluyó que existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012 *Del expediente clínico*, (numerales 7, 7.1, 8, 9.) en la CH”B”/ISSSTE, debido a que en diversas notas médicas se omitió la realización de nota de evolución y nota de egreso, no asentaron en las notas médicas el nombre completo y firma del médico que las elaboró, algunas de ellas ilegibles, así como uso excesivo de abreviaturas.

103. La idónea integración del expediente clínico de QV y V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, 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.

104. Asimismo, el especialista en medicina legal de este Organismo Autónomo determinó que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado incurrió en responsabilidad institucional por inobservancia a la NOM-007-SSA3-2016, debido a que en la CH”B”/ISSSTE, no se llevó a cabo la herramienta del “partograma”, tal como lo especifica dicha normatividad.

E. Principio de interés superior de la niñez.

105. El principio del interés superior de la niñez está reconocido en el artículo 4º, párrafo noveno, de la Constitución Federal, que establece: “En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez [...] Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.” Asimismo, el artículo 18 de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, ordena: “En 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.” Ello también lo prevé la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 3, párrafo 1.

106. Por cuanto hace a la CrIDH, en su jurisprudencia ha definido el contenido y los alcances de las obligaciones que han asumido los Estados Parte cuando se

analizan los derechos de las niñas y los niños²⁵. Al respecto, los niños y las niñas son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana, “además de contar con las medidas especiales de protección contempladas en su artículo 19, las cuales deben ser definidas según las circunstancias particulares de cada caso concreto”. La adopción de medidas especiales para la protección de la niñez corresponde tanto al Estado como a la familia, la comunidad y la sociedad a la que pertenece.

107. Es así como en el presente caso, V, menor recién nacida, fue privada de su derecho a la protección de la salud al más alto nivel posible, como lo establecen las normas legales e instrumentos internacionales invocados en el presente documento, por la negligencia e inadecuada atención médica imputable a servidores públicos de la CH”B”/ISSSTE donde QV fue atendida ginecobstétricamente deficientemente, lo que conllevó al fallecimiento de V.

108. De igual forma, la protección al principio del interés superior de la niñez se encuentra contemplada en diversos instrumentos internacionales, como en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y 43 y 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

109. 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.

110. 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, señala en su párrafo 10: *El artículo 6 [de la Convención de los derechos del niño] se refiere al derecho intrínseco del niño 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. 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.*

²⁵ CrIDH. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 194, y Caso Fomerón e hija Vs. Argentina, Sentencia de 27 de abril de 2012 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 44.

F. Responsabilidad.

F1. Responsabilidad de las personas servidores públicos:

111. Tal y como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la actuación del personal médico de la CH"B"/ISSSTE fue omisa en proporcionar a QV la atención médica oportuna y adecuada que permitiera prevenir las complicaciones que desencadenaron con la muerte de V, incumpliendo con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica y en la NOM-007-SSA3-2016.

112. La responsabilidad *generada* con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, perpetradas por el personal médico, ya analizadas y evidenciadas en este documento, corresponde inicialmente a AR4, que valoró a QV a su ingreso a la CH"B"/ISSSTE el 15 de marzo de 2019, al incurrir en negligencia por haber iniciado la inducción del trabajo de parto con *oxitocina*, sin haber valorado previamente las condiciones del cérvix a través de la puntuación de Bishop; dicha negligencia favoreció la evolución anormal del trabajo de parto y contribuyó en detrimento del estado de salud tanto de QV como de V, lo que provocó el posterior fallecimiento de este último.

113. Por otro lado, la actuación de AR1 y AR3 fue omisa y negligente al permitir progresar el trabajo de parto cuando ya era evidente una anormalidad en su desarrollo, sin brindar la oportunidad de la interrupción del embarazo de forma temprana a través de la operación cesárea.

114. Finalmente, la negligente actuación de AR3 y demás personal de enfermería, encargado de brindar la vigilancia estrecha a QV durante la inducción del trabajo de parto, al omitir un apego personalizado y continuo de las condiciones de la paciente en cuanto a la contractibilidad uterina, propició que pasara inadvertido el momento exacto del inicio de la complicación, deteriorando el estado de salud de QV y de V, lo que desembocó en el fallecimiento de V.

115. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad,

profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

116. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6°, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y demás personal que resulte responsable en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en esta Recomendación.

F2. Responsabilidad institucional.

117. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

118. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe

realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

119. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

120. De igual forma, de conformidad con lo previsto en los artículos 3, fracción V, 10, fracción II, y demás relativos del Reglamento de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se establece que el Instituto será responsable por el daño físico que afecte la salud del derechohabiente, imputables a los servidores públicos que laboran en las Unidades Médicas por deficiencia en la prestación de la atención médica, entendiéndose por deficiencia la omisión o actuación irregular del personal del ISSSTE, vinculado con la prestación del seguro de salud, que genere daño o afectación a la salud o a la persona requirente de dichos servicios, contraviniendo los procedimientos técnicos médicos establecidos en la normativa relativa al otorgamiento del seguro de salud, de conformidad con la normativa aplicable.

121. Aunado a que el expediente clínico de la CH”B”/ISSSTE no cuenta con la formalidad necesaria en su integración, así como la falta de notas de evolución, diversas notas que carecen de nombre completo del médico que elabora, fecha y hora, conforme a lo previsto en la NOM-004-SSA3-2012.

122. Asimismo, el ISSSTE incurrió en responsabilidad institucional por inobservancia a la NOM-007-SSA3-2016, debido a que en la CH”B”/ISSSTE no se llevó a cabo la herramienta del “Partograma”, tal como lo especifica dicha normatividad.

G. Reparación Integral del Daño.

123. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional,

consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas 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.

124. 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 demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida y al interés superior de la niñez, en agravio de QV y V menor recién nacida, por inadecuada atención médica y acceso a la información en materia de salud, este Organismo Nacional les reconoce a QV y a VI su calidad de víctimas directa e indirecta de V, por los hechos que originaron el presente expediente; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a QV y VI en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

125. 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” de las 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, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

126. Asimismo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV y VI para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal del ISSSTE, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

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

128. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el ISSSTE deberá proporcionar atención médica, psicológica y tanatológica a QV y VI por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado.

129. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación.

130. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia".²⁶

131. La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, así como, por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos de conformidad con lo indicado en la fracción III del artículo 27 y del 64 de la Ley General de Víctimas.

132. Para tal efecto, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV y VI por la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de satisfacción.

133. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73 de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

134 En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores

²⁶ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

del Estado colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control de ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

135. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

136. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas; y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.

137. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del ISSSTE implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo de la CH"B"/ISSSTE, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual manera, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

138. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del ISSSTE en Chihuahua, particularmente de la CH"B"/ISSSTE, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise a la CH"B"/ISSSTE durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten.

Una vez hecho lo anterior se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

139. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del ISSSTE, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a QV, V1 y V, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritos y acreditados en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño ocasionado a QV y VI, que incluya una compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención médica, psicológica y tanatológica que requieran QV y VI por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerles de los medicamentos convenientes a su situación. En ambos casos, la atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con el OIC del ISSSTE en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en

materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación a todo el personal médico del área de ginecología de la CH"B"/ISSSTE, así como a AR1, AR2, AR3 y AR4, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del ISSSTE en Chihuahua, particularmente de la CH"B"/ISSSTE, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y se dé cumplimiento a la norma NOM-004-SSA3-2012 con objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

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

140. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

141. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

142. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

143. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, éstos 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 de los Derechos humanos, este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA