

RECOMENDACIÓN No.

242/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, LA VIDA POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V, RECIEN NACIDO; ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, QV1 Y QV2, EN LA CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 51 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN GÓMEZ PALACIO, DURANGO.

Ciudad de México, a 16 de diciembre de 2022

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/PRESI/2019/10356/Q**, relacionado con el caso de V.

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 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero 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, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, 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 las distintas personas involucradas en los hechos, son las siguientes:

Denominaciones	Claves
Quejosa/víctima	QV
Víctima directa	V
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	SP

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

NOMBRE	CLAVE
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Gómez Palacio, Durango.	HGZ/MF # 51

NOMBRE	CLAVE
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
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-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	NOM-197-SSA1-2000

I. HECHOS

5. El 19 de noviembre de 2018, a las 9:40 horas QV1 acudió en compañía de QV2 al HGZ/MF # 51 por presentar sangrado vaginal y tener 41 semanas de embarazo, lugar donde una enfermera después de empezar a prepararla para labor de parto, le señaló que era probable que se le realizara una cesárea, ya que en el ultrasonido la ginecóloga se había percatado que V traía enredado el cordón umbilical, información que fue corroborada por el especialista.

6. Sin embargo, al haber cambio de turno cambiaron de médico, AR1 adscrito al Servicio de Ginecología indicó que no era posible llevar a cabo la operación, ya que el aparato para realizar un ultrasonido no servía, indicándole que ya había indicaciones por la ginecóloga que V nacería por cesárea, a lo que respondió que “no le interesaba y se haría lo que AR1 indicara”, pese a lo anterior, AR1 programó un ultrasonido para el día siguiente a las 10:00 horas.

7. A las 22:00 horas del 19 de noviembre de 2018, a QV1 se le reventó la fuente, siendo hasta las 06:30 horas del día siguiente cuando el médico tratante la atendió, ingresándola a quirófano sin haberle realizado el estudio solicitado.

8. Posteriormente, nació V, pero le indicaron que presentaba problemas de salud en sus pulmones y después de hablar con el pediatra le comentó que su estado era grave porque se había pasado el tiempo del parto y eso había provocado que ingiriera meconio, por lo que tenía pocas probabilidades de vida y después de unas horas se les informó que había fallecido.

9. Por lo anterior, el 29 de octubre de 2019, QV1 y QV2 presentaron queja ante este Organismo Nacional, donde se radicó el expediente **CNDH/PRESI/2019/10356/Q**. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se obtuvo el resumen y el expediente clínico y demás información relacionada con la atención médica proporcionada a QV1 y V, que remitió la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. El escrito de queja de 29 de octubre del 2019, presentado por QV1 y QV2 ante este Organismo Nacional, mediante el cual señaló las circunstancias de tiempo, modo y lugar de los hechos motivo de su inconformidad sobre la atención médica que recibió QV1 y V por parte de servidores públicos del IMSS.

11. Certificado de nacimiento de V, de 20 de noviembre de 2018, suscrito por SP6, en el que asentó en el apartado de anomalías congénitas, enfermedades o lesiones del nacido vivo en donde no se señaló nada.

12. Oficio número 095217614C21/0443, de 12 de febrero de 2020, signado por la jefa de Área de la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS, al cual se adjuntó el expediente clínico completo sobre la atención médica brindada a QV1 y V en el HGZ/MF # 51, del que destacan las constancias siguientes:

12.1 Hoja de vigilancia y atención del parto, de fecha 13 de noviembre de 2018, elaborada por la SP1, a las 11:00 horas en la que se establece que se citó a QV1 en 8 horas y se dan datos de alarma.

12.2. Hoja de evolución del parto o legrado del 16 de noviembre de 2018, realizado por SP2, en donde se señalaron como antecedentes que tenía una cesárea previa que le fue realizada en el 2011 por sufrimiento fetal agudo.

12.3. Valoración de TocoQX del 19 de noviembre de 2018, a las 10:45 horas, en donde se reportó que QV1 no tenía trabajo de parto activo y circular a cuello aparentemente doble, elaborado por SP1.

12.4. Notas médicas y prescripción del 19 de noviembre de 2018, elaborado por SP1, en donde indicó su ingreso al servicio y precisó que sin criterios para inducción de parto natural debido a que no presentaba trabajo de parto.

12.5. Notas médicas y prescripción del 19 de noviembre de 2018, elaborada por SP3, con los diagnósticos de embarazo de 41 semanas por ultrasonido, sin trabajo de parto, Bishop desfavorable y cesárea previa no reciente.

12.6. Historia Clínica General sin fecha ni hora, elaborado por SP3 y SP10, en donde se reiteró como resolución del embarazo cesárea.

12.7. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica del 19 de noviembre de 2018, elaborado por SP1.

12.8. Resultados de laboratorio realizados a QV1 el 19 de noviembre de 2018, los cuales se encontraron dentro de los parámetros normales.

12.9. Notas médicas y prescripción del 19 de noviembre de 2018, a las 14:20 horas elaborado por SP3, en donde señaló que se presentaron dos cesáreas urgentes y 1 parto y solo había un quirófano.

12.10. Nota de evolución de tococirugía del 19 de noviembre de 2018, a las 14:30 horas, elaborado por SP4, en donde señaló que QV1 se encontraba estable en espera de tiempo quirúrgico.

12.11. Nota de evolución de tococirugía del 19 de noviembre de 2018, a las 20:30 horas, elaborado por SP4, en donde señaló que no fue posible pasar a cesárea a QV1 ya que se presentó una urgencia quirúrgica de cirugía.

12.12. Vigilancia y atención del parto del 19 de noviembre de 2018, a las 20:30 horas, elaborado por AR1, en los cuales integró el diagnóstico de embarazo de 41 semanas de gestación sin trabajo de parto e indicó como plan vigilancia obstétrica y fetal.

12.13. Notas médicas y prescripción, de la evolución nocturna del 19 de noviembre de 2018, a las 21:00 horas elaborado por AR1, en el que estableció

que por no presentar emergencia/urgencia obstétrica y no contar con los elementos pertinentes por parte del servicio de imagenología pertinentes que justifiquen diagnóstico, se deja en vigilancia obstétrica fetal.

12.14. Trabajo de parto 19 y 20 de noviembre de 2018, elaborado por AR1, en donde reportó que QV1 contaba con pelvis “suficiente”, es decir que podía permitir el paso del producto de la concepción durante el nacimiento (parto natural).

12.15. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 19 y 20 de noviembre de 2022, el nombre del personal de enfermería se encuentra ilegible.

13.16. Nota postparto del 20 de noviembre de 2018, a las 08:30 horas, elaborada por AR1, SP6 y SP5, en donde se señaló que QV1 había progresado en el trabajo de parto y se había iniciado el periodo expulsivo.

12.17. Servicio de Ginecología, procedimiento, vigilancia del puerperio inmediato, del 20 de noviembre de 2018, a las 07:24 horas, elaborado por SP6 en donde estableció que QV1 cursó puerperio inmediato con adecuada evolución e involución uterina.

12.18. Nota de indicaciones postparto del 20 de noviembre de 2018, a las 08:30 horas, elaborada por el AR1, SP6 y el SP5.

12.19. Nota de evolución turno vespertino del 20 de noviembre de 2018, a las 14:00 horas, elaborado por SP2, en donde indicó bajar a QV1 a exploración por dolor.

12.20. Nota de evolución turno vespertino del 20 de noviembre de 2018, a las 22:30 horas, con el nombre del médico ilegible y SP11, en la cual se señaló que se valoró la episiorrafia encontrándola íntegra en su totalidad, no otras lesiones.

12.21. Nota de Evolución de Ginecología y Obstetricia del 21 de noviembre de 2018, a las 07:30 horas, elaborado por AR2, en donde QV1 fue reportada estable y con pronóstico ligado a evolución e indicó el alta.

12.22. Hoja de la atención neonatal en la Unidad de Tocoquirúrgica del 20 de noviembre de 2018, a las 07:35 horas, elaborado por el SP12 y SP13, en la cual se estableció el diagnóstico de recién nacida femenina eutrófica, síndrome de aspiración de meconio, apnea primaria recuperada y asfixia perinatal.

12.23. Notas médicas y prescripción del 20 de noviembre de 2018, a las 10:30 horas, elaborado por el SP13, en el que reportó a V con gravedad extrema y pronóstico reservado.

12.24. ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 12:00 horas elaborado por el SP13, en donde se reportó a V que continuaba en malas condiciones.

12.25. ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 12:25 horas elaborado por el SP13, en donde se indicó a V con mal pronóstico a corto-mediano plazo.

12.26. ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 14:00 horas elaborado por el SP13, en donde reportó que cambió la cánula de V.

12.27. Nota de evolución vespertina del 20 de noviembre de 2018, a las 15:20 horas, elaborada por la SP7, en donde reportó a V muy grave, con mal pronóstico a corto plazo.

12.28. ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 16:30 horas elaborado por la SP7, donde reportó que V presentó extubación accidental.

12.29. ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 17:30 horas elaborado por la SP7, en la que reportó a V con deterioro respiratorio.

12.30. ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 18:30 horas elaborado por la SP7 reportando a V gasométricamente con acidosis mixta.

12.31. Notas médicas y prescripción, ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 19:50 horas, elaborado por la SP7, indicó que el carro rojo (carro de paro o de reanimación), se mantuviera en su aislado.

12.32. Notas médicas y prescripción, ADD del 20 de noviembre de 2018, a las 20:35 horas, elaborado por la SP7, en la cual señaló que V presentó nuevo evento de paro cardíaco.

12.33. Evolución nocturna del 20 de noviembre de 2018, a las 20:50 horas elaborado por el SP8, donde reportó a V como fallecida.

12.34. Certificado de Defunción de V del 20 de noviembre de 2018, a las 20:35 horas, elaborado por el SP8.

12.35. Ultrasonido diagnóstico del 2 de abril de 2018, sin hora elaborado por el SP9.

13. Opinión médica del 26 de mayo de 2019, emitida por especialistas de este Organismo Nacional sobre la atención médica otorgada a QV1, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V posterior a su nacimiento por personal médico del HGZ/MF # 51 fue inadecuada.

14. Acta circunstanciada de gestión telefónica realizada con el representante legal de QV1 y QV2, de fecha 18 de marzo de 2020, mediante el cual señaló que el 24 de octubre de 2019 presentaron queja médica ante el IMSS y estaban en espera de la resolución correspondiente, y que no había presentado denuncia penal.

15. Oficio número 095217614C21/232 del 26 de mayo de 2021, suscrito por la Titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual informa a este Organismo Nacional que QV1 y QV2 promovieron recurso de Responsabilidad Patrimonial del Estado, el cual fue desechado porque el recurso fue interpuesto en copia fotostática, en ese contexto la Jefa del Departamento Contencioso del Órgano de Operación administrativa, comunicó que QV1 y QV2 promovieron demanda en contra de la supuesta negativa ficta recaída al Recurso de Responsabilidad 1, promovido ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa.

16. Acta circunstanciada de gestión telefónica realizada con el representante legal de QV1 y QV2, de fecha 18 de noviembre de 2022, mediante el cual señaló que no presentaron denuncia penal ante la Fiscalía General de la República y la queja médica se resolvió como improcedente.

17. Acta circunstanciada de gestión telefónica realizada con el representante legal de QV1 y QV2, de fecha 12 de diciembre de 2022, mediante el cual señaló que la demanda que presentaron ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa, se encuentra en desahogo de pruebas y la última audiencia que se llevó a cabo fue el 7 de septiembre del presente año.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. El 29 de octubre de 2019, QV1 y QV2 interpusieron queja ante este Organismo Nacional, en la que manifestaron negligencia médica cometida en su agravio y en el de V, atribuibles a personal del IMSS en Gómez Palacio, Durango.

19. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que permita acreditar que se hubiese iniciado carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, ni la existencia de algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social con los hechos materia de la queja.

20. Actualmente se encuentra en trámite el Recurso de Responsabilidad 1, promovido ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa, sin que a la fecha se tenga alguna resolución del mismo.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2019/10356/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 y al interés superior de la niñez, por inadecuada atención médica y acceso a la información en materia de salud, en agravio de QV1 y V, y de manera indirecta en agravio de QV2, atribuibles a personal médico del HGZ/MF # 51, en razón de las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

22. El artículo 4º, párrafo cuarto constitucional 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”¹.

23. Es atinente la jurisprudencia administrativa denominada “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”²

¹ Ley General de Salud, artículo 1º Bis.

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

24. El comité de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas emitió la Observación General 15, sobre “El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, previsto en el artículo 24, párrafo 1, de la Convención de los Derechos del Niño en el que reconoció que: “La noción de ‘más alto nivel posible de salud’ tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas previas del niño (...) los derechos se refieren al acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud (...)”³.

25. Esta Comisión Nacional ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema 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.⁴

26. El comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud “como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”⁵.

³ Párrafos 23 y 24.

⁴ Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, párrafos 23 y 24, Recomendación 38/2016 “Sobre el caso de violencia obstétrica y violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2 y a la vida de V2, en el Hospital General de Zona número 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Uruapan, Michoacán”, párrafo 21.

⁵ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

27. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconoce que “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”; así como que los Estados partes “se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de la salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”.

28. Los artículos 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracción V de la Ley General de Salud; 8º, fracciones I y II; 9º y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 10.3, 12.1, 12.2, inciso a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en términos generales prevén el derecho a la protección de la salud.

29. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advierte que personal médico y de enfermería del HGZ/MF # 51, omitieron brindar atención y vigilancia a QV1, derivado de su calidad de garantes que les otorgan las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en

concordancia con el párrafo segundo del artículo 43 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que se tradujo en una violación al derecho a la protección de la salud, como se estableció en la opinión médica del 26 de mayo de 2019, emitida por médicos de este Organismo Nacional en la que se concluyó que la atención médica brindada a V posterior a su nacimiento por personal médico del HGZ/MF # 51, fue inadecuada; lo anterior a continuación se analizará.

A.1 VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE QV1 POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 51 DEL IMSS EN GÓMEZ PALACIO, DURANGO

30. El 13 de noviembre de 2018 a las 11:00 horas, QV1 acudió al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia del citado nosocomio, debido a la presencia de cólico, reportándola SP1 con antecedentes de gesta 3 (embarazos), ningún parto, 1 aborto, 1 cesárea, signos vitales dentro de la normalidad, durante la valoración con amenorrea de 40 semanas, sin edema ni hemorragia, presencia de dolor, una contracción uterina en 10 minutos, tono uterino normal, membranas íntegras, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, al tacto vaginal con cuello uterino central, blando de 3 centímetros de longitud, ultrasonido con PUV (profundo único vivo) índice de líquido amniótico normal, placenta grado II, datos con los que la SP1 integró los diagnósticos de “Embarazo de 40 semanas de gestación con trabajo de parto inicial”, e indicó como plan citó en 8 horas y se dan datos de alarma a toco QX inmediatamente.

31. Por segunda ocasión, el 16 de noviembre de 2018 a las 18:17 horas, QV1 fue valorada por SP2 del servicio de Tococirugía por edad gestacional, encontrándola con los antecedentes ya conocidos y agregó que la cesárea previa le fue realizada en el 2011 por sufrimiento fetal agudo, el ultrasonido del 20 de agosto de 2018, con 28 semanas de gestación y extrapolado con 40 semanas, con dinámica fetal conservada, sin datos de vasoespasmo, signos vitales normales, frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto al tacto vaginal tarnier negativo, agregando la ginecóloga que el ultra sonograma era de mala calidad, no funciona sonda jefatura, integrando en los hallazgos clínicos y de gabinete, los diagnósticos de embarazo de 40.2 semanas de gestación y trabajo de parto fase latente e indicó nueva valoración en 48 horas y cita abierta a urgencias.

32. Nuevamente el día 19 de noviembre de 2018, a las 10:45 horas (tercera ocasión) QV1 fue valorada en la Unidad de Toco Cirugía por la ginecóloga SP1, quien la reportó con antecedentes ya conocidos, signos vitales dentro de parámetros normales a la exploración física dirigida actividad uterina irregular, movilidad fetal, abdomen con útero gestante, frecuencia cardiaca fetal 140 por minuto. Al tacto cérvix formado, cerrado amnios íntegro, miembros pélvicos normales, ultrasonido PUV (producto único vivo), FCF (frecuencia cardiaca fetal) 140x ILA (índice de líquido amniótico), placenta grado II circular cuello aparentemente doble, datos con los que integró los diagnósticos de embarazo de 41 semanas de gestación, cesárea previa, Bishop no favorable (índice empleado para determinar si las condiciones de la futura mamá con embarazo a término son favorables para iniciar estimulación al parto natural), sin trabajo de parto activo y circular a cuello aparentemente doble, motivo por el cual indicó resolución del embarazo mediante cesárea.

33. Además, inició el llenado del partograma, señaló que QV1 deseaba como método de planificación familiar el DIU (dispositivo intrauterino) e indicó su ingreso al servicio, con indicación adecuada de ayuno, cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, soluciones intravenosas, estudios de laboratorio (biometría hemática, tiempos de coagulación y grupo sanguíneo), vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y pasar a sala quirúrgica al solicitarlo.

34. Lo anterior, en opinión de personal de este Organismo Nacional fue un manejo médico adecuado, otorgado por SP1 al tratarse de una paciente multigesta (tercer embarazo), con embarazo de término normo evolutivo (41 semanas de gestación), sin criterios para inducción de parto natural debido a que no presentaba trabajo de parto en ese momento, con antecedente de cesárea previa secundaria a sufrimiento fetal, hallazgos ultrasonográficos sugestivos de “circular a cuello aparentemente doble”, siendo estas contra indicaciones para someter a la paciente a parto, por lo que la SP1 indicó correcta y oportunamente su hospitalización, programó la interrupción del embarazo por vía abdominal mediante cesárea en cuanto se contara con espacio físico para ello e indicó manejo preoperatorio, con la finalidad de disminuir de esta forma la morbimortalidad neonatal y posibles complicaciones.

35. Tal y como fue indicado QV1 ingresó a las 11:00 horas a la Unidad de Toco Quirúrgica, donde fue recibida por SP3, con los diagnósticos de femenino de 28 años con embarazo de 41 semanas por ultrasonido, sin trabajo de parto, Bishop desfavorable y cesárea previa no reciente, asintomática, signos vitales normales, afebril, sin sangrado vaginal, vasoespasmo o colporrea, a la exploración física consciente, orientada, reactiva, activa, con buen estado hídrico y coloración, cardio pulmonar sin datos patológicos, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, tacto vaginal diferido por datos previos, resto sin datos patológicos, señaló que no

se contaba con formatos de consentimiento informado en ese momento, indicó como resolución del embarazo cesárea, solicitó estudios de laboratorio y hemoderivados (paquete globular), además se realizó la historia clínica general correspondiente.

36. Reiterando de forma correcta SP3 que la resolución del embarazo sería mediante cesárea, continuando con vigilancia materno-fetal, según lo indica la Guía de Práctica clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea en México, del Consejo de Salubridad General (en caso de programar una cesárea pedir una segunda opinión).

37. Posteriormente, se llevó a cabo el llenado de los formatos para autorización del procedimiento quirúrgico (cesárea) y colocación del DIU como método de planificación familiar, también se recabaron los estudios de laboratorio, cuyos resultados se encontraron dentro de parámetros normales completándose de esta forma el protocolo prequirúrgico.

38. Debido a que, durante el turno matutino según lo reportó la SP3, se presentaron dos cesáreas urgentes y 1 parto en sala de expulsión, quedó pendiente el procedimiento quirúrgico (cesárea) de QV1, entregando a las 14:20 horas médico vespertino binomio materno-fetal estable y sin actividad uterina, agregando la SP3 que al tratarse de día festivo había un solo quirófano y se habilitó una sala para procedimientos urgentes.

39. Más tarde, la SP4 del turno vespertino, reportó a QV1 con signos vitales dentro de parámetros normales, con actividad uterina irregular, presencia de motilidad fetal, sin pérdidas transvaginales ni datos de vasoespasmo, a la exploración física dirigida abdomen globoso por útero gestante, altura de fondo

uterino 34 centímetros, producto único vivo intrauterino, cefálico longitudinal, dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minuto, tacto vaginal cérvix posterior, orificio cervical externo (OCE) dehiscente y sin borramiento, señaló que QV1 se encontraba estable “en espera de tiempo quirúrgico”, pero se pasará en primer tiempo a otra paciente con abdomen agudo y posteriormente si no se presentan urgencias a ella, continuando con la indicación de pasar a cesárea al solicitarse y mientras tanto vigilar la frecuencia cardiaca fetal.

40. Sin embargo, a las 20:30 horas, la SP4 refirió que no fue posible pasar a QV1 cesárea ya que se presentó urgencia quirúrgica de cirugía y no se contó con tiempo qx quirúrgico, encontrándose en ese momento estable y con frecuencia cardiaca fetal normal, situación que fue notificada al familiar responsable.

41. Ese mismo día 19 de noviembre de 2018, a las 20:30 horas, el AR1 (del turno nocturno) encontró a QV1 “sin trabajo de parto con buena movilidad fetal, frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minuto, producto cefálico abocado pelvis ginecoide útil para parto vaginal, realizó prueba sin estrés (o cardiotocografía, procedimiento que se utiliza para evaluar la salud y el bienestar del bebe, verificando la frecuencia cardiaca fetal mientras descansa y cuando está en movimiento), la cual se reportó reactiva sin desaceleraciones variabilidad latido-latido-normal”, datos con los cuales integró el diagnóstico de embarazo de 41 semanas de gestación sin trabajo de parto e indicó como plan de vigilancia obstétrica y fetal.

42. AR1 omitió considerar los antecedentes de QV1, el tiempo de hospitalización (alrededor de 10 horas) y sobre todo la indicación de tres médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia (SP1, SP3 y SP4), quienes indicaron ese mismo día interrupción del embarazo vía abdominal mediante cesárea, por cursar con embarazo de término, cesárea previa y doble circular de cordón a cuello, datos que desestimó AR1, incumpliendo con lo señalado en la Ley General de Salud en

materia de prestación de servicios de atención médica, en sus artículos 6, 27, 32 y 33, así como el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en sus artículos 9 y 48 y con la Guía de Práctica Clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea México, del Consejo de Salubridad General; condicionando de forma directa con dichas omisiones, aumento de la morbilidad materno-fetal y complicaciones derivadas.

43. A las 21:00 horas el mismo AR1 reportó a QV1 con los diagnósticos de embarazo de 40.5 semanas de gestación por ultrasonido, sin trabajo de parto a descartar circular de cordón a cuello, signos vitales dentro de la normalidad, con buena motilidad fetal⁶, sin datos de vasoespasmo⁷, ni sobre agregados, buen estado general, útero gestante sin actividad regular, feto único vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos por minuto, tacto vaginal con cérvix posterior reblandecido cerrado, producto cefálico abocado, sin pérdidas vaginales, pelvis ginecoide⁸.

44. Refirió AR1 que no contaba con ultrasonido del servicio de imagenología que confirme/descarte circular de cordón a cuello, sin que presentara trabajo de parto, con registro cardiotocográfico sin alteraciones, motivo por el cual estableció que “por no presentar emergencia/urgencia obstétrica y no contar con los elementos pertinentes por parte del servicio de imagenología pertinentes que justifiquen diagnóstico”, la dejó en vigilancia obstétrica fetal y solicitó un nuevo ultrasonido obstétrico.

45. En la Opinión Médica de personal de este Organismo Nacional, el manejo médico otorgado por el AR1 fue inadecuado, debido a que omitió corroborar o

⁶ Contar los movimientos fetales es una manera de verificar la salud del bebé (**feto**) que está en gestación en una mujer.

⁷ Esto ocurre cuando hay un espasmo en los vasos sanguíneos y, por lo tanto, no fluye la suficiente sangre al seno.

⁸ Es el tipo de pelvis que se considera más apto para el trabajo de parto.

descartar el circular de cordón a cuello reportado por tres médicos en los turnos previos, ya que como él mismo señaló no se contaba en ese momento con servicio de imagenología disponible, por lo que debió de indicar el traslado de QV1 a otra unidad médica con mayor capacidad resolutive para realización del estudio y/o valoración de la interrupción del embarazo mediante cesárea, ya que desestimó la opinión médica y lo citado en el expediente clínico de la paciente, limitándose únicamente a solicitar un nuevo ultrasonido, pero no indicó la fecha ni la hora en la que se llevaría a cabo tal estudio.

46. Se cuenta con registro del trabajo de parto (partograma) desde el ingreso de la paciente a ese centro hospitalario (19 de noviembre de 2018 a las 10:45 horas), del cual posterior a su análisis, se extrajeron únicamente los datos de importancia para el caso que nos ocupa, como lo es que el AR1 recibió a la paciente, el 19 de noviembre de 2018 a las 20:30 horas, y hasta el término de ese día QV1 cursó con datos de trabajo de parto latente, ya que no mostró modificaciones cervicales ni contracciones que así lo indicaran, con aparente bienestar fetal de acuerdo a los valores reportados de la frecuencia cardiaca fetal (valores normales de 120 a 160 latidos por minuto), además estableció que QV1 con pelvis suficiente, es decir, que podía permitir el paso del producto de la concepción durante el nacimiento (parto natural).

47. Situación que fue contraria a lo reportado por los médicos que la valoraron en los turnos previos (matutino y vespertino), ya que establecieron un índice de Bishop no favorable; toda vez que las condiciones de la futura mamá con embarazo a término no eran favorables para iniciar estimulación al parto natural, omitiendo el AR1 realizar una exploración física y pélvica adecuada para normar la conducta y establecer la vía de nacimiento.

48. Posteriormente, continuó con el registro del trabajo de parto, durante las primeras dos horas del día 20 de noviembre de 2018, según lo documentó el AR1, QV1 presentó ruptura de membranas con salida de líquido amniótico claro, omitiendo registrar el progreso de las modificaciones cervicales (dilatación cervical), el descenso de la presentación (producto del embarazo), mediante tacto vaginal para identificar oportunamente alteraciones en el trabajo de parto y compromiso fetal, asimismo no se puede establecer en qué momento QV1 inició con trabajo de parto activo debido a las omisiones citadas.

49. También se reportó que a las 07:00 horas de ese día, QV1 completó la dilatación (10 cm) y el borramiento (100%) uterinos, es decir, que había progresado el trabajo de parto, iniciando el periodo expulsivo; asimismo las contracciones uterinas para ser útiles deben presentarse de cuatro a cinco en diez minutos, siendo en el caso en particular que se registraron solo tres durante este periodo; por lo tanto, desde el punto de vista médico forense, se establece que la vigilancia y manejo del parto no se realizaron como lo registró el AR1, lo cual incumple con la Ley General de Salud, con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

50. Además, personal de enfermería omitió registrar lo acontecido durante el turno nocturno, sin que se pueda establecer el nombre del mismo, debido a que es ilegible en la hoja correspondiente, incumpliendo de esta forma con lo señalado en el Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, artículo 7 y 8 y la NOM-004-SSA3-2012.

51. El 20 de noviembre de 2018, QV1 contaba con borramiento y dilatación completa, trabajo de parto en fase expulsiva, se pasó a sala de expulsión, donde el AR1 procedió a la atención del parto, según se señaló “se coloca a paciente en

posición de litotomía, se infiltra lidocaína al 2% en periné, se realiza episiotomía media lateral (lateral), obteniéndose producto único vivo recién nacido femenino con dificultad respiratoria apgar⁹ 4 al minuto, se pinza y corta cordón y se entrega a enfermería previa aspiración, se realiza alumbramiento dirigido, se extrae placenta íntegra, cotiledones completos, se revisa cavidad uterina negativizando estos, se aprecia prolapso de cuello, se aprecia episiotomía, se realiza episiorrafia...se verifica hemostasia e involución uterina, fin del procedimiento”, reportándose como hallazgo producto único vivo, hora de nacimiento 07:20, peso 3450 grs. Apgar 4;6 capurro, sin complicaciones inmediatas aparentes, sangrado aprox 250 cc, sin circulares de cordón a cuello.

52. Precisando que el AR1 realizó episiotomía de forma rutinaria, recibió a la recién nacida deprimida (apgar 4), con datos de dificultad respiratoria, omitiendo referir la causa probable, reportarlo de forma inmediata a personal médico de pediatría o él mismo brindarle las maniobras de reanimación de forma inmediata, en el supuesto que él anotó en partograma que la frecuencia cardíaca fetal siempre fue normal y que el líquido amniótico era claro, datos que se encuentran alterados en caso de sufrimiento fetal agudo, tampoco manifestó que pasó con el prolapso de cuello uterino (deslizamiento del útero hacia la vagina originando que sobresalga de ella), sí se redujo espontáneamente o de forma manual incumpliendo con lo establecido en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y la NOM-007-SSA2-2016.

53. QV1 cursó puerperio inmediato con adecuada evolución e involución uterina, sin haber aceptado método de planificación familiar previo (DIU), se le brindó

⁹ Valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

manejo adecuado con dieta blanda progresiva soluciones intravenosas con oxitocina (para el mejoramiento de las concentraciones uterinas), cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, vigilancia de sangrado transvaginal e involución uterina, deambulación y baño, extracción de leche cada 4 horas, antibioticoterapia (cefotaxomina), analgésico antiinflamatorio (ketorolaco) y pasó a puerperio de bajo riesgo.

54. Al día siguiente 21 de noviembre de 2018, AR2 reportó a QV1 cursando con puerperio fisiológico mediato, asintomática, afebril, tolerando la vía oral, uresis al corriente, excretas pendientes, deambulando, signos vitales normales, a la exploración física dirigida sin datos de vasoespasmo, buena coloración de piel y tegumentos, mucosa oral hidratada, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen blando, depresible, dolor leve a la palpación en hipogastrio, útero bien involucionado por debajo de la cicatriz umbilical de buen tono, loquios escasos serohemáticos y extremidades integrales sin edema, fue reportada estable y con pronóstico ligado a evolución, por todo lo antes referido se indicó el alta a QV1 brindándole datos de alarma.

55. En la Opinión Médica del 26 de mayo de 2019, emitida por personal de este Organismo Nacional, se señaló que AR2 omitió indicar fecha de consultas subsecuentes, medidas higiénico-dietéticas, receta por medicamentos (antibiótico y analgésico), así como inhibidor de la lactancia materna, brindar consejería de planificación familiar y atención psicológica debido al fallecimiento de su bebé, incumpliendo con la NOM-007-SSA2-2016.

A.2 VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA RECIÉN NACIDA V EL 20 DE NOVIEMBRE DE 2018 POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 51 DEL IMSS EN GÓMEZ PALACIO, DURANGO

56. Con respecto a la atención médica brindada a V, posterior a su nacimiento, esta se llevó a cabo por los pediatras la SP12 y SP13, quienes señalaron que nació el día 20 de noviembre de 2018 a las 7:24 horas (sic), pesó 3450 gramos, perímetro cefálico 35 centímetros, torácico 35 centímetros, abdominal 34 centímetros, pie de 8 centímetros, temperatura 36°C y talla 54 centímetros, señalaron que en sala de Tococirugía se realiza parto a QV1 de 28 años con 12 hrs. de ruptura de membranas.

57. V fue recibido por personal de enfermería, quien refirió que nació flácido cianótico sin respuesta a estímulos, no llora al nacer, le aplican estimulación táctil sin respuesta, aspira líquido meconial espeso, abundante de orofaringe, se informa que no responde a estímulos acude iniciando turno y encuentra RN (recién nacido) reactivo, SA 3, quejido respiratorio leve, cianosis¹⁰ solo en extremidades inferiores, sat O2 60%, intuban con cánula 3F la única disponible la cual presenta fuga aun así se mantiene ventilado reactivo, sin aparente deterioro, se aspira a través de cánula endotraqueal obteniendo líquido sanguinolento meconial antiguo 3 (m9 aprox. y gástrico 10 (m) abundante espeso meconial antiguo, se fija cánula al labio superior y se pasa a cunas, en cuna térmica de toco, ya que no se cuenta con incubadora en cunas.

¹⁰ Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios.

58. Se establecieron los diagnósticos de recién nacida femenina eutrófica, síndrome de aspiración de meconio, apnea primaria recuperada y asfixia perinatal, se indicó adecuadamente pasar a Cunero patológico, ayuno, sonda orogástrica abierta a gravedad, soluciones intravenosas calculadas a requerimiento con reposición electrolítica, doble esquema de antibióticos (ampicilina y amikacina), estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático completas, grupo sanguíneo y factor RH), radiografía toracoabdominal.

59. Lo anterior, corrobora que los datos plasmados por el AR1 en el partograma, al señalar que la frecuencia cardíaca fetal siempre fue normal y que el líquido amniótico era claro, incluso al momento del nacimiento, no fueron de esa forma; por lo tanto, desde el punto de vista médico forense, se establece que el AR1 y el personal de enfermería del turno nocturno omitieron brindar atención médica y vigilancia estrecha del binomio materno-fetal, pasando desapercibido el momento en el cual el bebé presentó datos de sufrimiento fetal agudo y/o asfixia perinatal severa: toda vez, que de haberlo detectado y establecido, se hubiera llevado a cabo la interrupción del embarazo vía abdominal (cesárea) de forma urgente e incluso si lo hubiera hecho como se programó con anterioridad desde su ingreso, brindando un mejor pronóstico de sobrevida al producto de la concepción.

60. Asimismo, omitieron notificar al personal médico de pediatría al momento de ingresar a QV1 a la sala de expulsión, por lo que dicho personal de salud incumplió con lo establecido en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y en la NOM-007-SSA2-2016.

61. Es de importancia considerar que, el líquido amniótico es el líquido que rodea al feto durante gran parte del embarazo, normalmente es claro y transparente; sin embargo, en ocasiones puede teñirse de color verde por la emisión intrauterina del meconio contenido en el interior del tubo digestivo fetal (colon), su origen es la defecación fecal compuesta por líquido amniótico deglutido, material de descamación, secreciones intestinales y biliverdina, la expulsión del meconio se debe a una respuesta del feto a una situación de estrés, acelerando la motilidad fetal, el líquido meconial puede ser fluido o espeso, según la cantidad que haya pasado a la cavidad amniótica, cuanto más espeso mayor es el riesgo de aspiración meconial del recién nacido.

62. En el caso en particular presentó líquido meconial espeso, es decir que se trataba de un meconio denso o en pasta, lo que significa que la cantidad de meconio expulsado a la cavidad amniótica fue mayor, estableciéndose, desde el punto de vista médico forense que existió previo al nacimiento, una situación de hipoxia fetal (sufrimiento fetal), que favoreció la expulsión de meconio y posteriormente su aspiración desde la tráquea hasta a los pulmones, desarrollándose síndrome de aspiración meconial, padecimiento reportado al nacimiento de la paciente por los médicos pediatras “se aspira a través de cánula endotraqueal obteniendo líquido sanguinolento meconial antiguo 3 (m) aprox. Y gástrico 10 (m) abundante espeso meconial antiguo, causa importante de morbilidad perinatal, que no fue prevenido ni advertido por el AR1 como se señaló.

63. Debido a la aspiración del líquido meconial, se causó obstrucción de la vía aérea, inactivación del factor surfactante pulmonar (complejo de lípidos y proteínas capaz de evitar que los pulmones colapsen durante la aspiración) y neumonitis química (infección pulmonar), ocasionando que la saturación de oxígeno de V

fuera baja y sin poder recuperarse a pesar de tratamiento médico adecuado que se le brindó.

64. Por lo que a las 10:30 horas, el SP13 reportó a V cursando sus primeras tres horas de nacimiento, con los antecedentes ya conocidos, agregó que a su nacimiento no presentó Apgar, al ingreso al cunero patológico se recibió hipotérmica, con cianosis central y periférica, catéter umbilical, en ese momento con malas condiciones generales y poca respuesta a las medidas iniciadas.

65. Además, se le realizó aspiración a través de la cánula endotraqueal obteniéndose una cantidad significativa de sangre oscura y agregó que la cuna térmica donde se coloca se encuentra en malas condiciones para su utilización, sin luz, sin soportes laterales, se le realizó radiografía de tórax observándose mala claridad pulmonar hemitórax¹¹ opacificados y con infiltrado difuso principalmente hemitórax derecho, compatible con la aspiración del meconio, con riesgo de desarrollar fuga pulmonar, sepsis,¹² acidosis severa, falla renal, entre otros, fue reportada con gravedad extrema y pronóstico reservado a evolución indicando correctamente continuar con el manejo previo, realizó cambios en el esquema de antibióticos (ampicilina y cefotaxima), gastro protector (ranitidina), destroxis por turno, monitarización (no hay monitor) y control de líquidos.

66. A las 12:00 horas, debido a que continuó en malas condiciones generales se reajustó el manejo con Bicarsol (reposición electrolítica), se tomó radiografía de control de la colocación del catéter umbilical, misma que mostró que estaba bien

¹¹ Es una acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón.

¹² La sepsis o septicemia es una afección médica grave, causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección.

colocado y el área pulmonar con infiltrado difuso, con mal pronóstico a corto-mediano plazo y riesgo de muerte.

67. Después, a las 14:00 horas el mismo SP13 realizó cambio de cánula endotraqueal por una de mayor diámetro, sin incidentes, a las 15:20 horas, SP7 reportó a V con el diagnóstico de síndrome de aspiración de meconio, con apoyo mecánico ventilatorio, saturando al 70% a pesar de parámetros ventilatorios altos, con gasto meconial a través de SOG (sonda orogástrica) y cánula endotraqueal, con disminución de la frecuencia cardíaca, coloración cianótica, tinte meconial en extremidades, hipoactiva con campos pulmonares hipoventilados, radiografía de tórax, con infiltrado bilateral en ambos hemitórax, abdomen blando, depresible, extremidades cianóticas, descamación por posmadurez, se reportó V muy grave, con mal pronóstico a corto plazo, continuó con mismo manejo.

68. Corroborándose con la presencia del tinte meconial en extremidades, de meconio a través de la sonda orogástrica y de la cánula endotraqueal, que la exposición al mismo fue durante un tiempo prolongado, que dio alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y en las características del líquido amniótico, que no fueron inadvertidas por el AR1 como ya se refirió.

69. A las 16:30 horas V presentó extubación accidental, reintubandola sin incidentes, aspirándose previamente secreciones espesas con tinte meconial, logrando una saturación de oxígeno solamente del 64% (bajo), se le administró midazolam para mejorar el patrón respiratorio y acoplamiento al ventilador; posteriormente se recabaron los estudios de laboratorio, cuyos resultados presentaron elevación de enzimas derivado de la hipoxia (diminución en la cantidad de oxígeno), leucocitosis severa, continuando con saturaciones de oxígeno bajas y deterioro respiratorio, situación que fue informada a sus familiares,

gasométricamente con acidosis mixta, por lo que se ajustó al manejo (soluciones y reposición electrolítica).

70. Sin embargo, V continuó con mala evolución, presentando a las 19:50 horas del mismo día descenso de frecuencia cardiaca hasta 90 por minuto, por lo que la SP7 brindó maniobras de reanimación (masaje cardiaco y adrenalina) logrando recuperar la frecuencia cardiaca, pero no la saturación de oxígeno (50%), por lo que indicó que el carro rojo (carro de paro o reanimación) se mantuviera en su aislado ante la posibilidad de nuevos eventos de paro cardiaco.

71. A las 20:35 horas V presentó nuevo evento de paro cardiaco, para el cual SP7 brindó tratamiento de reanimación de forma inmediata, verificó la permeabilidad de la cánula endotraqueal, obteniendo nuevamente sangrado, por lo que se sospechó de hipertensión pulmonar; pero no se pudo recuperar, con piel mormórea, pálida y fría, conectada al ventilador, sin llenado capilar, se dio por fallecida, teniendo como causas hemorragia pulmonar (3 horas), síndrome de aspiración de meconio y asfixia neonatal (13 horas), según consta en el certificado de defunción del 20 de noviembre de 2018, a las 20:35 horas.

72. Estableciéndose desde el punto de vista médico forense que el síndrome de aspiración de meconio y la asfixia neonatal son padecimientos graves, de alta mortalidad, que no fueron prevenidos ni advertidos oportunamente por el AR1 ni por personal de enfermería responsables, como se puntualizó previamente, que favorecieron la presencia de hemorragia pulmonar, la cual a pesar del tratamiento médico brindado evolucionó de forma insidiosa y hacia el deterioro, falleciendo el mismo día de su nacimiento.

73. Si bien es cierto V recién nacida debió haber sido valorada por personal médico especializado de la UCIN (Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal) y

brindarle tratamiento para los padecimientos que comprometían en ese momento su vida, también lo es que recibió atención médica multisistémica para este Propósito, como ya se detalló.

74. Ahora bien, el personal directivo y/o encargado del HGZ/MF # 51 incumplió el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y con la NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención especializada, debido a las deficiencias en el mobiliario, ya que el personal médico refirió en sus notas de atención que el ultrasonograma no funcionaba, solo había una cánula disponible y esta presentaba fugas, no contaban con incubadoras en el servicio ni con monitor, además por ser día festivo únicamente contaban con un quirófano para la atención de urgencias quirúrgicas y carecer de la papelería correspondiente, al señalar que no se contaba con formatos de consentimiento informado, deficiencias que no deberían de existir al tratarse de una Unidad Médica de segundo nivel de salud.

75. De las irregularidades descritas y analizadas, se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico y de enfermería del HGZ/MF # 51 con lo que impidieron garantizar con efectividad a QV1 su derecho a la protección de la salud y la vida de V.

76. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto, constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal del HGZ/MF # 51, que atendió a V, debió de haber sido valorada por personal médico especializado de la UCIN (Unidad de Cuidado

Intensivo Neonatal) y brindarle tratamiento para los padecimientos que comprometían en ese momento su vida.

B. DERECHO A LA VIDA

77. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la omisión de brindar atención y negligencia médica, descrita en los párrafos que anteceden, éstas mermaron el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr el nacimiento oportuno de V, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

78. 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 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

79. 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. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio, 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 la misma¹³.

¹³ CrIDH, *Caso González y otras "Campo Algodonero" Vs. México*, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

80. 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...”*.¹⁴

81. 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”*.

82. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la omisión de brindar atención médica oportuna a QV1, por parte del HGZ/MF #51, son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

83. Asimismo, QV1 no contó con la atención médica oportuna, en virtud de que se omitió considerar y se desestimaron los antecedentes de QV1 además del tiempo de hospitalización y sobre todo la indicación de la realización de cesárea, lo que incumplió

¹⁴ 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.

con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, con el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la NOM-007-SSA2-2016 y con la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea México, del Consejo de Salubridad General; condicionando de forma directa con distintas omisiones, aumento de la morbilidad materno-fetal y complicaciones derivadas tal y como ocurrió.

84. Durante la atención del parto, el 20 de noviembre de 2018, AR1 recibió a V deprimida, con datos de dificultad respiratoria, omitiendo referir la causa probable, reportarlo de forma inmediata a personal médico de pediatría o el mismo, brindarle las maniobras de reanimación de forma inmediata al tratarse de una paciente considerada dentro de un grupo vulnerable, por ser recién nacida, se debieron de extremar las precauciones otorgando una vigilancia más estrecha para su adecuado manejo.

85. De lo expuesto, se concluye que el personal médico y de enfermería, vulneraron el derecho a la protección de la salud de V, previstos en los artículos 32 de la Ley General de Salud, artículo 9 y 48 de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y en la NOM-007-SSA2-2016 y en la NOM-004-SSA3-2012 precisados en el presente apartado.

C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

86. El artículo 4º, párrafo noveno, constitucional dispone: *“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. (...)”*.

87. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, vigente al momento de los hechos, establece en el artículo 3, inciso A: *“Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes: A. El del interés superior de la infancia (...)”*.

88. A su vez, la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, acepta que los niños requieren “protección y cuidado especiales” y en el artículo 3.1 previene que: *“En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas (...) una consideración primordial a que se entenderá será el interés superior del niño”*.

89. La Observación General No. 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1)¹⁵ señala que *“La Plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana (...)”*.

90. En la misma Observación General 14, el Comité de los Derechos del Niño ha sostenido que el interés superior de la niñez es un concepto triple: “un derecho sustantivo¹⁶ un principio jurídico interpretativo fundamental¹⁷ y una norma de

¹⁵ Introducción, inciso A, numeral 5.

¹⁶ Ibidem, inciso a) el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño (...).

¹⁷ Ibidem, inciso b) si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño.

procedimiento”¹⁸. Además, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, ilustra que toda niña y niño debe recibir “las medidas de protección que su condición de menor requiere (...)”.

91. Por su parte, la CrIDH advierte la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte (...) y el Estado (...) su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...)”¹⁹.

C.1. VIOLACIÓN AL PRINCIPIO DE INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V

92. De las evidencias reseñadas y analizadas, se advirtió que V no fue valorada por personal médico especializado de la UCIN (Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal) y no se le brindó tratamiento para los padecimientos que comprometían en ese momento su vida, así como su derecho específico por su calidad de persona en desarrollo, que implicaba cuidados especiales, que la SCJN denomina “*medidas de protección reforzadas*”²⁰, con la finalidad de que goce de mayor protección, lo cual se trasgredió por parte de los facultativos y personal de enfermería del HGZ/MF # 51, al no proporcionar a V atención de calidad, profesional y éticamente responsable; contrario a ello, debido a la falta de atención médica adecuada lamentablemente falleció.

¹⁸ Ibidem, inciso c) siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto (...), el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño (...).

¹⁹ Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), párrafo 408.

²⁰ Amparo Directo 35/2014 de 15 de mayo de 2015.

93. La protección especial o reforzada con que cuentan las niñas y los niños deriva aparte de su situación de mayor vulnerabilidad, por su calidad específica de personas en desarrollo, por ello, en la medida en que el interés superior de la niñez sea una consideración primordial, se deberá tomar la decisión que más satisfaga la atención médica integral de la salud de una niña o niño, frente a los riesgos y efectos secundarios, lo que en el caso particular no aconteció, debido a la falta de cuidado por parte del personal médico y de enfermería al no dar la atención médica adecuada y contar con la infraestructura necesaria para su atención.

94. Por lo expuesto, AR1 transgredió los artículos 4°, párrafo noveno constitucional; 1°, fracciones I y II, 6, fracciones I, II, y VI, 13, fracción I y 14, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados menores de edad, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez.

D. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

95. La NOM-004-SSA3-2012, prevé 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 (...) mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así*

como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (...) los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”²¹

96. De las evidencias de que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que algunas notas médicas no tienen fecha, son ilegibles, el nombre del médico se encuentra incompleto, sin firma autógrafa y se encuentran en desorden, lo anterior deriva del análisis del expediente clínico que generó con motivo de la atención brindada a V en el HGZ/MF # 51; por tanto, infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

97. Además, personal de enfermería omitió registrar lo acontecido durante el turno nocturno del 19 y 20 de noviembre de 2018, sin que se pueda establecer el nombre del mismo, debido a que es ilegible en la hoja correspondiente, por lo que incumplieron el punto 6.2 de la NOM-004-SSA3-2012, relativo a las notas de evolución que indica *“deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente (...) de acuerdo con el estado clínico del paciente”*.

²¹ Prefacio y artículo 4.4. de la NOM-004-SSA3-2012.

98. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporciona en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

99. El incumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

100. En razón a lo anterior, a pesar de las Recomendaciones emitidas, personal médico persiste en no dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

101. La sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”²², la CrIDH, reconoce que: “(...) *la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza*”.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

102. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 incumplió con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén en términos generales que las personas servidoras públicas observarán 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 que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones y promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución; así como cumplir

²² Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

103. Aunado a lo anterior quedó demostrado que a QV1 al cursar con su tercer embarazo, el 19 de noviembre de 2018, acudió a valoración, donde se indicó por tres médicos especialista en Ginecología y Obstetricia que la interrupción del embarazo debería ser mediante cesárea, por cursar entre otros, con doble circular de cordón a cuello; sin embargo, ese mismo día el AR1 (del turno nocturno), omitió considerar y desestimó los antecedentes, el tiempo de hospitalización, y sobre todo, la indicación de personal médico de la realización de cesárea, debiendo corroborar o descartar el circular de cordón a cuello e indicar el traslado de QV1 a otra unidad médica con mayor capacidad resolutive, realizó un inadecuado llenado del partograma y estableció que QV1 contaba con pelvis suficiente; condicionando de forma directa con dichas omisiones, aumento de la morbimortalidad materno-infantil y complicaciones derivadas, tal y como ocurrió.

104. Durante la atención del parto, el 20 de noviembre de 2018, el AR1 recibió a la recién nacida deprimida con datos de dificultad respiratoria, omitiendo referir la causa probable, reportarlo de forma inmediata a personal médico de Pediatría o el mismo brindarle las maniobras de reanimación de forma inmediata, tampoco manifestó que pasó con el prolapso de cuello uterino.

105. AR2 omitió indicar fecha de consultas subsecuentes, medidas higienicodietéticas, receta por medicamentos (antibiótico y analgésico), así como inhibidor de la lactancia materna y brindar consejería de planificación familiar, así como atención psicológica debido al fallecimiento de V, incumpliendo con la NOM-007-SSA2-2016.

106. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1°, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 de su Reglamento Interno, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, persona involucrada en las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de QV1, QV2 y V.

E.2. Responsabilidad institucional

107. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *“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.”*

108. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se 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.

109. 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.

110. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que se señaló que se intubo a V con cánula 3f por ser la única disponible la cual además presentaba fuga, además se ordenó pasar a cunas térmicas porque no se contaba con incubadora, además se señaló que la cuna térmica se encontraba en malas condiciones para su utilización , pues no tenía luz, ni soportes laterales, AR1 señaló que no contaba con ultrasonido del servicio de imagenología que confirme o descarte circular de cordón a cuello, es decir, era evidente que el HGZ/MF # 51, estaba atendiendo a los pacientes sin contar con una adecuada infraestructura; por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas y garantizar el derecho a la protección de la salud, a fin de brindar atención oportuna y de calidad, en el que se cumplan los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento adecuado para dicha área, conforme a lo establecido en la NOM-197-SSA1-2000.

111. En consecuencia, es pertinente que se implemente un Programa que contribuya al mantenimiento y funcionamiento óptimo del mobiliario del área pediátrica del HGZ/MF # 51, en el que se procure contar con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento adecuado para dicha área, conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, a fin de brindar atención oportuna y de calidad, a todos los derechohabientes, que garantice la no repetición de los hechos aquí plasmados.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

112. 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 vía lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con los artículos 1º, párrafo tercero constitucional; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

113. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 75, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la

protección de la salud de V, se deberá inscribir a QV, V y VI, en el Registro Nacional de Víctimas, con la finalidad de que tengan acceso a los recursos del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas en la CEAV. Para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

114. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición; obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

115. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH resolvió que: *“(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado (...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos (...)”*²³.

²³ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafo 300 y 301.

i. Rehabilitación

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

117. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, se deberá inscribir a QV1 y QV2 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que se les proporcione atención psicológica y tanatológica, en caso de que la requieran, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, y de manera continua durante el tiempo que duren los procedimientos en los cuales tengan competencia para la defensa de los derechos de la víctima hasta alcanzar el más alto nivel de salud posible.

118. 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, aplicado 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.

ii. Compensación

119. 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 causadas 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”.²⁴

120. 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, esta se otorgará 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.

121. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QV1 y QV2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV1 y QV2, que incluya la medida de compensación,

²⁴ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

iii. Medidas de Satisfacción

122. 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.

123. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente ante en el Órgano Interno de Control de ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

124. 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.

iv. Medidas de no repetición

125. 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.

126. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de seis 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, administrativo y directivos del HGZ/MF # 51, en particular a AR1 y AR2, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible en medios magnéticos y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temarios del curso, constancias y/o diplomas otorgados, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

127. Además, respecto del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), cuyo propósito es impulsar la integración y evaluación del expediente clínico, como documento básico para la asistencia, docencia e investigación en todos los establecimientos del sector salud con base en la NOM-004- SSA3-2012.

128. Todos los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

129. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del HGZ/MF # 51, que contenga las medidas 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. Una vez hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

130. Igualmente, deberá implementar un Programa que contribuya al mantenimiento y funcionamiento óptimo del mobiliario del área pediátrica del HGZ/MF # 51, a fin de brindar atención oportuna y de calidad, en el que se cumplan los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento adecuado para dicha área, conforme a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000²⁵, cuyo punto 6.6.4.1, especifica que se debe contar “(...) *con el equipo mínimo necesario para la atención integral de la madre y del recién nacido (...)*”, como son el ultrasonograma y la existencia de cánulas, incubadoras y monitores.

131. Lo anterior, con el objeto de garantizar su no repetición. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad.

132. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

²⁵ Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QV1 y QV2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV1 y QV2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica que requieran QV1 y QV2, 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 que requieran; misma que deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, en un lugar accesible, con su consentimiento de las referidas personas afectadas. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERO. Colaborar ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1 y AR2, ante el OIC del IMSS, por los actos y/u omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades

Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTO. Impartir un curso de capacitación, en un término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigido a las personas servidoras públicas adscritas al HGZ/MF # 51 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; del manejo del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012; de igual manera sobre la debida observancia de la NOM-019-SSA3-2013, señalados en la presente Recomendación; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la multicitada Recomendación. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; además, deberá incluir un programa, objetivos, actividades, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a los asistentes. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del HGZ/MF # 51, 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 envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se deberá implementar un Programa que contribuya al mantenimiento y funcionamiento óptimo del mobiliario del área pediátrica del HGZ/MF # 51, en el que se procure contar con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento adecuado para dicha área, conforme a lo establecido en la NOM-197-SSA1-2000, a fin de brindar atención oportuna y de calidad; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEPTIMA. 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.

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

134. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta

sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

135. 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.

136. 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 solicitará 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