

**RECOMENDACIÓN No.**

**4/2022**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, A LA VIDA DE V2, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V1, EN LA CLÍNICA HOSPITAL “DR. ROBERTO NETTEL FLORES” DEL ISSSTE, EN TAPACHULA, CHIAPAS.**

Ciudad de México, a 17 de enero de 2022

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2019/7063/Q**, sobre la atención médica brindada a V1 y V2, en la Clínica Hospital “Dr. Roberto Nettel Flores”, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Tapachula, Chiapas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3 y 11, fracción VI, 16

y 113, fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

CLAVE	SIGNIFICADO
V	Víctima directa
QV	Quejosa víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
Carpeta de Investigación	CI

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

INSTITUCIONES	
NOMBRE	ACRÓNIMO
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ CNDH/ Organismo Nacional
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	UNICEF
Objetivos del Desarrollo del Milenio	ODS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Clínica Hospital “Dr. Roberto Nettel Flores” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Tapachula, Chiapas.	Clínica Hospital
Fiscalía de Distrito Fronterizo Costa en Tapachula de la Fiscalía General del Estado en Chiapas.	FGE
Fiscalía General de la República en Tapachula, Chiapas	FGR

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ACRÓNIMO
Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Ley General de Salud
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico

## I. HECHOS.

5. El 1 de agosto de 2019, se recibió en este Organismo Nacional la queja interpuesta por QV, en la cual señaló que el 12 de octubre 2018, V1, quien contaba con 40 semanas de gestación, ingresó al Servicio de Urgencias de la Clínica Hospital del ISSSTE en Tapachula, Chiapas, por presentar dolores de parto, donde le fue practicada la cesárea sin la presencia del especialista en pediatría, ocasión en la que fue informado que V2 nació con complicaciones debido a que ingirió líquido amniótico y evacuó antes de salir del vientre de V1. Asimismo, mencionó que al momento en que V1 estaba siendo suturada se fue la energía eléctrica, y cuando regresó se percataron que había entrado una “mosca”, por lo que se indicó la aplicación de doble esquema de antibiótico a V1.

6. QV también mencionó que debido a que una enfermera reportó a V2 con aspecto de color morado, lo trasladó con el especialista en pediatría, quien únicamente le realizó un lavado de estómago y le retiró líquido amniótico; no obstante, al día siguiente, un galeno le informó que V2 había sufrido un infarto, por lo cual consideró urgente que recibiera atención médica especializada por el Servicio de Pediatría, sin embargo, debido a que personal adscrito a dicha Especialidad no se encontraba presente en la Clínica Hospital, contrató a un pediatra particular, quien le informó que su hijo había fallecido.

7. Con motivo de los citados hechos se inició el expediente de queja CNDH/5/2019/7063/Q, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos, esta Comisión Nacional solicitó información al ISSSTE, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

## II. EVIDENCIAS.

**8.** Escrito de queja recibido en esta Comisión Nacional el 10 de junio de 2019, suscrito por QV, en el que se inconformó de la atención médica que se proporcionó a V1 y V2 en la Clínica Hospital, a la que adjuntó diversa documentación, entre la que se encuentra la siguiente:

**8.1** Registro de nacimiento emitido por el Registro Civil en Tapachula, Chiapas, donde se hizo constar el nacimiento de V2.

**8.2** Oficio número 36718 al 36719/2018, de 15 de octubre de 2018, elaborado por SP7, médico forense adscrito a la Fiscalía del Estado de Chiapas, a través del cual emitió el protocolo de necropsia de V2 en el que estableció como causa del fallecimiento *“neumonía aguda secundaria a broncoaspiración de meconio”*.

**8.3** Certificado de defunción emitido por la Secretaría de Salud en el Estado de Chiapas, en el que se hizo constar que el fallecimiento de V2 ocurrió a las 15:36 horas de 14 de octubre de 2018 debido a *neumonía aguda secundaria a broncoaspiración de meconio*.

**9.** Acta circunstanciada de 25 de julio de 2019, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con QV, quien reiteró los hechos materia de su queja y agregó que por los mismos motivos presentó denuncia ante la FGE, dando origen a la CI, la cual, en su oportunidad fue remitida a la FGR, donde se inició la CI2.

**10.** Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/170-6/2020, recibido el 16 de enero de 2020 en este Organismo Nacional, suscrito por la Jefa de Servicios de la Dirección Normativa de Supervisión y Calidad del ISSSTE, al que se adjuntó copia de los expedientes clínicos de V1 y V2 con motivo de la atención médica que se les brindó en la Clínica Hospital, del que destaca lo siguiente:

**10.1** Informe de 29 de octubre de 2019, elaborado por SP2, en el que precisó las acciones que realizó con motivo del reporte que recibió del personal de enfermería sobre el estado de salud de V2.

**10.2** Informe de 7 de noviembre de 2019, suscrito por SP1, quien apuntó que: *“(...) se encuentra a paciente (V1) conciente (sic), orientada, se procede a realizar valoración ginecológica y se decide ingreso hospitalario (...).”*

**10.3** Oficio con número de folio 007.130.107.1ADH/619/2019, de 10 de diciembre de 2019, signado por SP3, a través del cual remitió:

**10.3.1.** Copia del informe de 9 de noviembre de 2019, elaborado por AR1, en el cual describió en qué consistió la atención médica brindada a V1 y V2, destacándose que aproximadamente a las 4:00 horas del 13 de octubre de 2018 *“(...) la paciente (V1) con embarazo de término, cesárea iterativa, paridad satisfecha, pródromos de trabajo de parto<sup>1</sup>, doy la indicación de pasarla a quirófano para realizar cesárea y oclusión tubaria bilateral y evitar riesgo de la histerorrafia ante el riesgo de aumentar la morbilidad y mortalidad de la paciente (V1) como ruptura uterina entre otros. Por lo que ante la urgencia se ingresa a quirófano sin sangre y sin pediatra (...).”*

**10.4** Hoja de Urgencias de 12 de octubre de 2018, en la que SP1 mencionó que V1 presentaba diagnóstico de embarazo de 40 semanas, doble circular a cuello, situación transversa, por lo que decidió su ingreso para valoración del Servicio de Ginecología.

**10.5** Hoja de órdenes médicas de 12 de octubre de 2018, suscrita por AR1 quien señaló que V1 presentaba embarazo de 40 semanas de gestación, cesárea iterativa, sin trabajo de parto, doble circular de cordón, sin alteración hemodinámica fetal.

**10.6** Hoja de trabajo de parto de las 22:06 horas de 12 de octubre de 2018, sin nombre del médico que la elaboró, en la que se estableció: *“sin trabajo de parto”,* de cuya exploración efectuada a V1 se asentó *“presentación cefálica, cérvix cerrado”*.

---

<sup>1</sup> Son las primeras contracciones que anuncian la cercanía del alumbramiento.

**10.7** Nota médica elaborada a la 01:00 horas de 13 de octubre de 2018 por AR1, quien describió a V1 con sueño fisiológico, con buen tono y movimientos fetales presentes, sin actividad uterina.

**10.8** Nota médica de las 03:00 horas de 13 de octubre de 2018, en la que AR1 señaló que: “(...) *En vigilancia (...), sin sangre en reserva, ni pediatra en turno. Se operará si inicia (V1) con actividad uterina*”.

**10.9** Nota médica suscrita por AR1 a las 04:00 horas de 13 de octubre de 2018, en la cual estableció que “(V1) *refiere iniciar con dolor obstétrico (...) abdomen con producto único vivo (...), buen tono con movimientos fetales activos con 2 contracciones durante la exploración (...)*”.

**10.10** Hoja de órdenes médicas, continuación de nota prequirúrgica de las 4:00 horas del 13 de octubre de 2018, en las que AR1 precisó que “*solicito familiar para dar informe del estado actual de binomio, así como riesgos de cirugía durante y después de ella; (...) no se cuenta con pediatra en turno, se informa también a familiar ante la urgencia (...)*”.

**10.11** Nota de coordinación médica del turno nocturno elaborada por SP2 a las 4:20 horas del 13 de octubre de 2018, en la que estableció que: “*De forma urgente se me comunica (...) de (...) la necesidad de realizar cesárea (...) por trabajo de parto en cesárea iterativa. Se comunicó a recursos humanos la necesidad (...) de un pediatra para atención médica (...)*”.

**10.12** Hoja de operaciones de 13 de octubre de 2018, elaborada por AR1, en la que asentó: “ (...) *Operación realizada: Cesárea Kerr modificada + OTB Pomery modificada. (Hallazgos (...)) doble circular de cordón a cuello. OBSERVACIONES: se deja doble esquema de antibióticos (V1) como protocolo ya que en campo quirúrgico se encontró una “mosca”. No se contó con pediatra, el producto fue asistido por el coordinador médico en turno*”.

**10.13** Nota postquirúrgica de las 7:00 horas de 13 de octubre de 2018, ilegible, con tachaduras y enmendaduras, en la que AR1 refirió como

hallazgos “(...) *cavidades eutérmicas meconio*<sup>2</sup> (...). *No se cuenta con pediatra* (...)”

**10.14** Nota médica de ginecología y obstetricia de las 10:22 horas del 14 de octubre de 2018, signada por SP4 en la que describió a V1 “*consciente, tranquila, orientada, cabeza, cullo y tráquea sin datos patológicos, (...), herida quirúrgica limpia, buena evolución, retirar fonda Foley, (...) reportar eventualidades.*”

**10.15** Alta voluntaria de 15 de octubre de 2018, en la que QV solicitó el alta de V1.

**11.** Notas Médicas a nombre de V1 relacionadas con los ultrasonidos que le fueron practicados en medio particular, consistentes en lo siguiente:

**11.1** Ultrasonido obstétrico estructural de 19 de marzo de 2018, que consistió en ultrasonido y radiología digital, en el que un Especialista en Radiología e Imagen precisó que V1 cursaba con embarazo de 10.1 semanas de gestación, saco gestacional integro, frecuencia cardiaca fetal normal, con líquido amniótico de adecuado volumen.

**11.2** Ultrasonido obstétrico estructural de 14 de abril de 2018, que consistió en ultrasonido y radiología digital, en el que un Especialista en Radiología e Imagen particular precisó que V1 cursaba con embarazo de 14.4 semanas de gestación, embrión único vivo intrauterino, frecuencia cardiaca fetal normal, con líquido amniótico de adecuado volumen.

**11.3** Ultrasonido obstétrico de 27 de agosto de 2018, que consistió en ultrasonido y radiología digital, en el que un Especialista en Radiología e Imagen particular precisó que V1 cursaba con embarazo de 34.5 semanas de gestación por fetometría<sup>3</sup>, frecuencia cardiaca dentro de parámetros normales, con líquido amniótico de volumen y aspecto normal.

---

<sup>2</sup> Es la primera evacuación de un bebé, el cual está compuesto de líquido amniótico, moco, lanugo (el vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y el tracto intestinal.

<sup>3</sup> Medición del tamaño del feto en un embarazo. Se mide principalmente el diámetro de la cabeza y la circunferencia del tronco.



**11.4** Ultrasonido obstétrico de 30 de agosto de 2018, en el que un Especialista en Radiología particular precisó que V1 cursaba con embarazo de 35.1 semanas de gestación por fetometría, frecuencia cardiaca dentro de parámetros normales, con líquido amniótico de volumen y aspecto normal.

**11.5** Ultrasonido Obstétrico Doppler nivel II de 11 de octubre de 2018, con nombre del médico ilegible, en el que se precisó que V1 cursaba con embarazo de 40 semanas de gestación con crecimiento normal y simétrico, frecuencia cardiaca normal, doble circular de cordón a cuello. Líquido amniótico en límites superiores, situación transversa, presentación cefálica a la derecha.

**12.** Notas médicas de V2, relacionadas con el servicio de salud que se le brindó en la Clínica Hospital, mismas que se describen a continuación:

**12.1** Nota médica, sin fecha y sin hora, en la que AR2 precisó: *“se trata de recién nacido (V2), masculino, obtenido por vía abdominal por motivo: Embarazo a término / cesárea iterativa / paridad satisfecha, (...) sin evidencia de alteraciones”*.

**12.2** Certificado de nacimiento de la Secretaría de Salud de las 05:25 horas de 13 de octubre de 2018, en el que se hizo constar el nacimiento de V2.

**12.3** Hoja de identificación del recién nacido, con nombre ilegible de quien la elaboró, de fecha 13 de octubre de 2018, en la que se describieron las características de V2 al momento de su nacimiento.

**12.4** Historia clínica pediátrica de 13 de octubre de 2018, en la que SP5 precisó que *“(...) posterior al nacimiento, (V2) inicia con aumento de patrón respiratorio, inadecuado reflejo de succión al ser alimentado, notan quejido respiratorio y aumento de patrón respiratorio (...) Impresión diagnóstica: Síndrome de aspiración de meconio<sup>4</sup>”*.

**12.5** Nota de evolución de las 11:00 horas de 13 de octubre de 2018, elaborada por AR3, en la cual refirió que V2 presentaba tiros intercostales<sup>5</sup> leves,

---

<sup>4</sup> Es una dificultad respiratoria (distrés respiratorio) del recién nacido que ha inhalado (aspirado) material fecal estéril de color verde oscuro —meconio— hacia el interior de los pulmones antes del parto o en los momentos inmediatos al mismo.

<sup>5</sup> Ocurre cuando los músculos que están entre las costillas se jalan hacia adentro.



solicitando su ingreso al Servicio de Pediatría para valoración e indicando administración de oxígeno suplementario, lavado gástrico por sonda orogástrica, así como placa de tórax y laboratorios de control.

**12.6** Nota de la Coordinación Médica de las 12:00 horas de 14 de octubre de 2018, en la que SP2 asentó que: *“(...) paciente (V2) sin signos vitales (...) se logra revertir el paro con reanimación cardiopulmonar (...) en estos momentos saturación de oxígeno inestable (...) se informa a todas las autoridades, dirección y recursos humanos, se requiere pediatra urgente ventilador neonatal no tenemos (...)”*.

**12.7** Nota médica de la Coordinación médica de las 14:30 horas de 14 de octubre de 2018, en la que SP2 precisó sobre V2: *“Nuevamente presenta paro cardiorrespiratorio incapacitándolo con maniobras (...), hago del conocimiento a autoridades que se requiere pediatra urgente (...), no se cuenta con todo el material adecuado (...) familiares comentan que traerán pediatra de forma particular. (...) Paciente muy grave, alto riesgo de defunción a corto plazo (...)”*.

**12.8** Nota médica de las 15:20 horas, sin fecha, en la que un Especialista en Pediatría particular mencionó que a su llegada a la Clínica Hospital, encontró a V2 en paro cardiorrespiratorio, por lo cual inició maniobras básicas y avanzadas de reanimación durante 30 minutos, sin obtener respuesta, por lo que a las 15:15 horas declaró su fallecimiento con los diagnósticos de miocardiopatía hipóxica, asfixia, probable síndrome de aspiración meconial.

**12.9** Hoja de evolución de la Coordinación Médica de las 18:00 horas de 14 de octubre de 2018, en la que SP2 señaló: *“no se realiza certificado de defunción porque familiar no está de acuerdo con el certificado de nacimiento, los diagnósticos ni semanas de gestación, se informa (...) a las autoridades sin tener respuesta alguna.”*

**12.10** Hoja de egreso hospitalario de 14 de octubre de 2018, sin nombre ni rúbrica del médico que la elaboró, en la que se asentó que la defunción de V2 obedeció a las siguientes causas: miocardiopatía hipóxica, asfixia y probable síndrome de aspiración meconial. Asimismo, se hizo constar que a las 22:55 horas de esa misma fecha, SP6 recibió el cuerpo de V2.

**13.** Dictamen Médico de 22 de junio de 2021, signado por una especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, quien concluyó que la atención proporcionada a V1 y V2 en la Clínica Hospital, fue inadecuada y negligente, toda vez que V1 no fue canalizada a la Unidad Médica donde se contarán con los recursos e insumos materiales y humanos necesarios, situación que contribuyó al deterioro de estado de salud de V2 y a su posterior fallecimiento.

**14.** Acta circunstanciada de 11 de octubre de 2021, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con QV, quien mencionó que presentó denuncia ante la FGE, sin que hubiese precisado la fecha de su presentación, donde se inició la CI, la cual se encuentra en integración, sin que hubiese presentado queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

**15.** Oficio número DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/5671-6/21, recibido el 20 de octubre de 2021 en este Organismo Nacional, suscrito por la Jefa de Servicios de la Dirección Normativa de Supervisión y Calidad del ISSSTE, mediante el cual se informó que el 6 de febrero de 2020, el Subcomité de Quejas Médicas elaboró el Proyecto de Dictamen relacionado con el presente asunto, el cual en su oportunidad será analizado por el Comité de Quejas Médicas.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**16.** El 14 de octubre de 2018, QV acudió a la FGE en Tapachula, Chiapas, para presentar querrela en contra de personal médico del ISSSTE, misma que fue remitida a la FGR, donde se inició la CI2 en esa entidad federativa, la cual hasta la fecha del presente pronunciamiento se encuentra en trámite.

**17.** El 10 de junio de 2019, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por QV, por la atención médica que se le brindó a V1 y V2 en la Clínica Hospital, la cual derivó en el fallecimiento de V2, lo que dio inicio al expediente de esta Recomendación.

**18.** El 6 de febrero de 2020, el Subcomité de Quejas Médicas del ISSSTE elaboró el Proyecto de Dictamen del presente asunto, sin que a la fecha de la presente Recomendación se hubiese informado sobre su aprobación por el Comité de Quejas Médicas de ese Instituto.

19. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se tiene evidencia de que se hubiese iniciado algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

#### **IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.**

20. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/7063/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 y precedentes aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, a la vida de V2, a una vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información en materia de salud de V1, en atención a las siguientes consideraciones:

##### **A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

21. El artículo 4º de la Constitución Política, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

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

23. En el párrafo primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”*.

**24.** La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección<sup>6</sup> expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*.

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

**26.** En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

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

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

---

<sup>6</sup> “Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

prevengan los factores de riesgo en dicho binomio.

**29.** La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su *“Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”*, ha enfatizado que es *“(...) deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*.<sup>7</sup>

**30.** En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que el 12 de octubre de 2018, V1, quien cursaba con embarazo de 40 semanas de gestación, acudió al servicio de Urgencias de la Clínica Hospital, donde el 13 de ese mes y año le fue practicada una cesárea, obteniendo un producto vivo del sexo masculino (V2); sin embargo, debido a que dicha intervención quirúrgica fue realizada sin la presencia del especialista en pediatría, no fue posible brindarle la atención médica especializada que requirió, por lo que horas más tarde falleció, tal y como se analiza a continuación:

- **Atención médica brindada a V1.**

**31.** A las 19:41 horas del 12 de octubre de 2018, V1 acudió al Servicio de Urgencias de la Clínica Hospital, debido a que presentaba dolores con motivo de su embarazo, ocasión en la que fue atendida por SP1, quien la describió consciente y orientada, con abdomen globoso a expensas de útero gestante por feto a término, con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto y fondo uterino de 37 centímetros.

**32.** Asimismo, de la revisión efectuada al ultrasonido obstétrico que le fue practicado el 11 de octubre de 2018 en medio particular, SP1 advirtió una edad gestacional de 40 semanas, con doble circular de cordón a cuello y producto en situación transversa, motivo por el cual indicó su ingreso hospitalario, además de toma de laboratorios e interconsulta al servicio de Ginecología y Obstetricia.

---

<sup>7</sup> OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

**33.** A las 21:30 horas del 12 de octubre de 2018, AR1 describió a V1 con signos vitales en parámetros normales, abdomen con producto único vivo, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, rítmicos y de buen tono con doptone<sup>8</sup>, con movimientos fetales activos, agregando que al tacto vaginal presentaba cérvix cerrado, sin ruptura de membranas.

**34.** Adicionalmente, AR1 revisó el ultrasonido obstétrico de V1, señalando que la posición del feto era cefálica<sup>9</sup> y de situación transversa con la presencia de doble circular de cordón a cuello, sin existir en ese momento alteraciones hemodinámicas fetales, por lo cual estableció el diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación por ultrasonido, cesárea iterativa<sup>10</sup>, doble circular de cordón a cuello sin alteración hemodinámica fetal y sin trabajo de parto, mencionando que en ese momento no existía urgencia médica, por lo que se continuaría en espera de sangre en reserva como de la valoración del Servicio de Pediatría, ya que no había dicho especialista en los turnos.

**35.** Con relación a la circular de cordón a cuello, una médica de este Organismo Nacional precisó que diversos estudios especializados<sup>11</sup> han revelado que los movimientos fetales pueden ser los responsables que el cordón umbilical se enrede alrededor del cuello y/o en otra estructura fetal, puesto que cuando los movimientos son excesivos y el cordón umbilical es demasiado largo, predispone su aparición, sin que exista una evidencia clara sobre si la circular de cordón a cuello está relacionada con algún tipo de incidencia significativa de resultados perinatales adversos, ya que algunos reportes han sido asociados a efectos adversos en el feto como el choque hipovolémico, anemia y asfixia por sufrimiento fetal intraparto.

**36.** Por cuanto a los resultados perinatales adversos, indicó que existen estudios especializados que han reportado la existencia de sufrimiento fetal intraparto asociado a circular de cordón a cuello y al aumento en la incidencia de desaceleraciones<sup>12</sup> en la frecuencia cardíaca fetal muy variables, lo que se asocia a

<sup>8</sup> Es un transductor de ultrasonido de mano (portátil) usado para detectar los latidos de un feto. Utiliza el efecto Doppler para proporcionar una simulación audible de latidos. Algunos modelos también muestran el ritmo cardíaco en latidos por minuto.

<sup>9</sup> Cuando la cabeza del producto se encuentra hacia abajo, muy cerca de la pelvis.

<sup>10</sup> Se denomina cesárea iterativa aquella que ha de repetirse ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de una nueva, distinta de la que motivó la intervención o intervenciones anteriores.

<sup>11</sup> Morgan Ortiz, Fred; Soto Pineda, Juan Manuel; Quevedo Castro, Everardo. Circular de cordón a cuello y su asociación con la vía del parto y los resultados perinatales. 2011, Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

<sup>12</sup> Se define desaceleración como un periodo transitorio de disminución de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) por debajo de la línea basal (FCFb) de >15 latidos durante más de 15 segundos.



un aumento en la incidencia de acidemia fetal<sup>13</sup> al momento del parto (acidosis mixta: respiratoria y metabólica)<sup>14</sup>. Por ello, la valoración de la frecuencia cardíaca fetal se utiliza para evaluar el bienestar del feto mediante la determinación de la frecuencia y el ritmo de los latidos de su corazón, la cual en promedio se encuentra entre 110 y 160 latidos por minuto, y puede variar entre cinco y 25 latidos por minuto.

**37.** En ese sentido, en productos con dos o más circulares de cordón a cuello, existe un aumento de probabilidades de presentar líquido amniótico meconial y patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal en cesáreas, y en los casos de persistencia prolongada, se han reportado incrementos en el riesgo fetal que lleva a una hipoxia fetal crónica leve que condiciona la incidencia de líquido amniótico teñido de meconio.

**38.** A la 01:00 horas del día 13 de octubre de 2018, AR1 describió a V1 con frecuencia cardíaca fetal de 138 latidos por minuto, rítmicos y de buen tono, con movimientos fetales presentes y sin actividad uterina, refiriendo nuevamente que los resultados de los estudios de laboratorio y la sangre en reserva continuaban pendientes.

**39.** Dos horas más tarde, AR1 recabó el resultado de los estudios de laboratorio realizados a V1 a su ingreso, los cuales evidenciaban un incremento en las cifras de los leucocitos<sup>15</sup> de 12,090, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto con doptone, sin alteraciones maternas y fetales, por lo cual indicó manejo y precisó que hasta ese momento no se contaba con sangre en reserva, ni con el especialista en pediatría para vigilancia y atención médica de V2; no obstante, decidió que en caso de que V1 presentara actividad uterina, iniciaría procedimiento quirúrgico sin éstos.

**40.** A las 04:00 horas del mismo 13 de octubre de 2018, V1 presentó dolor obstétrico<sup>16</sup>, siendo atendida por AR1, quien la describió con movimientos fetales activos, frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto rítmicos y de buen tono, presentando dos contracciones durante la revisión; al tacto vaginal advirtió cérvix abierto y reblandecido con salida de moco sanguinolento, por lo cual estableció los

<sup>13</sup> La existencia de acidemia en los recién nacidos es una representación del estrés hipóxico fetal sufrido durante el parto.

<sup>14</sup> Hankins G.D.V., Snyder R.R., Hauth J.C. *Nuchal cords and neonatal outcome*. Obstet Gynecol. 1987; 70: 687-691.

<sup>15</sup> Células que forman parte del sistema inmunitario del cuerpo y ayudan a combatir infecciones y enfermedades, cuyo rango normal se sitúa entre 4,500 a 11,000.

<sup>16</sup> El dolor obstétrico es un dolor agudo que aparece por la contracción de la pared abdominal y el paso del feto por el canal del parto.



diagnósticos de embarazo de término por ultrasonido, cesárea iterativa, paridad satisfecha<sup>17</sup> y pródromos de trabajo de parto<sup>18</sup>, agregando que ante la urgencia, procedió a la realización de dicho procedimiento quirúrgico, sin contar con la presencia de personal médico adscrito al Servicio de Pediatría.

**41.** Al respecto, en la opinión médica emitida por esta Comisión Nacional, se estableció que AR1 incurrió en inobservancia con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico que dispone que: *“Todos los pacientes sometidos a cirugía deben tener una provisión mínima de sangre de su grupo sanguíneo en el banco de sangre”*, toda vez que V1 requería de sangre en reserva al haberse indicado la cesárea como procedimiento quirúrgico en el tercer embarazo que cursaba, aunado a que tenía el antecedente de dos cesáreas previas, circunstancias que en su conjunto ameritaban la necesidad de contar con sangre en reserva para la realización de dicha intervención.

**42.** El especialista de esta Institución también precisó que AR1 dejó de observar lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea la cual establece que: *“Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia, y que las pacientes que tengan una o más cesáreas o cicatrices en el cuerpo del útero, deberán ser enviadas a hospitales de segundo nivel de atención”*.

**43.** Lo descrito, habida cuenta que AR1 omitió referir a V1 a otra Unidad Médica, decidiendo mantenerla en espera de actividad en el trabajo de parto, a sabiendas de que su proceso resolutivo del embarazo sería a través de cesárea y que el producto se encontraba en posición transversa, con doble circular de cordón a cuello, exponiendo a V1 a un riesgo innecesario de procedimiento quirúrgico urgente<sup>19</sup> o emergente<sup>20</sup>.

**44.** El 13 de octubre de 2018, en hora no especificada, AR1 obtuvo un producto vivo del sexo masculino, con un peso de 3,620 gramos, el cual presentaba doble

<sup>17</sup> Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería.

<sup>18</sup> Son contracciones que preparan el cuello uterino para el trabajo de parto.

<sup>19</sup> Intervención quirúrgica que no se puede demorar más de 24 a 48 horas.

<sup>20</sup> Intervención quirúrgica inmediata, por la gravedad de la clínica del paciente.

circular de cordón a cuello, meconio en cantidad moderada en el líquido amniótico (factor de riesgo obstétrico), determinando una calificación de Apgar<sup>21</sup> al nacer de 8/9, Silverman<sup>22</sup> 1/1 y Capurro<sup>23</sup> de 38 semanas de gestación.

**45.** En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se precisó que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

**46.** En tal sentido, el especialista en medicina legal de esta Institución estableció que AR1 incurrió en inobservancia con lo dispuesto por el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud, que establece que: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*, además incurrió en inobservancia del artículo 74 de dicho ordenamiento legal que dispone: *“Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”*.

**47.** Lo anterior es así, debido a que AR1 omitió solicitar la referencia de V1 a otra Unidad Médica, pese a que la Clínica Hospital no contaba con los recursos e insumos materiales y humanos necesarios para el caso de complicaciones materna o fetal, decidiendo mantenerla en espera de actividad en el trabajo de parto, exponiéndola al riesgo innecesario de un procedimiento quirúrgico urgente o emergente, ya que pese a conocer los factores de riesgo materno, obstétrico y útero placentario con los que cursaba, como fueron cesárea iterativa (materno), doble circular de cordón a cuello (útero placentario) y situación transversa (obstétrico), omitió canalizarla

<sup>21</sup> La puntuación de Apgar se usa para describir la condición cardiorrespiratoria y neurológica de un recién nacido al nacer. Se considera normal una puntuación de 7 a 10 a los 5 minutos, intermedia de 4 a 6, baja de 0 a 3. Al asociar la puntuación de Apgar con alteraciones neurológicas en el periodo perinatal, debe alertar al clínico a buscar evidencia de asfixia.

<sup>22</sup> Determina la presencia o ausencia de dificultad respiratoria y su escala que va del 0 al 10, interpretándose de la siguiente manera: 0 puntos: No hay dificultad respiratoria; 1 a 3 puntos: dificultad respiratoria leve; 4 a 6 puntos: dificultad respiratoria moderada; 7 a 10 puntos: dificultad respiratoria severa.

<sup>23</sup> Criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato.

oportunamente a otra Unidad Médica como lo establecen los artículos 26 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de atención médica, exponiendo a V1 a un riesgo innecesario que puso en riesgo su salud y la de V2.

**48.** A las 07:00 horas del 13 de octubre de 2018, AR1 señaló entre sus indicaciones médicas postquirúrgicas que administraría doble esquema antibiótico a V1 debido a que en el campo quirúrgico se había encontrado una “*mosca*”, reiterando nuevamente que no se contó con pediatra durante el nacimiento del agraviado recién nacido.

**49.** Sobre el particular, la especialista de esta Comisión Nacional refirió que el numeral 6.3.1.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, señala que: *“La sala de operaciones, considerada área blanca, debe tener curvas sanitarias en los ángulos de la infraestructura, que faciliten cumplir con los requisitos de asepsia”*, mientras que el numeral 4.8 de la NOM-016-SSA3-2012, que establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, la Central de Esterilización y Equipos, señala que la Central de Esterilización y Equipos (CEyE) es *“el área donde se lavan, preparan, esterilizan, almacenan y distribuyen equipos, materiales, ropa e instrumental esterilizados o sanitizados, que se van a utilizar en los procedimientos médicos o quirúrgicos, tanto en la sala de operaciones como en diversos servicios del hospital”*.

**50.** Posterior al evento quirúrgico, el mismo 13 de octubre de 2018, V1 fue trasladada al área de recuperación por encontrarse clínicamente estable, afebril y con signos vitales dentro de los parámetros normales, y al día siguiente la refirieron al servicio de Ginecología y Obstetricia, donde SP4 la describió con herida quirúrgica limpia y clínicamente sin algún dato patológico, siendo el 15 de ese mes y año cuando QV solicitó el alta voluntaria de V1 en la Clínica Hospital.

**51.** Luego entonces, derivado de las acciones y omisiones realizadas por AR1 en detrimento de V1, trajo como consecuencia inmediata afectaciones en la salud de V2, como se precisa a continuación.

- **Atención médica brindada a V2.**

**52.** Respecto de la atención médica brindada a V2, se advierte que fue un producto de la tercera gestación, obtenido a las 05:25 horas del 13 de octubre de 2018, a través del procedimiento quirúrgico realizado por AR1 en la Clínica Hospital.

**53.** V2 cursó con una edad gestacional de 40 semanas, doble circular de cordón a cuello y posición cefálica con situación transversa, sin evidencia de sufrimiento fetal intrauterino y, que ante la urgencia del trabajo de parto que V1 presentó a las 04:00 horas del mismo 13 de octubre de 2018, es decir, ocho y media horas posteriores a su ingreso hospitalario en el servicio de Urgencias, al no contar con un médico especialista en pediatría, fue asistido a su nacimiento por AR2, quien refirió encontrarlo con tinta meconial moderada, con reflejos neonatales<sup>24</sup> presentes y normales, así como maniobras de Barlow y Ortolani<sup>25</sup> negativas, no encontrando algún otro dato patológico en su exploración física, por lo que integró los diagnósticos de recién nacido de término, con peso adecuado para su edad gestacional de sexo masculino con riesgo de Síndrome de Aspiración de Meconio, indicando pasarlo al área de alojamiento conjunto.

**54.** En ese sentido, en el dictamen médico emitido por una especialista de este Organismo Nacional se estableció que la atención médica que recibió V2 al momento de su nacimiento fue inadecuada, toda vez que AR2, incurrió en negligencia por omisión ya que al haber manifestado en su nota médica que “(V2) *se encuentra con tinta meconial (...), con riesgo de Síndrome de Aspiración de Meconio*”, únicamente se limitó a canalizar a V2 al área de alojamiento conjunto, sin que hubiera indicado su referencia a cuneros patológicos para vigilancia y atención especializada.

**55.** A las 11:00 horas del 13 de octubre de 2018, V2 fue valorado por AR3, médico adscrito al servicio de pediatría, quien integró los diagnósticos de recién nacido de 38 semanas de gestación por Capurro y Síndrome de Aspiración de Meconio. A la exploración física lo observó activo, reactivo, con buena coloración e hidratación de mucosas y de tegumentos, cráneo facial sin alteraciones, tórax simétrico con campos pulmonares bien ventilados, con presencia de tiros intercostales leves, precordio

<sup>24</sup> Un reflejo es una reacción muscular que sucede automáticamente en respuesta a la estimulación. Ciertas sensaciones o movimientos producen respuestas musculares específicas.

<sup>25</sup> Las maniobras de Ortolani y de Barlow son técnicas utilizadas para la detección de la inestabilidad de la cadera en los recién nacidos.

rítmico y sin presencia de soplos, abdomen blando, depresible con peristálsis presente, sin referir cifras de frecuencia cardíaca.

**56.** De igual forma, AR3 señaló como parte de los antecedentes de V2 que posterior a su nacimiento inició con aumento del patrón respiratorio, y que al estar siendo alimentado no tenía un adecuado reflejo de succión, además de presencia de quejido respiratorio y aumento del patrón respiratorio, por lo que fue trasladado al servicio de pediatría para su valoración, circunstancia que incluso fue robustecida por SP5, quien en la Historia clínica pediátrica de V2 precisó que “(...) *posterior al nacimiento, (V2) inicia con aumento de patrón respiratorio, inadecuado reflejo de succión al ser alimentado, notan quejido respiratorio y aumento de patrón respiratorio (...)* Impresión diagnóstica: *Síndrome de aspiración de meconio*”.

**57.** Pese a lo anterior, AR3 se limitó únicamente a indicar oxígeno suplementario para V2, mantenerlo en ayuno hasta mejorar sus condiciones generales, solicitando una placa radiográfica de tórax y laboratorios de control, además de cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, así como control de líquidos y vigilancia del patrón respiratorio.

**58.** El 13 de octubre de 2018, personal de enfermería refirió que a V2 se le había solicitado una placa radiográfica de tórax portátil, la cual no podría realizarse ya que la Clínica Hospital no contaba con el equipo para efectuarla. De igual forma, precisó que “*recibió al neonato con hipotermia, palidez generalizada de tegumentos, aleteo nasal, sudoración peribucal, tirajes intercostales, retracción xifoidea y coloración verde oscura en el cuerpo por meconio, incrementándose durante su turno la frecuencia cardíaca y el aleteo nasal*”, por lo que instaló ventilación mecánica no invasiva; datos clínicos que a decir de la especialista de esta Comisión Nacional se contraponen con lo manifestado por AR3, quien refirió encontrarlo únicamente con tiros intercostales leves, situación que fue determinante en el deterioro del estado de salud de V2 y su posterior fallecimiento.

**59.** Adicionalmente, personal de enfermería señaló que a las 14:00 horas de esa misma fecha, V2 presentó dos vómitos en proyectil de meconio verde oscuro en abundante, de cantidad y consistencia espesa, motivo por el cual se le colocó una sonda orogástrica y se le realizó un lavado gástrico, presentando llanto y succionando constantemente la sonda orogástrica.

**60.** Al respecto, la especialista de esta Comisión Nacional estableció que la atención médica que AR3 brindó a V2 el 13 de octubre de 2018 fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión al no haber realizado una exploración física que permitiera identificar los datos clínicos característicos de un proceso asfíctico neonatal secundario a aspiración de meconio, para así haber estado en posibilidad de canalizado a otra Unidad Médica que contara con los recursos materiales y humanos necesarios que ameritaba en ese momento.

**61.** Lo anterior es así, debido a que en la exploración física lo refirió únicamente con tiros intercostales leves, pese a que también señaló que contaba con el antecedente de aumento del patrón respiratorio, ausencia del reflejo de succión y quejido respiratorio, indicando únicamente para su tratamiento administración de oxígeno suplementario, continuando con ayuno hasta mejorar sus condiciones generales, así como laboratorios de control y toma de placa radiográfica de tórax portátil, sin que dicha Unidad contara con el equipamiento para la realización de éste último.

**62.** Al día siguiente, personal de enfermería comunicó a SP2 que V2 presentaba paro cardiorrespiratorio, acudiendo dicho galeno a las 12:00 horas del 14 de octubre de 2018, quien refirió encontrarlo en paro cardiorrespiratorio, sin signos vitales, hipotérmico y con cianosis distal ameritando reanimación cardiopulmonar con intubación y ventilación mecánica, manifestando haber administrado aminos de acuerdo a su edad y peso —las cuales no especificó en su nota médica—, revirtiendo el paro cardiorrespiratorio y manteniendo a V2 con saturación de oxígeno inestable de 76 a 82%, taquicardia de 130 y 139 latidos por minuto, pulso débil, coloración marmórea y discreta cianosis distal, motivo por el cual SP2 informó a la Dirección y a Recursos Humanos de la Clínica Hospital sobre la situación de V2, ya que, para ese momento, nuevamente no se contaba con personal médico adscrito al servicio de pediatría, ni con ventilador neonatal.

**63.** A las 14:30 horas del mismo 14 de octubre de 2018, V2 presentó un segundo paro cardiorrespiratorio, siendo solicitado nuevamente el apoyo SP2, quien acudió al llamado encontrándolo con palidez de tegumentos, extremidades marmóreas, mucosas secas y cuello con pulso débil, con apoyo de ventilador mecánico y presencia de estertores en pulmón izquierdo, frecuencia cardíaca de difícil auscultación y en monitor con 100 latidos por minuto, saturación de oxígeno al 60%, extremidades con llenado capilar de 4 a 5 segundos, solicitando nuevamente



a sus autoridades de dicho nosocomio sobre la necesidad y urgencia de contar con un pediatra y con el material adecuado de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

**64.** Ante la falta de especialista en pediatría, así como de personal capacitado en reanimación neonatal y de materiales adecuados para brindar el manejo y tratamiento que V2 requería, QV solicitó la valoración urgente de un pediatra particular, quien acudió a la Clínica Hospital para brindar el servicio de salud a V2, encontrándolo nuevamente en paro cardiorrespiratorio, e inició maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar durante treinta minutos, sin que se hubiera obtenido respuesta, motivo por el cual a las 15:15 horas del 14 de octubre de 2018 se declaró el fallecimiento de V2 por Miocardiopatía hipóxica de 3.5 horas, Asfixia (encefalopatía asfíctica) de 3.5 horas, probable síndrome de aspiración meconial de 34 horas en un recién nacido de término con peso adecuado para edad gestacional.

**65.** Posterior al fallecimiento de V2, SP2 señaló que otorgarían el certificado de defunción con las causas de muerte referidas por el médico particular contratado por los familiares del recién nacido; sin embargo, debido a la inconformidad de QV con los diagnósticos y con las semanas de gestación aludidos por dicho galeno, presentó una querrela en la FGE, por el delito de *“Responsabilidad médica técnica, homicidio, lo que resulte, cometido en agravio del recién nacido, en contra de quien o quienes resulten responsables”*, iniciándose la CI respectiva.

**66.** A las 22:55 horas de esa misma fecha, SP6 recibió el cuerpo de V2, siendo trasladado a las instalaciones del Servicio Médico Forense de la FGE, a las 11:30 horas del 15 de octubre de 2018, donde SP7, perito médico oficial de esa Institución, procedió a la realización de la Necropsia de Ley, determinando que se trataba de un recién nacido masculino de 40 semanas de gestación, estableciendo que la causa de su fallecimiento se debió a una Neumonía aguda secundaria a broncoaspiración de meconio.

**67.** En ese sentido, la especialista de este Organismo Nacional refirió que de acuerdo a la causa de muerte señalada por SP7 en la Necropsia de ley, pudo establecerse que existió un proceso asfíctico previo, durante o después del nacimiento de V2, y que éste no fue identificado oportunamente por AR2 y AR3, ya que como la bibliografía especializada lo refiere, el síndrome de aspiración meconial



es un trastorno respiratorio causado por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial, la cual puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto.

**68.** Del mismo modo, se precisó que con base a la evolución clínica de V2 y a lo evidenciado en el resultado de la Necropsia de Ley, puede establecerse que la atención médica brindada a V1 y V2 por AR1, AR2 y AR3, fue inadecuada, debido a que incurrieron en negligencia por omisión, en virtud de que una vez identificados los factores de riesgo con los que V1 cursaba —como fueron cesárea iterativa, doble circular de cordón a cuello (riesgo útero placentario) y situación transversa (riesgo obstétrico)—, se omitió canalizarla oportunamente a otra Unidad Médica que contara con sangre en reserva, especialista en pediatría y los insumos materiales en caso de complicación materna o fetal, exponiéndola a un riesgo innecesario y poniendo en riesgo su salud así como la de su producto; circunstancia que impidió que V2 recibiera la atención médica especializada que requería, lo cual contribuyó al deterioro en su salud y a su posterior fallecimiento; acontecimiento obstétrico que pudo ser prevenido, detectado y tratado con éxito en una Unidad que contara con los recursos materiales y humanos necesarios si la madre y su producto hubieran sido canalizados oportunamente a otra unidad médica, como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

## **B. DERECHO A LA VIDA.**

**69.** Esta Comisión Nacional recuerda que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida<sup>26</sup>-. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

---

<sup>26</sup> La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

**70.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser 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 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

**71.** De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

**72.** 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...”*<sup>27</sup>.

**73.** En el caso de recién nacidos, el Comité de derechos del niño de Naciones Unidas en la Observación General No.7 *Realización de los derechos del niño en la primera infancia* en su párrafo 10, señala que *“El artículo 6 [de la Convención sobre los derechos del niño] se refiere al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Partes de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño. Se insta a los Estados Partes a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida.”*

**74.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V2 por AR1, AR2 y

<sup>27</sup> “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.

AR3 de la Clínica Hospital, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida cometido en su agravio, ya que desde el punto de vista médico legal, AR1 incurrió en negligencia por omisión, debido a que pese a haber identificado los factores de riesgo fetales de V2 (doble circular de cordón a cuello y situación transversa) y a sabiendas de que la Clínica Hospital no contaba con especialista en Pediatría o personal capacitado en Reanimación Neonatal, omitió canalizar a V1 a otra Unidad Médica que tuviera los insumos y recursos materiales y humanos necesarios para la atención de su producto, situación que contribuyó al deterioro de salud de V2 y a su posterior fallecimiento.

**75.** Por su parte, AR2 omitió brindarle la atención médica especializada que requería, limitándose a referirlo únicamente al área de alojamiento conjunto, donde incluso presentó quejido respiratorio, aumento del patrón respiratorio y falta del relejo de succión, sin que tampoco AR3 hubiese efectuado una exploración física adecuada que le hubiese permitido identificar los datos clínicos con los que cursó V2 al momento de su valoración, característicos de un proceso asfíctico neonatal secundario a Aspiración de Meconio, para así considerar referirlo a otra Unidad Médica que contara con los recursos e insumos necesarios para su tratamiento, siendo dichas omisiones las que contribuyeron al deterioro de las condiciones generales de V2 y a su posterior fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

### **C. DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.**

**76.** La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en los artículos 35, y 46, fracciones II y X, indica que el Estado es responsable de brindar a través de las instituciones del sector salud, de manera integral e interdisciplinaria, la atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas para que se asegure que en la prestación de los servicios del sector salud se respeten sus derechos humanos, así como prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

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

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

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

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

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

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

**83.** La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica “(…)

*el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (...) en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.<sup>28</sup>*

**84.** Respecto de los hechos que constituyeron violencia obstétrica, se advierte que AR1, personal médico de la Clínica Hospital que tuvo a su cargo el control prenatal de V1, omitió proporcionarle la atención médica con la calidad y la oportunidad que requería, al no haberla referido a un segundo nivel de atención de manera prioritaria, a sabiendas que el tipo de resolución sería por vía Cesárea y que el producto se encontraba en posición transversa y con doble circular de cordón a cuello, aunado a ello, decidió practicarle dicha intervención quirúrgica pese a que no se contaba con sangre en reserva, ni con especialista en Pediatría, lo que repercutió en el deterioro de salud de V2 y a su posterior fallecimiento.

**85.** El 13 de octubre de 2018, durante el evento quirúrgico, AR2 indicó el traslado de V2 al área de alojamiento conjunto, a pesar de haber integrado los diagnósticos de Recién Nacido de Término, con peso adecuado para su edad gestacional con riesgo de Síndrome de Aspiración de Meconio, siendo en esa misma fecha cuando AR3, lo refirió con tiros intercostales leves, con antecedente de aumento del patrón respiratorio, ausencia del reflejo de succión y quejido respiratorio, indicando únicamente administración de oxígeno suplementario, ayuno hasta mejorar sus condiciones generales, laboratorios de control y la toma de placa radiográfica de tórax portátil, sin que la Clínica Hospital contara con el equipo para su realización.

**86.** En ese sentido, el entorno clínico se contrapone con lo referido por personal de enfermería de esa Unidad Médica, al haber señalado que se recibió a V2 con hipotermia, palidez generalizada de tegumentos, aleteo nasal, sudoración peribucal, tirajes intercostales, retracción xifoidea y coloración verde oscura en el cuerpo por meconio, incrementándose durante su turno la frecuencia cardíaca y el aleteo nasal y agregándose que con posterioridad presentó dos vómitos en proyectil de meconio verde oscuro en abundante, de cantidad y consistencia espesa, situación que fue determinante en el deterioro de su estado de salud y a su posterior fallecimiento.

<sup>28</sup> Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 28.

87. De ese modo, AR2 y AR3 de la Clínica Hospital fueron omisos y poco exhaustivos en la atención médica brindada a V2, toda vez que omitieron tomar en consideración que previo a su nacimiento se encontraba en posición transversa y con doble circular de cordón a cuello, ello en relación con la sintomatología y los datos que advirtieron en su valoración, circunstancias que imposibilitaron que V2 recibiera el manejo que requería, lo cual contribuyó al deterioro de las condiciones generales del producto V2 y a su fallecimiento.

88. En consecuencia, AR1, personal médico a cargo del control prenatal de V1, así como AR2 y AR3, contravinieron los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, por los que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia, así como la supra citada Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal, en la que se establece que durante el trabajo de parto, se debe ofrecer a la paciente información amplia y detallada, así como atender su bienestar físico y emocional partiendo siempre del respeto a sus derechos humanos y al no hacerlo vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de V1, lo que trajo aparejado el detrimento en la salud de V2 y su posterior fallecimiento.

#### **D. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.**

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

90. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.<sup>29</sup>

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

<sup>29</sup> CNDH. Recomendaciones: 71/2021, párr. 82; 5/2021, párr. 64; 43/2020, párr. 68; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.



*relacionadas con la salud.*"<sup>30</sup>

**92.** Por otra parte, se debe considerar que la NOM-Del Expediente Clínico advierte que *"...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo."*

**93.** Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que *"la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad."*<sup>31</sup>

**94.** También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con 26 Observación General 14. "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV. 27 CNDH. Recomendación General del 31 de enero de 2017, p. 35. 35/54 la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de

<sup>30</sup> Observación General 14. "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

<sup>31</sup> CNDH. Recomendación General del 31 de enero de 2017, p. 35.



la persona.<sup>32</sup>

**95.** Esta Comisión Nacional, ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de las personas prestadoras de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del o la paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29/2017, así como en las Recomendaciones 71/2021, 39/2021, 28/2021, 5/2021, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, entre otras.

**96.** En el dictamen médico elaborado por una especialista de este Organismo Nacional, se advirtió que en las constancias que obran en el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica que se le otorgó a V1 y V2 en la Clínica Hospital, se incurrió en inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico, al verificarse que todas las notas médicas presentaron abreviaturas, en tanto la nota médica de nacimiento y hoja de egreso hospitalario, sin fecha ni hora de elaboración; las notas de las 07:00 horas del 13 de octubre de 2018 y de las 12:00 horas del 14 del mismo mes y año, con tachaduras y enmendaduras; notas de las 4:00 horas, 4:20 horas y 7:00 horas, del 13 de octubre de 2018, así como de las 10:22 horas, 14:30 horas y 18:00 horas, del 14 de octubre de 2021, y otra sin fecha de las 15:20 horas, son ilegibles; por cuanto hace a las notas de las 22:06 horas de 12 de octubre de 2018 y de las 11:00 horas del 13 de octubre de 2018, se encuentran sin nombre, ni rúbrica del médico que la efectuó y, la historia clínica no presenta fecha, hora, ni firma de quien la elaboró, por lo cual no fueron realizadas conforme a los lineamientos establecidos en la citada Norma Oficial Mexicana.

**97.** A consecuencia de lo anterior, se concluyó que existió inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico, debido a que las constancias que integran el expediente clínico de V1 y V2 presentaban tachaduras y enmendaduras, ilegible y sin la rúbrica del médico que las realizó.

**98.** La idónea integración del expediente clínico de V1 y V2 es un deber a cargo de

---

<sup>32</sup> CNDH. Recomendaciones 5/2021, párr. 68; 71/2021, párr. 86; 45/2020, párr. 93; 44/2020, párr. 64; 43/2020, párr. 72; 42/2020, párr.62.

las personas servidoras públicas prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.<sup>33</sup>

## **E. RESPONSABILIDAD.**

### **E.1 Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas.**

**99.** Como ha quedado evidenciado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las omisiones ya descritas, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la salud por la inadecuada atención en el derecho a la salud y una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1 y derecho a la salud por la inadecuada atención médica, el derecho a la vida y la vulneración al interés superior de la niñez de V2.

**100.** Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2 y AR3, constituyen evidencia suficiente para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto por el artículo 7º, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

**101.** Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

---

<sup>33</sup> CNDH, Recomendaciones 71/2021, párr. 90; 39/2021, párr. 111; 28/2021, párr. 112; 5/2021, párr. 71; 1/2021, párr. 89; 12/2016, párr. 74.

**102.** Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V1 y V2, respecto de la inadecuada elaboración de las notas médicas en la Clínica Hospital, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

## **E.2 Responsabilidad Institucional.**

**103.** Además de las responsabilidades en que incurrieron de manera individual AR1, AR2 y AR3, mismas que se analizaron con anterioridad, esta Comisión Nacional observó que en la Clínica Hospital predominó una problemática que desarrolló y propició la violación a derechos humanos a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida de V2, dando lugar a una responsabilidad institucional.

**104.** De conformidad con la Opinión Médica de esta Institución se corroboró que la Clínica Hospital incurrió en responsabilidad institucional al no contar con especialista en Pediatría los días 13 y 14 de octubre de 2018, al momento del nacimiento de V2, aunado a que tampoco se contó con personal capacitado en reanimación neonatal, ni con los insumos y recursos necesarios para su manejo y tratamiento, lo que fue determinante en el deterioro de su estado de salud y su fallecimiento.

**105.** Del mismo modo, se estableció que el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud dispone que *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*, y en su caso de no contar con éstos, el Artículo 74 señala que *“se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”*, sin que en el presente caso, ello hubiese ocurrido.

**106.** Adicionalmente, la especialista de esta Comisión Nacional advirtió que la Central de Esterilización y Equipos de la Clínica Hospital, incurrió en responsabilidad institucional por inobservancia al numeral 6.3.1.3 de la NOM-197-SSA1-2000, y 4.8 de la NOM-016-SSA32012, toda vez que los principios de asepsia médica instituidos en éstas señalan que deben ser aplicados correctamente con la finalidad de prevenir, controlar o reducir la transmisión de microorganismos a los pacientes que serán sometidos a un procedimiento quirúrgico, no obstante, durante la Cesárea que el 13

de octubre de 2018 le fue practicada a V1, existió un insecto tipo “mosca” en el campo quirúrgico.

**107.** En tal contexto, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2 y las irregularidades señaladas en la presente Recomendación, debido a la omisión por parte del ISSSTE de dotar a la Clínica Hospital de los recursos materiales suficientes para la atención y tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas y que, en este caso, provocó negligencia en el tratamiento oportuno para atender las afecciones que padeció V2, ya que su estancia en la Clínica Hospital generó que no se le hubiese brindado la oportunidad de agotar el manejo y tratamiento terapéutico que requería, al no contar con especialista en Pediatría el día 13 de octubre de 2018, al momento del nacimiento del agraviado y, el 14 de octubre de 2018, personal capacitado en reanimación neonatal, ni con insumos y recursos necesarios para el manejo y tratamiento de V2, lo que fue determinante en el deterioro de su estado de salud y su fallecimiento, por lo que se concluye que existe responsabilidad de tipo institucional atribuible al ISSSTE por inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud (artículos 21 y 26) debido a las omisiones señaladas, situaciones que favorecieron la falta de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, contribuyendo con ello en el deterioro del estado de salud de V2 y en su fallecimiento.

### F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

**108.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar

las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

**109.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 y V2, a la vida de V2 y a una vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información en materia de salud de V1, se deberá inscribir a QV y V1, conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

**110.** Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

**111.** Asimismo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV y V1, para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fue objeto V1 y V2 por parte del personal del ISSSTE, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas:

**a) Medidas de rehabilitación.**

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

**113.** En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el ISSSTE deberá proporcionar a QV y V1, la atención psicológica y tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas.

**114.** Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV y V1, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

**b) Medidas de compensación.**

**115.** Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.<sup>34</sup>

**116.** La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, así como, por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas

---

<sup>34</sup> Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.



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.

**117.** Para tal efecto, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV y V1, por la mala práctica que derivó en la inadecuada atención médica de V1 y el fallecimiento de V2, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

**c) Medidas de satisfacción.**

**118.** 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, fracción V, 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.

**119.** En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

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

**d) Medidas de no repetición.**

**121.** 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.

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

**123.** Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de la Clínica Hospital, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, para garantizar que el personal adscrito al Servicio de Pediatría agote las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten. En ese sentido, se deberán remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten el cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

**124.** Adicionalmente, en un plazo de tres meses deberá crear en la Clínica Hospital un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer, debiendo remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten el cumplimiento al punto recomendatorio sexto.

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

## V. RECOMENDACIONES.

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a QV y V1, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V2, en términos de la Ley General de Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención psicológica y tanatológica que requieran QV y V1, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y necesidades específicas. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2 y AR3 en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**CUARTA.** Diseñar e impartir en el plazo de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica, citadas en el cuerpo de esta Recomendación a todo el personal médico de la Clínica Hospital, en particular a AR1, AR2 y AR3, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso,

hecho lo anterior se remitan a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** En el plazo de dos meses se emita una circular dirigida al personal médico de la Clínica Hospital del ISSSTE, en Tapachula, Chiapas, de manera particular, al personal adscrito al Servicio de Pediatría, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, para garantizar que agote las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

**SEXTA.** En un plazo de tres meses deberá crear en la Clínica Hospital un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer.

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

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

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



concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

**128.** Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

**129.** Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

**PRESIDENTA**

**MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA**