



## **Recomendación 29/2019**

**Casos:** Sobre los derechos humanos a la protección a la salud, una vida libre de violencia obstétrica, acceso a la información y a la vida.

### **Autoridades responsables:**

- Servicios de Salud de Nuevo León
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León.

### **Derechos humanos violados:**

- Protección a la salud.
- Vida libre de violencia obstétrica.
- Acceso a la información.
- A la vida.

Monterrey, Nuevo León, a 6 de diciembre de 2019.

**Dr. Manuel Enrique de la O Cavazos,  
Director General de los Servicios de Salud de Nuevo León O.P.D.**

**Lic. Carlos Alberto Morales Rizzi,  
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
de los Trabajadores del Estado de Nuevo León.**

La Comisión Estatal de Derechos Humanos<sup>1</sup> ha examinado las evidencias recabadas en el expediente **CEDH-2018/759/01** y otros, con motivo de las quejas iniciadas por presuntas violaciones a los derechos humanos atribuidas al personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil, al Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”, así como al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León.

---

<sup>1</sup> De conformidad con lo dispuesto por los artículos 1 y 102, apartado “B”, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 y 87 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León; y 3 de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

El análisis de los hechos y constancias se realiza bajo los principios de la lógica, la experiencia y la sana crítica,<sup>2</sup> garantizándose en todo momento la protección de los datos personales.<sup>3</sup>

Es importante mencionar que las resoluciones que emite este organismo se centran en el respeto y garantía de los derechos humanos contemplados en nuestro derecho interno e internacional, así como en las interpretaciones evolutivas o progresivas que realicen los organismos nacionales e internacionales facultados para hacerlo, bajo la óptica de los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Cabe aclarar que esta resolución no afecta el ejercicio de otros derechos o medios de defensa, ni interrumpe los plazos de preclusión o prescripción<sup>4</sup>; y en cuanto a las evidencias recabadas, solo se hace referencia a las constancias relevantes en atención a su viabilidad para acreditar los hechos expuestos.

Ahora bien, para una mejor comprensión deberá tenerse en cuenta el siguiente:

### **Glosario**

Comisión:	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León
CIDH:	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Constitución Federal:	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Constitución Local:	Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León
Corte IDH:	Corte Interamericana de Derechos Humanos
Hospital Metropolitano:	Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”

---

<sup>2</sup> Artículo 41 de la Ley que Crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

<sup>3</sup> Artículos 6, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución Federal y 4, párrafo segundo, de la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

<sup>4</sup> Atento a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley que Crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León.

Hospital Materno Infantil: Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil

ISSSTELEON: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

NOM-007-SSA2-2016: 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

SCJN: Suprema Corte de Justicia de la Nación

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

## 1. ANTECEDENTES

En la presente determinación se abordan 5 casos de mujeres embarazadas que sufrieron de violencia obstétrica, como se detalla a continuación:

### 1.1. Caso 1<sup>5</sup>

- El 2 de julio de 2018, V1 presentó dolores de parto, por lo que acudió al Hospital Metropolitano en compañía de V2.
- A las 21:25 horas, personal de dicho hospital le realizó a V1 una exploración obstétrica, señalándose que el producto del embarazo presentaba situación longitudinal y posición cefálica, por lo que se determinó como plan y tratamiento pasar a labor de parto.
- A las 01:30 horas del 3 de julio de 2018 se le realizó amniorrexis (rotura de la bolsa), encontrando líquido amniótico meconial y posición transversa, decidiendo continuar con el trabajo de parto natural.
- Hasta las 2:30 horas ingresó a la sala de expulsión en tococirugía y se intentó rotación manual de variedad de posición sin éxito.

---

<sup>5</sup> Expediente de queja CEDH-2018/759/01.

- Al estar en el canal de parto durante 2 horas se decidió realizar bloqueo epidural para uso de fórceps para rotación de 45° para la extracción del producto del embarazo, naciendo V3 a las 02:53 horas del 3 de julio de 2018.
- Trasladaron a V3 a la UCIN para su atención en el mismo Hospital Metropolitano.
- El 07 de agosto de 2018, V3 fue trasladado al Hospital Materno Infantil para continuar con su atención médica. Luego egresó de dicho nosocomio.
- V3 fue diagnosticado con encefalopatía hipóxico-isquémica<sup>6</sup>, como secuelas de la asfixia perinatal.
- El 27 de enero de 2019, V3 con 6 meses de edad falleció a causa de asfixia por broncoaspiración.

## 1.2. Caso 2<sup>7</sup>

- El 10 de julio de 2018 V4 presentó dolores de parto, los cuales fueron incrementándose, por lo que se dirigió al Hospital Metropolitano en compañía de su pareja, V5.
- A las 15:40 horas de dicho día, personal del Hospital inició la consulta a la víctima en el Departamento de Ginecología y Obstétrica, en el área de tococirugía, le practicaron un interrogatorio directo, del cual tuvieron conocimiento que tenía como antecedentes una cesárea previa, que se encontraba en embarazo a término con 39.2 semanas de gestación y que del tacto vaginal no se desprendía que presentara dilatación.
- Le programaron operación cesárea hasta la semana 40 y la mandaron a su domicilio.
- A las 18:50 horas del mismo día 10 de julio de 2018 V4 acudió nuevamente al Hospital por presentar actividad uterina irregular y los dolores se incrementaron, por lo que el personal la revaloró y señalaron como plan terapéutico ingreso para operación cesárea.

---

<sup>6</sup> Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social, Actualización 2017.

“La encefalopatía hipóxico-isquémica es la lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional mayor a 35 semanas.”

<sup>7</sup> Expediente de queja CEDH-2018/785/01 y su acumulado CEDH-2018/792/01.

- Después de casi 3 horas de que V4 presentara fuertes dolores de parto y sin recibir atención médica, solicitó alta voluntaria para acudir a otro nosocomio, la cual firmó a las 21:44 horas.
- No se retiró, por lo que continuó en el Hospital Metropolitano en labor de parto, y a las 22:40 horas le realizaron un registro cardiotocográfico, pero ya no encontraron frecuencia cardiaca en el producto del embarazo, por lo que se decidió pasar a quirófano a operación cesárea.
- Se observó producto en cavidad abdominal con sangrando abundante y se procedió a su extracción sin signos vitales a las 23:40 horas.
- Presentó ruptura uterina total a nivel de cicatriz previa.

### 1.3. Caso 3<sup>8</sup>

- El 27 de enero de 2016 V6 acudió al Hospital Materno Infantil al presentar dolores de parto.
- A las 18:20 horas nació V7, mediante parto distócico<sup>9</sup> con uso de fórceps.
- Al presentar V7 algunos síntomas y realizarle estudios, se le encontró hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural derecho, desplazamiento de la línea media hacia la izquierda y colapso de ventrículos, por lo que ingresó a la UCIN para su atención médica.
- V7 fue trasladada de manera urgente al Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para realizarle procedimiento quirúrgico.
- Fue diagnosticada con parálisis cerebral espástica.

### 1.4. Caso 4<sup>10</sup>

- El 20 de enero de 2018, V9 fue atendida en el Hospital Materno Infantil, donde nació V11 por cesárea, sin esfuerzo respiratorio ni frecuencia cardiaca, por lo que requirió maniobras avanzadas de reanimación. Posterior a su estabilización se procedió al cierre del defecto de gastrosquisis<sup>11</sup> que presentó, encontrando en el

<sup>8</sup> Expediente de queja CEDH-80/2016.

<sup>9</sup> NOM-007-SSA2-2016.

3.13 Distocia, a las complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

<sup>10</sup> Expediente CEDH-2018/405/01.

<sup>11</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

transoperatorio asas de intestino delgado y colon exteriorizadas con peritonitis amniótica moderada<sup>12</sup>.

- Posteriormente el recién nacido pasó a la UCIN.
- En el post operatorio V9 presentó dehiscencia de herida quirúrgica<sup>13</sup>.
- Se informó a los familiares la gravedad del recién nacido, señalándole que nació con bajo peso, con asfixia perinatal secundaria a desprendimiento de placenta del 70% y postoperado de cierre primario por gastrosquisis.
- El 7 de febrero se le realizó al recién nacido laringoscopia por presentar datos de dificultad respiratoria, durante el procedimiento no se observaron datos compatibles con laringomalacia, por lo que se realizó traqueotomía, mismo que está indicado en pacientes con ventilación mecánica prolongada.
- El 2 de marzo se le realizó una gastrostomía, procedimiento conveniente por presentar el recién nacido alteraciones en la deglución, reflujo gastroesofágico y riesgo de broncoaspiración, dándosele aviso a familiares del alto riesgo de complicaciones quirúrgicas por los antecedentes del bebé.
- Posteriormente, el 15 de marzo el recién nacido se cambió al área de cuidados intermedios con pronóstico reservado.
- El 8 de abril ante la sospecha de sepsis (infección generalizada), personal explicó a familiares el estado de gravedad y la posibilidad de que falleciera el recién nacido.
- El 9 de abril de 2019, V11 con casi 3 meses de edad falleció a causa de choque séptico, sepsis taicita, gastriquisis, asfixia perinatal severa<sup>14</sup>..

### 1.5. Caso 5<sup>15</sup>

- V12 recibió atención médica en el ISSSTELEÓN, donde se estuvo atendiendo por su embarazo en el periodo de noviembre de 2016 al mes de marzo de 2017.
- Durante las consultas por su embarazo, no le practicaron exámenes de sangre, a pesar de tener tipo de sangre RH negativo, el cual requiere atención especial.

---

“3.33. Gastrosquisis: a la protrusión del contenido abdominal a través de la pared abdominal sin involucrar el cordón umbilical

<sup>12</sup> Informe de Pediatría del Hospital Materno Infantil.

<sup>13</sup> Notas clínicas del 21, 27, 28, 29 y 30 de enero de 2018.

<sup>14</sup> Acta de defunción del Registro Civil en el Estado.

<sup>15</sup> Expediente CEDH-1096/2017.

- A partir de la semana 37 acudió cada semana al médico a que la atendieran por presentar fuertes contracciones, hinchazón, dolor de cabeza y alta presión, sin embargo, no le hicieron ningún estudio.
- Acudió en dos ocasiones en el mes de marzo para que la atendieran por contracciones, pero ambas veces la regresaron porque aún no dilataba lo suficiente, señalándole que le faltaban dos semanas para que naciera el bebé.
- El 21 de marzo de 2017 V12 contando con 42 semanas de gestación, sintió un dolor fuerte en la noche, por lo que acudió al ISSSTELEON, en compañía de su pareja V13, sin embargo, le dijeron que el bebé ya no presentaba signos de vida.

## **2. ESTUDIO DE FONDO**

A continuación, se procederá al análisis de fondo, para el cual es pertinente señalar que, de acuerdo a las pruebas allegadas, esta Comisión consideró que se vulneraron los siguientes derechos:

- Derecho a la salud, en su vertiente de adecuada atención médica.
- Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.
- Derecho de acceso a la información en materia de salud, en su vertiente de adecuada integración del expediente clínico.
- Derecho a la vida.

Por lo tanto y dado que se trata de derechos humanos que tienen sus propias particularidades, para una mejor comprensión, el examen respectivo se realizará de la siguiente manera:

En primer lugar, se especificará el marco normativo que resulta aplicable a cada uno de los derechos mencionados.

Posteriormente, se analizará cada caso en particular en relación a los mencionados derechos y, derivado de ello, se determinará la responsabilidad de las autoridades involucradas.

Luego, se formularán las conclusiones globales, para hacer el reconocimiento de víctimas, así como las medidas reparatorias que correspondan.

Finalmente, se emitirán las recomendaciones que ésta Comisión considera pertinentes.

## **2.1. Inadecuada atención médica**

### **2.1.1. Marco normativo aplicable al derecho a la salud**

La Constitución Federal dispone que todas las personas gozan de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es parte, así como de las garantías para su protección; asimismo, que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar dichos derechos, y prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los mismos.<sup>16</sup>

El párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Federal reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En este sentido, la SCJN ha establecido, mediante jurisprudencia, que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra:

“El disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas. De lo anterior se desprende que, para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos. Esto es, para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho a la salud, el Estado debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin.”<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Artículo 1º.

<sup>17</sup> Jurisprudencia 1a./J.50/2009, de rubro “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.” emitida por la Primera Sala de la SCJN, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Tomo XXIX, p. 164, Novena Época, registro 167530.



El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma 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.

El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con “a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...)”.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General 24<sup>18</sup>, afirmó que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer<sup>19</sup>.

También observó que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> La Mujer y la Salud: 02/02/99. CEDAW Recomendación General 24. Párrafo 1

<sup>19</sup> Artículo 12:

*“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

*2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”*

<sup>20</sup> La Mujer y la Salud: 02/02/99. CEDAW Recomendación General 24, párrafo 27

Al respecto, es importante señalar que la Corte IDH ha sostenido que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos.

Asimismo, la Corte IDH ha reiterado que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre. En tal sentido, los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las mujeres que viven en condiciones de pobreza, las mujeres indígenas y afrodescendientes y las adolescentes, son quienes enfrentan un mayor riesgo de ver afectado su derecho a la integridad en el acceso a servicios de salud materna<sup>21</sup>.

Ahora bien, el artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño dispone que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en “asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”.

El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General número 15 reconoció que: “entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto<sup>22</sup>.”

---

<sup>21</sup> CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 96

<sup>22</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General número 15. Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). 17 de abril de 2013. CRC/C/GC/1. Párrafo 18.

Para reducir la mortalidad infantil el Comité de los Derechos del Niño recomienda “fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido”.<sup>23</sup>

Ahora bien, la Ley General de Salud en su artículo 3°, fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la niña o el niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

En el ámbito local, lo anterior se encuentra contenido en el artículo 4, fracción II y el artículo 25 de la Ley Estatal de Salud.

Además, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en el artículo 50, dispone que las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y que las autoridades federales, estatales y municipales se mantendrán coordinadas a fin de reducir la morbilidad y mortalidad, asegurarles asistencia médica y sanitaria, así como asegurar la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio.

Lo anterior, está contemplado en el artículo 60 de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado.

#### **2.1.1.1. Consideraciones preliminares**

Es importante mencionar que, la NOM-007-SSA2-2016<sup>24</sup>, dispone que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién

---

<sup>23</sup> *Ibíd.* Párrafo 34.

<sup>24</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de

nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en la citada Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

Dicho documento indica que durante la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México<sup>25</sup>

Señala que las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve<sup>26</sup>.

---

Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

<sup>25</sup> NOM-007-SSA2-2016, 5.5.4.

<sup>26</sup> *Ibíd*, 5.5.10.

El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias<sup>27</sup>.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que tres son las causas que explican las tres cuartas partes de la mortalidad neonatal en el mundo: partos prematuros (29%), asfixia (23%) e infecciones graves tales como sepsis y neumonía (25%). En ese sentido, indica que si las intervenciones disponibles llegaran hasta quienes las necesitan se podrían prevenir dos tercios o más de esas defunciones<sup>28</sup>

Al respecto, resulta conveniente citar lo establecido en el Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, Guía de Referencia Rápida, catálogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS-632-13, el cual menciona que la Organización Mundial de la Salud ha estimado que más de un millón de recién nacidos sobreviven a la asfixia, mismos que presentan secuelas como: parálisis cerebral infantil, problemas de aprendizaje y problemas del desarrollo físico y mental<sup>29</sup>.

Dicho instrumento señala que la mayoría de los eventos de hipoxia se presentan en la etapa fetal. Aproximadamente el 5% ocurre antes del inicio del trabajo de parto, 85% durante el parto y el 10% restante durante el período neonatal. Entre los factores de riesgo se encuentran a nivel obstétrico el líquido amniótico meconial, presentación fetal anormal, trabajo de parto prolongado o precipitado, entre otros; y a nivel fetal, se encuentran las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, macrosomía fetal, entre otros.

---

<sup>27</sup> *Ibíd.*, 5.5.11.

<sup>28</sup> [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn\\_deaths\\_20110830/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/)

<sup>29</sup> Página 2.

## 2.1.2. Responsabilidad determinada

### 2.1.2.1. Del Caso 1.

El 2 de julio de 2018 V1 presentó dolores de parto, por lo que acudió al Hospital Metropolitano.

Se inició la consulta en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Tococirugía, a las 21:25 horas, el personal le realizó a la víctima una exploración obstétrica, de la cual en la nota de urgencias obstétricas se indicó que tenía 7 centímetros de dilatación, situación longitudinal y presentación cefálica, por lo que se determinó como plan y tratamiento pasar a labor de parto.

Ingresó a la sala de labor de parto a las 00:00 horas del 3 de julio de 2018<sup>30</sup>.

Luego a las 01:30 horas se le realizó amniorrexis (rotura de la bolsa), encontrando líquido amniótico meconial y posición transversa, decidiendo continuar con el trabajo de parto natural y resolución vía eutócica.<sup>31</sup>

Hasta las 2:30 horas ingresó a la sala de expulsión en tococirugía<sup>32</sup>.

Se le practicó rotación manual de variedad de posición sin éxito.

Al estar en canal de parto durante 2 horas se le pasó al área de quirófano, se realizó bloqueo epidural, se colocaron fórceps para rotación de 45° para la extracción del producto del embarazo, naciendo V3 a las 02:53 horas<sup>33</sup>.

Por su parte, en el informe rendido por el Departamento Jurídico de Servicios de Salud, se argumentó que durante el proceso de trabajo de parto en la sala de labor donde ingresó V1 a las 00:00 horas, se vigilaron los síntomas de la paciente y a las 02:35 horas se detectó al producto bradicardia fetal de 100 latidos por minuto, se

---

<sup>30</sup> Resumen clínico del Jefe de Departamento de Ginecología y Obstétrica, fechado el 9 de agosto de 2018.

<sup>31</sup> Resumen clínico de la Jefa de Servicio de Pediatría de Hospital Metropolitano; y, Departamento de Pediatría, Nota de Ingreso a la UCIN.

<sup>32</sup> Resumen clínico del Jefe de Departamento de Ginecología y Obstétrica, de fecha el 9 de agosto de 2018.

<sup>33</sup> *Ibíd.*

realizó tacto vaginal para valorar dilatación y descenso de la presentación, encontrándose con dilatación completa y producto muy descendido<sup>34</sup>.

Ahora bien, de acuerdo con la opinión médica elaborada por el Perito en Evaluaciones Médicas de esta Comisión, la evaluación señalada por la autoridad en su informe, así como la atención médica que fue descrita en párrafos anteriores, no fue efectiva, ni se actuó en forma pertinente, ya que se debieron tomar acciones desde las 01:30 horas del 3 de julio de 2018 cuando se detectó posición transversa del producto y la presencia de líquido amniótico meconial. En cambio, el caso no se manejó como urgencia obstétrica<sup>35</sup>, de ahí que la atención no fue oportuna<sup>36</sup> como lo menciona la norma citada en el apartado de consideraciones preliminares, entre otras<sup>37</sup>.

Cabe resaltar que a las 21:25 horas del 2 de julio de 2018, en la exploración obstétrica, se señaló longitudinal y presentación cefálica<sup>38</sup>, y a las 01:30 horas del 3 de dicho mes y año, se encontró posición trasversa<sup>39</sup>.

Sobre ello, en el informe del Departamento Jurídico la autoridad indicó que “el producto durante el embarazo puede ocupar diferentes posiciones y que al final del embarazo y durante el proceso del trabajo de parto tienden a acomodarse a posición cefálica, como ocurrió con la paciente la cual se certificó que el producto venía en posición y presentación adecuada para un parto vaginal, es decir, no venía en posición transversal”.

Al respecto, la opinión médica de esta Comisión indicó que, si bien el producto durante el embarazo puede ocupar diferentes posiciones, cuando hay trabajo de

---

<sup>34</sup> Informe de fecha recibido 24 de agosto de 2018.

<sup>35</sup> NOM-007-SSA2-2016

3.52 Urgencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

<sup>36</sup> NOM-007-SSA2-2016

3.28 Oportunidad de la atención, a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

<sup>37</sup> Las cuales fueron detalladas en la opinión médica fechada el 20 de noviembre de 2018.

<sup>38</sup> Nota de urgencias obstétricas 02 de julio de 2018.

<sup>39</sup> Resumen clínico de Jefatura de Pediatría, fechado el 13 de agosto de 2018.

parto fase activa, encajado el producto en la pelvis materna, ya no podrá cambiar de posición de cefálica a transversa.

Resulta relevante indicar que, el Lineamiento Técnico, Cesárea Segura de la Secretaría de Salud<sup>40</sup> dispone que, las alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal, así como sufrimiento fetal, son indicadores para realizar una operación cesárea; situación que personal del Hospital Metropolitano pasó desapercibida durante la valoración clínica de las 01:30 horas y continuó con la labor de parto natural prolongándose hasta las 02:35 horas.

Además, V1 manifestó ante personal de esta Comisión que, cuando llegó al Hospital Metropolitano le dio a conocer al personal del nosocomio sus antecedentes médicos, al referirles que su médico particular le dijo que el bebé estaba en posición atravesada y requería cesárea, por lo que dijo entregó cintas de ecografías, 7 impresas de fecha 18 de abril y 1 de julio de 2018, un reporte de ecografía obstétrica y unos exámenes de azúcar y presión arterial, pero el personal le regresó las ecografías y el reporte y le dijo que eso lo verían en el área de parto.

Al respecto, si bien, no se cuenta con las evidencias que acrediten que lo anterior sucedió. Llama la atención que, en el informe rendido por el Departamento Jurídico de Servicios de Salud, se argumentó que “las cintas de ecografía no son reportes válidos que nos indiquen alguna conducta obstétrica para que sea parto o cesárea”

Sobre ello, el perito médico de la Comisión basado en la literatura médica, señala en la opinión médica que, contrario a la afirmación de la autoridad, los estudios ecográficos no pueden desestimarse al adoptar una conducta a seguir, puesto que justamente éstos tienen como objetivo: confirmar embarazo, número fetal, presentación y posición, viabilidad, valoración de líquido amniótico, localización y características placentarias, actividad biofísica fetal, valoración de masas pélvicas maternas y valoración anatómica fetal<sup>41</sup>.

Ahora bien, del resumen clínico de la Jefatura de Pediatría del Hospital Metropolitano se desprende que, mediante parto distócico, por aplicación de

---

<sup>40</sup> Cesárea segura, lineamiento técnico. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. 2002.

<sup>41</sup> Revista colombiana de obstetricia y Ginecología, 1997.



fórceps, se obtuvo el producto único, vivo, sin esfuerzo respiratorio, con frecuencia cardíaca de 60 latidos por minuto, cianótico e hipotónico, iniciándose manejo con ventilación a presión positiva con oxígeno durante dos ciclos de reanimación neonatal, se intubó y se le ingresó a la UCIN para continuar su atención.

Respecto al diagnóstico del niño, el 27 de julio de 2018, tras efectuarle una resonancia magnética de cerebro, se reportó encefalopatía hipóxico-isquémica, como secuelas de la asfixia perinatal que sufrió.

El 07 de agosto de 2018 fue trasladado al Hospital Materno Infantil para continuar con su atención médica.

En este orden de ideas, del expediente clínico de V3, se desprende que durante el tiempo en quirófano, no se contó con algunos materiales como fijación, succión, sondas de aspiración, sondas orogástricas, por lo que se retrasó momentáneamente su uso<sup>42</sup>.

Sobre ello, la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, Catálogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS-632-13 dispone que, en presencia de factores de riesgo positivos para asfixia neonatal se deberá verificar que la unidad cuente con recursos humanos y materiales adecuados para la atención de un recién nacido asfixiado y posiblemente grave. Si no se dispone de lo anterior, se deberá solicitar con oportunidad el traslado de la madre a una unidad que cuente con los recursos necesarios para la atención de ella y el recién nacido<sup>43</sup>.

Al respecto, el perito en evaluaciones de la Comisión determinó en la opinión médica que no fue adecuada ni pertinente la atención médica brindada a V3, puesto que las deficiencias en el material antes citado, pudo significar un deterioro en su atención en el momento crítico de urgencia, de acuerdo a la señalado en el párrafo anterior.

Lamentablemente, el 27 de enero de 2019, V3 con 6 meses de edad falleció a causa de asfixia por broncoaspiración, lo cual se desprende de la autopsia D2 de fecha 5

---

<sup>42</sup> Departamento de Pediatría, Nota de ingreso a UCIN.

<sup>43</sup> Página 4.

de febrero de 2019, contenida en el expediente D4, iniciado con motivo de la pérdida de su vida.

La serie de omisiones acreditadas por parte del personal médico del Hospital Metropolitano impactaron en la calidad de vida del recién nacido V3, de manera severa, al diagnosticársele encefalopatía hipóxico-isquémica. A dicha conclusión se arriba en virtud del nexo detectado entre la contradicción de registros en el expediente clínico de la posición del producto en el vientre materno, la falta de abordaje del caso como urgencia obstétrica, la falta de acciones pertinentes ante el hallazgo de líquido amniótico meconial más de una hora antes del alumbramiento y, por ende, el sometimiento del recién nacido a evento hipóxico isquémico severo.

Por todo lo expuesto, es de concluirse que personal del Hospital Metropolitano es responsable de la vulneración del derecho de la salud de V1 y V3, éste último quien 6 meses después falleció, siendo responsable también de haber vulnerado el derecho a la vida de V3.

#### **2.1.2.2. Del Caso 2**

El 10 de julio de 2018 V4 presentó dolores de parto, los cuales fueron incrementándose, por lo que se dirigió al Hospital Metropolitano<sup>44</sup>.

A las 15:40 horas de dicho día, se inició la consulta a la víctima en el Departamento de Ginecología y Obstétrica, en el área de tococirugía, el personal le practicó un interrogatorio directo, en el que manifestó como antecedentes ginecoobstétricos una cesárea previa, y como motivo de éste, sufrimiento fetal. Se indicó que presentaba un embarazo de 39.2 semanas de gestación. Le realizaron un tacto vaginal, señalando que no presentaba dilatación. No se desprende que le hayan realizado un ultrasonido obstétrico. Además, se indicó que la programaron para operación cesárea en unos días que cumpliera la semana 40, de ahí que la mandaron a su domicilio.

---

<sup>44</sup> Resumen clínico por parte del Departamento de Ginecología y Obstétrica del Hospital Metropolitano; resumen del producto óbito.

V4 no se retiró del lugar, esperó unas horas afuera de las instalaciones del Hospital ya que el dolor se incrementaba.

Luego, la víctima a las 18:50 horas acudió nuevamente al interior del Hospital Metropolitano por presentar actividad uterina irregular, la revaloraron y señalaron como plan terapéutico ingreso para operación cesárea.

Al paso de alrededor de 3 horas y al no recibir atención médica, V4 solicitó alta voluntaria para acudir a otro nosocomio, la cual firmó a las 21:44 horas.

Sin embargo, no se retiró y continuó con la labor de parto en el Hospital Metropolitano, y a las 22:40 horas le realizaron un registro cardiotocográfico, pero ya no encontraron frecuencia cardiaca en el producto del embarazo, por lo que se decidió pasar a quirófano a operación cesárea.

Se observó producto en cavidad abdominal con sangrando abundante y se procedió a su extracción sin signos vitales a las 23:40 horas. Mientras que V4 presentó ruptura uterina total a nivel de la cicatriz previa.

Ahora bien, resulta relevante dejar asentado que la NOM-007-SSA2-2016 dispone las actividades que deben realizar por parte del personal de salud en la consulta prenatal, en lo que interesa, algunas de ellas consisten en lo siguiente<sup>45</sup>:

- Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación y malformaciones fetales.
- Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.
- Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.
- Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.
- Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa,

---

<sup>45</sup> 5.2.1.1.3; 5.2.1.4; 5.3.1.1.; 5.3.1.2; 5.3.1.3.

hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.

De la nota de urgencias obstétricas llenada al inicio de la consulta a las 15:40 horas del 10 de julio, se desprende el interrogatorio directo que le realizaron a la víctima, en el que se indicó como antecedentes ginecoobstétricos una cesárea previa, y como motivo de éste, sufrimiento fetal. Además, se señaló que V4 presentaba un embarazo de 39.2 semanas de gestación y no presentaba dilatación. También que la programaron para operación cesárea en unos días que cumpliera la semana 40, por lo que la mandaron a su domicilio.

Al respecto la Guía de práctica clínica, Parto después de una Cesárea, Catálogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-605-13<sup>46</sup> indica que, en las mujeres embarazadas que cursan con embarazo de término y que tienen el antecedente de una cesárea clásica o corporal (como lo es el presente caso), el riesgo de ruptura uterina<sup>47</sup> es de 200-900/10,000 (2-9%). Por lo que se recomienda programar cesárea electiva de repetición<sup>48</sup>.

Ahora bien, la Opinión Médica<sup>49</sup> de esta Comisión advierte que desde el inicio de la consulta el 10 de julio, a las 15:40 horas, al percatarse que no presentaba dilatación de cérvix y tenía como antecedente cesárea previa, debieron haberla atendido en primera instancia en ese momento, y no indicarle que acudiera días después.

Además, señaló que la intensidad de los dolores abdominales que son cada vez más intensos en una mujer embarazada, es una alerta para el personal médico cuando la paciente tiene una cesárea previa, ya que puede haber rotura de cicatriz de la misma, como ocurrió en éste caso.

Asimismo, indicó que, si la paciente estaba programada para cesárea y ya presentaba dolores de parto, no había necesidad de dejarla con éstos más tiempo,

---

<sup>46</sup> Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013.

<sup>47</sup> *Ibíd.* Página 2. Ruptura uterina: Pérdida de la solución de continuidad de las paredes uterinas, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica.

<sup>48</sup> *Ibíd.* Página 2. Cesárea electiva de repetición: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por el antecedente de una operación cesárea y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

<sup>49</sup> Opinión médica elaborada el 20 de diciembre de 2018.

ya que entre más tiempo trascurriera, el riesgo de consecuencias era alto, para la vida del producto del embarazo y la mamá.

Por las razones anteriores, el perito médico de esta Comisión concluyó en la opinión médica que la atención que recibió V4 por el personal del nosocomio no fue oportuna, toda vez que no le prestaron la atención en el área de urgencias desde el 10 de julio de 2018, a las 15:40 horas, en que conocieron los datos de alarma en el embarazo que fueron señalados con antelación.

Aunado a lo anterior, conforme a la opinión médica la víctima V4 fue atendida por rotura de útero debido a que presentó fuertes contracciones uterinas y tenía como antecedente cesárea previa, situación que puso en peligro su vida y pudo haberse evitado si se le hubiera tratado de manera temprana.

También, resaltó la Nota Post-Operatoria/Nota Quirúrgica, del 11 de julio de 2018, a las 01:45 horas, en la cual en el apartado de Diagnóstico Postoperatorio se señaló puerperio quirúrgico y ruptura uterina total. Sobre ello, el perito médico de esta Comisión indicó que V4 puede tener complicaciones en futuros embarazos.

Por lo antes señalado, es de concluirse que personal del Hospital Metropolitano es responsable de la vulneración del derecho de la salud de V4.

Finalmente, en la opinión médica de esta Comisión se indicó que la dilación en la atención médica de V4 influyó de manera determinante en la muerte del producto del embarazo.

### **2.1.2.3. Del Caso 3**

El 27 de enero de 2016 V6 acudió al Hospital Materno Infantil al presentar dolor ocasionado por trabajo de parto.

A las 18:20 horas nació V7, mediante parto espontáneo y distócico con uso de fórceps.

Al presentar algunos síntomas y realizarle estudios, se le encontró hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural derecho, desplazamiento de la línea media

hacia la izquierda y colapso de *ventrículos*<sup>50</sup>, por lo que ingresó a la UCIN y luego fue enviada de manera urgente al Hospital Universitario para realizar procedimiento quirúrgico. De ahí que se le diagnosticó parálisis cerebral espástica.

En la opinión médica del perito de esta Comisión<sup>51</sup>, se citó el artículo “Hemorragia intracraneal en el recién nacido a término”<sup>52</sup>, el cual refiere que ésta se debe casi siempre a lesiones traumáticas, las cuales son más probables entre otras razones, en los partos rápidos o prolongados, así como en los instrumentados, favoreciendo el excesivo moldeamiento de la cabeza, que da lugar a estiramientos o desgarros de las venas intracerebrales. También, señala que se han observado más hemorragias intracraneales en los partos con fórceps y extracción por vacío que en los espontáneos.

Ahora bien, de la opinión médica de esta Comisión se desprende que, de la historia clínica y notas de evolución realizadas durante la atención médica brindada en el Hospital Materno Infantil, además la cita bibliográfica, se estimó que el plan terapéutico y el manejo que se le planteó a la V6 se efectuó en tiempo, forma y acorde a las guías médicas del parto distócico.

Indicó que dentro de la atención del parto era importante acortar el periodo expulsivo para beneficio materno fetal, ya que al momento de la amniorrexis (rotura de bolsa de líquido amniótico) se detectó la presencia de meconio, por lo cual se tuvo la sospecha de compromiso fetal inmediato o potencial.

Por lo anterior, según la opinión médica estaba indicado el uso de fórceps, sin embargo, posterior al retiro del mismo se encontró un hematoma subdural de lado derecho.

Al respecto, en la ampliación de opinión médica de esta Comisión del 19 de junio de 2019, se concluyó que el uso de fórceps es condicionante para la aparición del hematoma subdural en los recién nacidos.

---

<sup>50</sup> Historia clínica del recién nacido; nota de referencia del Hospital Materno del 28 de enero de 2016 a las 15:56 horas.

<sup>51</sup> Opiniones médicas del 26 de mayo de 2017 y ampliación a la misma del 27 de junio de 2019.

<sup>52</sup> Omar León Vara, de la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba, 2006.

Asimismo, se indicó que la calidad de vida de la niña V7 se verá afectada de manera permanente e irreversible, por lo que es necesaria la atención médica multidisciplinaria.

Por lo antes señalado, se concluye que personal del Hospital Metropolitano es responsable de la vulneración del derecho de la salud de la niña V7.

#### **2.1.2.4. Del Caso 4.**

El 20 de enero de 2018, V9 fue atendida en el Hospital Materno Infantil, donde nació V11 por cesárea, sin esfuerzo respiratorio ni frecuencia cardiaca, por lo que requirió maniobras avanzadas de reanimación. Posterior a su estabilización se procedió al cierre del defecto de gastrosquisis que presentó el recién nacido, encontrando en el transoperatorio asas de intestino delgado y colon exteriorizadas con peritonitis amniótica moderada. Posteriormente el recién nacido pasó a la UCIN.

En el post operatorio V9 presentó dehiscencia de herida quirúrgica.

Se informó a los familiares la gravedad del bebé, señalándole que nació con bajo peso, con asfixia perinatal secundaria a desprendimiento de placenta del 70% y postoperado de cierre primario por gastrosquisis.

El 7 de febrero se realizó laringoscopia por presentar datos de dificultad respiratoria, durante el procedimiento no se observaron datos compatibles con laringomalacia, por lo que se realizó traqueotomía, mismo que está indicado en pacientes con ventilación mecánica prolongada.

El 1 de febrero el recién nacido presentó salida de meconio a través de la herida quirúrgica, lo cual ya no sucedió al día siguiente, por lo que, al no cubrir criterios para cirugía de reparación, el manejo médico fue que la fistula cerrara espontáneamente, mientras controlaban complicaciones.

El 2 de marzo se realizó una gastrostomía, procedimiento indicado por presentar el recién nacido alteraciones en la deglución, reflujo gastroesofágico y riesgo de broncoaspiración, dándosele avisó a familiares del alto riesgo de complicaciones quirúrgicas por los antecedentes del bebé.

Posteriormente, el 15 de marzo se cambió al recién nacido al área de cuidados intermedios con pronóstico reservado.

El 8 de abril ante la sospecha de sepsis (infección generalizada), el personal explicó a familiares el estado de gravedad y la posibilidad de que falleciera el recién nacido.

El 9 de abril de 2019, V11 con casi 3 meses de edad falleció a causa de choque séptico, sepsis taicita, gastriquisis, asfixia perinatal severa.

Ahora bien, de la opinión médica del perito de esta Comisión<sup>53</sup>, se desprende del apartado de conclusiones que no se siguieron los protocolos en la atención médica de V9 y V11, tal como se señala a continuación:

Se indicó que la atención médica proporcionada a V9 no fue de calidad puesto que, durante el parto, el personal de salud encargado tuvo dificultades en la extracción del producto con sus fatales consecuencias. Además, en el post operatorio V9 presentó dehiscencia de herida quirúrgica, lo cual no debió haber ocurrido, y no tuvieron cuidados en evitar una complicación infecciosa en la misma, como se desprende de la nota de enfermería del 28 de enero de 2018.

También de la referida opinión médica se desprendió que, en relación a la atención médica del recién nacido V11, no fue de calidad por las razones siguientes:

De acuerdo a las notas del 20 de enero de 2018, a las 03:22 horas, se presentó dificultad en la extracción del defecto abdominal, provocando leve lesión de la mucosa intestinal, se reportó líquido amniótico fétido y meconial.

Se le practicó una cirugía de la gastrosquisis, en la que le provocaron laceración del meso del intestino delgado<sup>54</sup>.

Conforme a las Guías Médicas (foja 36 de opinión médica), el problema quirúrgico del recién nacido debió ser atendido con equipo médico específico como Cirujano Pediatra, Neonatólogo, Anestésista, entre otros, así como en un quirófano y no en

---

<sup>53</sup> Fechado el 19 de agosto de 2019.

<sup>54</sup> Nota clínica del 1 de febrero, a las 15:02 horas; nota clínica del 1 de febrero, a las 21:42 horas; nota de interconsulta del 10 de febrero, a las 23:10 horas y nota clínica del 4 de febrero, a las 11:30 horas; todas del año 2018. Además de la nota postoperatoria pediátrica del 20 de enero de 2018, a las 01:09 horas.



el mismo lugar donde se practicó la cesárea. Asimismo, se desprendió que el recién nacido presentó perforación intestinal, debido a que le provocaron laceración de la cápsula hepática<sup>55</sup>.

Aunado a lo anterior, el recién nacido presentó infecciones desde el día en que nació, 20 de enero de 2018, consistentes en contaminación del líquido meconial, queratopatía, contaminación de los catéteres, las cuales no se tuvo la capacidad de controlarlas<sup>56</sup>. También presentó problemas infecciosos pulmonares durante casi toda su estancia intrahospitalaria<sup>57</sup>.

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento, señala que todas las y los recién nacidos con defectos al nacimiento deben recibir tratamiento eficaz, seguro, oportuno e integral, por personal médico especializado integrado en clínicas inter y multidisciplinarias<sup>58</sup>.

Por lo antes señalado, esta Comisión concluye que personal del Hospital Materno Infantil es responsable de la vulneración del derecho de la salud de V9 y V11.

#### **2.1.2.5. Del Caso 5**

El 18 de julio de 2016<sup>59</sup>, V12 acudió a consulta de medicina familiar por cefalea y ese mismo día acudió a ginecología y obstetricia con 4.4 semanas de gestación, donde se le solicitó la práctica de exámenes como ecografía de embarazo, glucosa en sangre, general de orina, grupo y Rh VDRL y Anticuerpos anti HIV, los cuales no se realizaron en el laboratorio del ISSSTELEON pues no cuentan con resultados.

Posteriormente, acudió a urgencias los días 22 y 28 de julio, por presentar sangrado transvaginal, se le realizó eco de embarazo y se le prescribió reposo y progesterona, egresó con diagnóstico de amenaza de aborto; en cuanto a la segunda ocasión, se le realizó eco pélvico identificando una pequeña área de desprendimiento subcoriónico en fondo uterino, se aumentó dosis y se recomendó continuar con

---

<sup>55</sup> Nota postoperatoria pediátrica del 2 de marzo de 2018, nota de interconsulta de 14 de dicho mes y año.

<sup>56</sup> Notas clínicas del 9 de marzo de 2018, a las 8:20 horas y del 1 de abril de 2018 a las 9:09 horas.

<sup>57</sup> Notas clínicas del 20 de marzo de 2018, a las 08:09 horas y 2 de abril de 2018, a las 14:04 horas.

<sup>58</sup> Numeral 9.1.

<sup>59</sup> III. CONCLUSIONES, Opinión médica de fecha 26 de febrero de 2019:

No se efectuaron los siguientes estudios: Biometría hemática, glucosa en sangre, general de orina, VDRL, Anticuerpos Anti HIV y ecografía de embarazo.

reposo. El 25 de julio fue atendida por ginecoobstetra y presentaba sangrado transvaginal y cólico de intensidad baja.

El 1 de agosto V12 cursó en mejores condiciones, aun con sangrado transvaginal y algo de cólico en hipogastrio y a una semana después, V12 continuaba con dolor y sangrado transvaginal, regresando el 12 de agosto sin datos de desprendimiento y con cérvix cerrado.

En las citas del 15 de agosto, 5 y 26 de septiembre<sup>60</sup> solo se documentó síntomas de infección urinaria, con foco cardiaco fetal audible y se solicitó eco de embarazo anatómico como parte del seguimiento de control prenatal.

Volvió a consulta hasta el 23 de enero de 2017<sup>61</sup> con 31.4 semanas de gestación, refiriéndose motilidad fetal y actividad uterina irregular, se indicó tratamiento. Posteriormente estuvo acudiendo a urgencias durante el mes de febrero, el día 14 por referir expulsión de mucosidad, contracciones uterinas, con abdomen globoso a expensas de útero grávido, con movimientos fetales presentes y normales, lo cual fue manejado como falso trabajo de parto y dándose indicaciones de urgencia; luego se presentó el 19 de febrero de 2017<sup>62</sup> por salida de líquido transvaginal y actividad uterina irregular, fue enviada al Hospital San José para realizar registro toco cardiográfico.

El 13 de febrero se realizó ecografía la cual reportó producto único vivo en situación longitudinal presentación cefálica y movimientos fetales normales, concluyendo que es un embarazo normal; el 15 de febrero como seguimiento del control prenatal, comentó dolor, actividad uterina, movilidad fetal y el 21 de febrero de 2017 es reevaluada refiriéndose en buen estado.

---

<sup>60</sup> Ídem.

No se efectuaron los siguientes estudios: Estudio de urocultivo, en virtud de la sintomatología urinaria, así como no se le practicaron curvas de tolerancia.

<sup>61</sup> Ídem.

No se efectuaron los siguientes estudios.

- La paciente menciona haber padecido lumbalgia, sin embargo, se debieron realizar estudios de gabinete para descartar pielonefritis.

- No se le practicaron curvas de tolerancia.

- No se presentaron los estudios prenatales, ni se le realizaron de nuevo.

- Además el paciente presentaba actividad uterina anormal y no se le realizaron estudios de ultrasonido.

<sup>62</sup> Ídem.

- No se efectuó eco abdominal.

El 1 marzo de 2017, acudió a consulta<sup>63</sup> con abundante flujo transvaginal color blanco, actividad uterina y resto sin alteraciones. También se presentó de nueva cuenta el 7 de marzo de 2017, registrándose sin alteraciones; luego el 9 de marzo de 2017 con actividad uterina esporádica y contracciones, pero fue egresada como falso trabajo de parto. Cuando acudió a Urgencias los días 02<sup>64</sup> y 14 de marzo de 2017, refirió dolor abdominal, náuseas y vómito, así como actividad uterina; y en la segunda ocasión señaló contracciones uterinas. En ambos casos fue referida al Hospital San José para observación, pero fue dada de alta al siguiente día.

El 22 de marzo de 2017 acudió a urgencias del Hospital San José por hipomotilidad fetal, refirió actividad uterina irregular, sangrado transvaginal, con 2 centímetros de dilatación cervical, sin embargo, en ese momento ya no se encontró frecuencia cardíaca corroborada por ultrasonido, por lo que se documentó muerte fetal de causa no especificada y se decidió realizar procedimiento de cesárea para extracción del producto.

La autoridad lo consideró como un evento obstétrico fortuito e inesperado, ya que argumentó que siempre se le otorgó a V12 la atención médica y obstétrica.

Por lo que hace al grupo sanguíneo, la autoridad señaló que se contaba con dos exámenes practicados los días 15 y 22 de marzo de 2017, en los que se evidenció que el grupo sanguíneo de V12 es O RH POSITIVO, el cual no se considera necesaria la administración de la vacuna para evitar rechazo o incompatibilidad en un embarazo.

Señaló además que siempre se brindó la atención médica obstétrica y se realizaron estudios como registros toco cardiográficos y ultrasonidos, así como estudios complementarios de la evaluación médica.

Sin embargo, de acuerdo con las opiniones médicas emitidas por esta Comisión<sup>65</sup>, se desprende que la atención médica que se le brindó a V12 respecto a su

---

<sup>63</sup> Ídem.

- No se le practicaron estudios para identificar la etiología del abundante flujo transvaginal que presentaba.  
- Considerando que la Cervicovaginitis puede prolongar el parto.

<sup>64</sup> Ídem.

- No se realizó un eco Doppler para valorar la restricción del flujo de la arteria uterina o cerebral media del feto.  
- Bajo de peso el feto y no se investigó la causa.

<sup>65</sup> 2 de febrero de 2018, 26 de febrero de 2019 y 4 de septiembre de 2019.

embarazo no fue de calidad, ya que el caso justificaba realizar estudios complementarios en cada una de las citas a las que acudió, tal como quedó descrito en párrafos anteriores, tanto de seguimiento y consulta como en el área de urgencias, ello a fin de establecer un mejor diagnóstico y probablemente un tratamiento acorde a lo que se hubiese encontrado en los resultados de dichos estudios. Además, se indicó que no se cumplieron todos los procesos requeridos durante el embarazo de acuerdo a la Guía de práctica clínica, Control Prenatal con enfoque de riesgo. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS02808, así como en la NOM-007-SSA2-2016, por lo que probablemente con un diagnóstico oportuno en tiempo y forma, el pronóstico pudo haber sido mejor.

Se consideró además que fue trascendente en la atención médica la omisión de hospitalizar a V12 cuando acudió el 15 de marzo de 2017, ya que la actividad uterina que presentaba se puede considerar como inicio de trabajo de parto y con mayor razón si en la revisión efectuada no se encontró progresión del trabajo de parto.

En cuanto a lo referido por la autoridad respecto a que no era necesario la aplicación de la vacuna con inmunoglobina Anti D, debido a que son compatibles en grupo sanguíneo y factor Rh (O Positivo), se observó que hay inconsistencias en el Gpo. Sanguíneo, practicado a V12, ya que en fecha 18 de julio de 2016 se reportó el grupo sanguíneo “O Negativo” y los estudios de laboratorio de fechas 15 y 22 de marzo de 2017, los resultados fueron “O Positivo”.

Asimismo, en la opinión médica se señaló que la pérdida del producto del embarazo de la señora V12 fue a consecuencia de una atención médica inadecuada por parte del personal del ISSSTELEON, dado que faltaron estudios de laboratorio y de gabinete para llevar a cabo un adecuado control prenatal e identificar factores de riesgo en la paciente, como diabetes gestacional, preclamsia, colestasis intrahepática, entre otras, por lo que existe una correlación entre la causa de muerte fetal que aparece en el certificado de defunción por muerte fetal<sup>66</sup> con la atención médica proporcionada.

---

<sup>66</sup> Certificado de defunción por muerte fetal con número de folio D5.  
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte:  
a) Insuficiencia feto placentaria  
Condiciones fetales o maternas que originaron loa causa directa “a)”

Por lo antes señalado, se concluye que personal del ISSSTELEON es responsable de la vulneración del derecho de la salud de V12, lo que trajo como consecuencia que perdiera la vida el producto del embarazo.

## **2.2. Vulneración al derecho a una vida libre de violencia obstétrica**

### **2.2.1. Marco normativo del derecho a una vida libre de violencia obstétrica**

En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé que los Estados tienen la responsabilidad de prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Indica que a la Secretaría de Salud le corresponde brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas, así como asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres<sup>67</sup>.

Lo anterior, se encuentra establecido en los artículos 3, así como 38 fracciones II y IX, de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado.

Sobre el particular, el artículo 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará” establece que los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer embarazada.

La CIDH, en su “Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, ha sostenido que el deber de los Estados de 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

---

b) circular de cordón en cuello.

<sup>67</sup> Artículos 35, 46 fracciones II y X.

implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas.<sup>68</sup>

La Organización Mundial de la Salud<sup>69</sup>, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” señaló que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

Asimismo, sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se encuentra el incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, la negligencia hacia las mujeres durante el parto, entre otros.

Además, señala que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, son las más probables de sufrir un trato irrespetuoso y ofensivo.

## **2.2.2. Responsabilidad determinada**

### **2.2.2.1. Del Caso 1**

De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que el personal del Hospital Metropolitano con su conducta ejerció violencia obstétrica en agravio de V1 pues omitieron proporcionarle una atención médica materna de calidad, ya que a pesar de que desde las 01:30 horas del 3 de julio de 2018 se detectó posición transversa del producto y la presencia de líquido amniótico meconial, los cuales son factores de riesgo de asfixia neonatal, no tomaron acciones en ese momento, ni lo consideraron como urgencia obstétrica, continuando con las labores de parto natural y dejaron transcurrir 1 hora, hasta que la ingresaron a las 2:30 horas a la sala

---

<sup>68</sup> CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

<sup>69</sup> Organización Mundial de la Salud, 2014. Página 1.

de expulsión, en donde realizaron sin éxito maniobras de rotación manual para variar la posición transversa del producto, y le colocaron fórceps para rotación de 45° para su extracción, naciendo V3 hasta las 2:53 horas.

Por lo que son notables las omisiones del personal del Hospital Metropolitano, por lo que constituye una forma de violencia obstétrica, por la inadecuada atención médica que le brindaron a V1, pues ante los riesgos detectados, optaron por continuar con la labor de parto natural, cuando existían indicadores para realizar una operación cesárea, lo cual derivó en las secuelas presentadas por V3 que consistió en parálisis cerebral y posteriormente su lamentable muerte.

#### **2.2.2.2. Del Caso 2**

También se advirtió que el personal del Hospital Metropolitano con su conducta ejerció violencia obstétrica en agravio de V4 pues omitieron proporcionarle una atención médica materna oportuna, ya que a pesar de que desde las 15:40 horas del 10 de julio de 2018 conocieron los antecedentes y datos de alarma en el embarazo de la víctima, al referir tener una cesárea previa, presentar fuertes contracciones uterinas, no presentar dilatación del cérvix, aunado a que cursaba con embarazo de término, la regresaron a su domicilio y le programaron la operación cesárea hasta el 15 de julio.

Luego cuando regresó a revaloración al Hospital a las 18:50 horas, ya que presentaba fuertes dolores, le fijaron operación cesárea para ese momento.

Sin embargo, transcurrieron casi 3 horas y al dicho de la víctima el personal no le hacía caso al dolor que presentaba, el cual se incrementaba al grado de ser insoportable, por lo que dice lloró y gritó que la atendieran o la dejaran ir a otro nosocomio; tan es así que del expediente clínico se advierte una constancia de alta voluntaria firmada por la víctima a las 21:44 horas.

De ahí que, no resulta válido lo comunicado en el informe rendido por el Departamento Jurídico de Servicios de Salud y de varias de las documentales que integran el expediente médico de la víctima, al indicar que la víctima no se encontraba cooperadora a la exploración física, que comenzó a deambular, lo cual

dificultó el monitoreo fetal, haciendo caso omiso a las indicaciones médicas, exigiendo un alta voluntaria.

Lo anterior, toda vez que, si la víctima externó esas actitudes, hasta llegar al grado de solicitar el alta voluntaria para acudir a otro nosocomio, fue en exigencia a la falta de atención oportuna que requería en esos momentos por los dolores insoportables que presentaba.

Tan es así que, posteriormente a las 22:40 horas al realizarle un registro cardiotocográfico, se percataron que el producto del embarazo ya no presentaba frecuencia cardíaca, por lo que se decidió pasar a quirófano a operación cesárea, extrayendo al producto del embarazo sin signos vitales a las 23:40 horas.

De ahí que, con los antecedentes ginecoobstétricos de la víctima y los datos de alarma que presentó en su embarazo, entre más trascurría el tiempo con los dolores de parto, el riesgo de consecuencias era alto, tal como aconteció, toda vez que esa falta de atención oportuna influyó de manera determinante en la ruptura uterina total, que pudiera la víctima tener implicaciones de futuros embarazos, así como en la muerte del producto del embarazo.

#### **2.2.2.3. Del Caso 3**

De igual manera, se incurrió en violencia obstétrica en perjuicio de V6, toda vez que la niña V7 nació mediante parto espontáneo y distócico, con uso de fórceps. Como quedó precisado con anterioridad, en el presente caso, el uso de fórceps fue condicionante para la aparición de hematoma subdural que presentó la recién nacida. Lo anterior, trajo como consecuencia parálisis cerebral, por lo que la calidad de vida de V7 se verá afectada de manera permanente e irreversible, requiriendo atención médica multidisciplinaria.

#### **2.2.2.4. Del Caso 4**

En la atención médica proporcionada a V9 no se siguieron los protocolos correspondientes, esto se asevera ya que de las constancias médicas analizadas se desprenden dificultades en la atención durante el parto, lo cual tuvo consecuencias fatales para el recién nacido V11, quien sufrió laceración del meso



del intestino delgado durante la extracción. Aunado a lo anterior, posterior al parto V9 presentó dehiscencia de herida quirúrgica, lo que cual devino en una infección de la misma.

### **2.2.2.5. Del Caso 5**

Asimismo, en el caso de V12 se advierte que la atención médica brindada no fue de calidad, toda vez que se omitió realizar los estudios médicos complementarios en cada una de las veces que acudió a consultar tanto a Urgencias, como a Ginecología, habiendo registro de su atención en notas médicas del ISSSTELON de fechas 14, 15, 19 y 21 de febrero de 2017, así como el 01, 02, 07, 09, 14 y 15 de marzo. Además, se consideró que al acudir V12 en fecha 15 de marzo de 2017 al área de Urgencias, había motivos suficientes para su hospitalización, pero se omitió su internamiento, poniendo en riesgo su salud y la del producto de su embarazo.

Por lo anterior, esta Comisión concluye que las acciones y omisiones del personal de los Hospitales Metropolitano y Materno Infantil, así como del ISSSTELEON se traducen, en los 5 casos analizados, en violencia obstétrica, trasgrediendo el derecho a una vida libre de violencia.

## **2.3. Inadecuada integración del expediente clínico**

### **2.3.1. Marco normativo aplicable al derecho de acceso a la información en materia de salud**

El artículo 6, segundo párrafo de la Constitución Federal establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, ha señalado que, en el tema de salud, el derecho al acceso a la información comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> Consejo Económico y Social, Observación 14, El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000. Párrafo 12, Inciso b), numeral iv).

La NOM-004-SSA3-2012, dispone que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, mediante los cuales se hace constar en forma documentada 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. En tales documentos, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables<sup>71</sup>.

La información y la educación habilita a las mujeres para adoptar decisiones a todos los niveles en todas las esferas de su vida, especialmente en el terreno de la salud, sexualidad y reproducción. El acceso a la información en el ámbito de la salud materna comprende también el reconocimiento de las señales de advertencia de emergencias obstétricas, así como el acceso a información sobre la historia médica personal e información institucional y sistémica relacionada con los gastos y las estadísticas de salud materna<sup>72</sup>.

En consecuencia, la protección del derecho a la integridad de las mujeres en condiciones de igualdad se materializa en el ámbito de la salud materna, a través de la provisión de información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluyendo la planificación familiar<sup>73</sup>.

Además, el personal de la salud está obligado a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes<sup>74</sup>.

---

<sup>71</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Secretaría de Salud, publicado en el Periódico Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012. Prefacio y numeral 4.4.

<sup>72</sup> COMISCI. Informe "Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos". OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 90.

<sup>73</sup> CIDH. Informe "Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos". OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 92.

<sup>74</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Numeral 5.6.

## **2.3.2. Responsabilidad determinada**

### **2.3.2.1. Del Caso 1**

En primer lugar, resulta preciso hacer notar que, en el certificado de nacimiento de V3, con número de folio D1, se asentó, sobre la resolución del embarazo, que fue un parto eutócico, sin que se precisara el uso de fórceps, así como se señaló Apgar<sup>75</sup> 09 minutos. Dicha información no es congruente con lo registrado en los expedientes clínicos de V1 y del niño recién nacido V3, tal como ha quedado acreditado previamente, ya que en diversas constancias se advierte que se trató de un parto distócico, se usaron los fórceps y se señaló Apgar 2-3.

Por otra parte, en la nota de urgencias obstétricas llevada a las 21:25 horas del 2 de julio de 2018 se refirió presentación cefálica, cuando en las demás constancias del expediente clínico se señaló posición transversal.

La nota post parto no contiene la firma del médico<sup>76</sup>; la nota de urgencias obstétricas contiene abreviaturas, letra ilegible<sup>77</sup>; la hoja de indicaciones médicas contiene abreviaturas<sup>78</sup>; el formato de consentimiento de anestesia, no contiene el nombre y firma de testigos<sup>79</sup>; el consentimiento informado del procedimiento consistente en la atención obstétrica del 2 de julio de 2018, no contiene hora en que se elaboró, el nombre ni firma de testigos<sup>80</sup>; y la nota de egresos y/o contrareferencia, no contiene la firma de los médicos responsables<sup>81</sup>.

### **2.3.2.2. Del Caso 2**

Los formatos de consentimiento informado de los procedimientos consistentes en cesárea del 10 de julio e implante subdérmico del 12 de julio, no contienen la hora de su emisión; la hoja quirúrgica preoperatoria del 10 de julio a las 22:55 horas y la

---

<sup>75</sup> Valoración de Apgar, a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

<sup>76</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Numeral 5.10.

<sup>77</sup> *Ibíd.* 5.10 y 5.11.

<sup>78</sup> *Ibíd.* 5.11.

<sup>79</sup> *Ibíd.* 10.1.1.10.

<sup>80</sup> *Ibíd.* 10.1.1.9 y 10.1.1.10.

<sup>81</sup> *Ibíd.* 5.10.

nota de evolución del 11 de julio a las 02:58 horas, no contienen la firma del médico que intervino.

### **2.3.2.3. Del Caso 3**

Las constancias Triage ginecoobstétrico del 27 de enero de 2016 a las 10:08 horas; nota posparto; nota de ingreso al piso; las indicaciones médicas del 28 de enero de 2016 a las 15:04 horas, y la historia clínica del recién nacido, no contienen la firma del médico.

También se advierte que las diversas constancias sobre consentimientos informados se encuentran sin firma del paciente, familiar directo o representante legal.

Por otro lado, V6 indicó que hasta el 28 de enero de 2016 a las 17:30 horas, recibió información poco clara del estado de salud de su hija V7, incluso fue dada de alta el 29 de enero a las 12:00 horas sin recibir información completa del estado de salud de su hija.

Además, el señor V8, pareja de la víctima V6, se quejó ante esta Comisión que personal de Hospital Materno Infantil no le proporcionó información sobre el estado de salud de pareja V6 y su hija recién nacida V7, sino horas después hasta el 28 de enero de 2016.

Al respecto, Servicios de Salud cuenta con un documento titulado “Información al paciente y su familia en Tococirugía<sup>82</sup>” el cual establece el derecho de la persona paciente y su familia a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz por parte del médico o personal capacitado sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento referente a su estado de salud.

Al respecto dispone que la información que se brinde a los familiares de las y los pacientes se realiza al ingreso, al término del procedimiento y por horario a las 11, 18 y 24 horas, lo cual deberá de ser registrado en un diario.

---

<sup>82</sup> Vigente a partir del 2014.

Atendiendo lo antes expuesto, del expediente médico sólo se desprende un documento que a decir de la autoridad se advierte que a las 13:20 horas se hizo un llamado a los familiares de V7 y nadie lo atendió, así como a las 18:20 horas se le informó del estado de salud de la paciente a la mamá de la víctima.

Además, se desprende una constancia de consentimiento informado para internamiento del 28 de enero de 2016 a las 12:16 horas, en el que se le informa a V6 el diagnóstico de la recién nacida V7.

De lo anterior, esta Comisión considera que no se tiene elementos suficientes para afirmar que específicamente a V8 no se le rindió información del estado de salud de V6 y su hija recién nacida V7, ya que también pudiera ser proporcionada a demás familiares, como lo fue la mamá de V6.

Pero lo que sí se corrobora, es que, de los registros allegados por la autoridad, no se desprende cuál fue la información que se le proporcionó a la mamá de la víctima. Tampoco se advierte que haya sido proporcionada tanto a los familiares como a la misma víctima al ingreso, al término del procedimiento y en los horarios antes citados.

#### **2.3.2.4. Del Caso 4**

Sobre el expediente clínico de V9, se evidencia que las notas clínicas evolutivas de los días 29, 30, 31 de enero y 1 de febrero de 2018, son una copia una de otra, presumiéndose la falta de revisión en la visita médica. La misma situación se advierte con las notas clínicas evolutivas de los días 26, 27 y 28 de enero de 2018, que en su texto son idénticas.

#### **2.3.2.5. Del Caso 5**

En el expediente clínico completo de V12, el cual fue remitido por el ISSSTELEON se observa la ausencia del certificado de muerte fetal, el cual tuvo que ser obtenido directamente en el Hospital donde fue atendida V12. De igual manera, en las constancias del mismo expediente clínico se señala “muerte fetal de causa no especificada”, siendo que una vez obtenido el certificado de muerte fetal se reveló que las causas fueron insuficiencia feto-placentaria y circular cordón cuello.

A esto se añade, la incongruencia en las evidencias que obran dentro del expediente clínico de V12, dado que en nota médica de fecha 10 de julio de 2016 se señala como tipo de sangre de V12 “O negativo” y en examen de fecha 15 de marzo de 2017 se evidenció que el grupo sanguíneo de V12 era “O positivo”.

De ahí que, las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de los 5 casos en análisis, representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes, y, en su caso, las consecuentes responsabilidades<sup>83</sup>; vulnerando con ello el derecho al acceso a la información en materia de salud.

## **2.4. Vulneración al derecho a la vida**

### **2.4.1. Marco normativo con relación al derecho a la vida**

El derecho a la vida se encuentra contenido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

La Corte IDH respecto al derecho a la vida, ha señalado que es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos<sup>84</sup>; además, precisa que la salvaguarda del mismo no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción<sup>85</sup>.

Además, la Corte IDH ha señalado que de las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos que establece el artículo 1.1 de la Convención Americana derivan deberes especiales determinables en función de las particulares

---

<sup>83</sup> Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

<sup>84</sup> Corte IDH. Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. 4 de julio de 2007, párrafo 78.

<sup>85</sup> *Ibidem*, párrafo 80.

necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específico<sup>86</sup>, como es el caso de V3 en el presente análisis.

Al respecto, el artículo 6.1 y 6.2 de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

La vida como derecho fundamental se encuentra consagrada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 14, párrafo segundo, y 22 párrafo primero, así como en la jurisprudencia

#### **2.4.2. Vulneración al derecho a la vida**

La inoportuna atención a V1 durante el trabajo de parto en el nacimiento de V3, incidió en las afectaciones físicas irreversibles que el neonato presentó, como asfixia perinatal; situación a la que se le debe agregar la falta de recursos específicos para su atención, como materiales para fijación, succión, sondas de aspiración, sondas orogástricas.

De acuerdo con el análisis y la Opinión Médica en el presente caso, se determinó que con motivo de las irregularidades en la atención médica descritas, V3 presentó múltiples quistes corticales y subcorticales, hallazgos compatibles con encefalomalacia multiquística; tras resonancia magnética de cerebro, se reportó encefalopatía hipóxico-isquémica como secuela de la asfixia perinatal; tal opinión precisó que sería necesario brindar un seguimiento estrecho y otorgar una atención interdisciplinaria a V3, con el objetivo de garantizar el grado máximo de salud que fuera posible acorde a las condiciones clínicas con que contaba, dado su padecimiento de encefalopatía hipóxico isquémica y asfixia perinatal severa no recuperada; sin embargo, esto quedó rebasado debido a la pérdida de la vida de V3 ocurrida el 27 de enero de 2018.

Respecto de esto último, de acuerdo con la ampliación de la opinión médica de esta Comisión emitida el 06 de septiembre de 2019, en el presente caso se determinó que habiendo efectuado un estudio analítico y descriptivo de las documentales

---

<sup>86</sup> Corte IDH. Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2006. párr. 111.

señaladas, se concluyó que la causa de muerte de V3 que aparece en el certificado de defunción con número de folio D3 sí tiene correlación con lo establecido en la opinión médica previa.

Lo anterior queda de manifiesto al señalar que el nacimiento del menor en mención:

1. Presentó un apgar de 2-3 (indica daño cerebral), (Según las estadísticas, la broncoaspiración puede ocurrir entre 11-40% de los niños con trastornos de la deglución (1-3). Esta incidencia puede llegar a 80% en niños con daño neurológico, como es el caso de V3).
2. Fue un parto distócico, ya que se presentaron dificultades en la extracción del producto.
3. Presentó frecuencia cardiaca de 60 latidos por minuto, cianótico e hipotónico.
4. Presentó aspiración de líquido meconial y no se extrajo fehacientemente según reportes de enfermería “ya que no se contaba con algunos materiales como fijación, succión, sondas de aspiración, sondas orogástricas por lo que se retrasó momentáneamente su uso.” Se le diagnosticó entre otras patologías Encefalopatía Hipóxica Isquémica. Dicho padecimiento el pronóstico de vida va ligado a la evolución y es limitativo para su función.
5. Las diversas notas clínicas donde señalan que V3 presentaba entre otros padecimientos: Parálisis cerebral infantil espástica, la cual le provocaba trastornos en su deglución, predisponiéndolo a una broncoaspiración.

Es por ello que esta Comisión considera que la serie de acciones y omisiones que comprendió la inoportuna atención médica de V1 durante el trabajo de parto, fueron determinantes para las secuelas que presentó V3 al momento de su nacimiento y su posterior fallecimiento, situación que lleva a concluir que existe responsabilidad por la vulneración al derecho a la vida de V3.

### **3. CONCLUSIONES**

Conforme a lo expuesto, se advierte que se vulneraron los derechos humanos a la protección de la salud en agravio de V1, V3, V4, V7, V9, V11 y V12; a una vida libre de violencia obstétrica en trasgresión de V1, V4, V6, V9 y V12; de acceso a la información en los 5 casos; así como a la vida en agravio de V3.



#### **4. RECONOCIMIENTO DE VÍCTIMAS**

Esta Comisión reconoce a V1, V3, V4, V6, V7, V9, V11 y V12, además de V2, V5, V8, V10 y V13 la calidad de víctimas<sup>87</sup>.

A V1, V3, V4, V6, V7, V9, V11 y V12 por haber sido las personas que sufrieron directamente las violaciones a los derechos humanos de los que se ha dado cuenta en la presente determinación. Mientras que a V2, V5, V8, V10 y V13 por tratarse de las parejas sentimentales y padres de las víctimas; con quienes tienen una relación inmediata, por lo que también sufrieron las consecuencias de la transgresión a sus derechos humanos.

En tal sentido, la autoridad responsable deberá colaborar, en todo lo necesario, con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, de conformidad con lo previsto en la Ley de Víctimas.

#### **5. REPARACIÓN DE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS.**

Las recomendaciones que emiten los organismos públicos de derechos humanos tienen como objetivo que se tomen medidas o mecanismos necesarios para la efectiva e íntegra reparación del daño causado a través de medidas de rehabilitación, satisfacción y no repetición,<sup>88</sup> aplicadas bajo la perspectiva del vínculo que debe existir entre los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados y las medidas emitidas para reparar los mismos.

Asimismo, la SCJN ha determinado que la reparación debe ser adecuada al daño sufrido para generar un resarcimiento apropiado.<sup>89</sup>

---

<sup>87</sup> Atento a lo dispuesto en las fracciones XXV, XXVI y XXVII del artículo 4 de la Ley de Víctimas del Estado.

<sup>88</sup> Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones; y la Ley de Víctimas del Estado de Nuevo León.

<sup>89</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Jurisprudencia (constitucional). 1ª./J.31/2017. Décima época. "Derecho fundamental a una reparación integral o justa indemnización. Su concepto y alcance". Abril, 2017.

### **5.1. Medidas de rehabilitación.**

En cuanto a las mujeres V1, V4, V6, V9 y V12, se les deberá proporcionar la atención médica y psicológica que requieran; además, de psicológica a V2, V5, V10, y V13; por personal profesional especializado de forma continua, hasta que alcancen su sanación física y emocional correspondiente, por la afectación a la salud de ellos mismos, ellas mismas y/o sus hijos e hijas.

Además, la responsable Servicios de Salud de Nuevo León deberá implementar las medidas inmediatas tendientes a brindar una atención médica oportuna, adecuada y efectiva a los padecimientos físicos de la niña V7, a través de las instituciones de salud pública especializadas y por medio de las personas especialistas en la materia. Igualmente, que la niña tenga acceso al medicamento adecuado acorde con sus padecimientos, y se garantice así la calidad del tratamiento para la atención de su salud.

La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, previo consentimiento de su papá y/o su mamá, brindando información clara y suficiente.

### **5.2. Satisfacción**

La adopción de medidas eficaces para que no continúen las violaciones a derechos humanos forma parte de la satisfacción, así como la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a quienes sean responsables de las violaciones acreditadas.

Resulta procedente dar vista al órgano interno de control que sea competente para conocer de las conductas posiblemente irregulares descritas en la presente recomendación, para que, a la brevedad inicie los procedimientos que correspondan en contra del personal que participó, vía acción u omisión, a fin de deslindar las responsabilidades administrativa y, en su caso, imponer las sanciones que resulten conducentes, por la violación a los derechos humanos acreditadas en esta recomendación.

Para tal efecto, deberá agregarse copia de la presente resolución a los procedimientos que se inicien e informarse a esta Comisión los resultados de los mismos.

Además, en los casos 1 y 2, se estima procedente que la propia autoridad Servicios de Salud de Nuevo León dé vista de la presente recomendación a la Fiscalía General de Justicia del Estado para los efectos legales a que haya lugar.

Por lo que hace al caso 4, se desprende que se instruye la carpeta de investigación número D6 ante la Unidad de Investigación número 2 Especializada en Delitos Culposos y General en Guadalupe, iniciada con motivo de la denuncia presentada por V10, por los hechos que le ocurrieron a V9 y V11. Respecto al caso 5, se integra la carpeta de investigación D7, ante la Unidad de Investigación Número 10 Especializada en Delitos Culposos y en General de Monterrey, iniciada con motivo de la denuncia planteada por V12.

En consecuencia, las autoridades responsables deberán coadyuvar con la Fiscalía respecto a las citadas investigaciones.

### **5.3. Garantías de no repetición**

Con la finalidad de garantizar la no repetición de los actos analizados, las autoridades responsables deberán adoptar las medidas necesarias tendentes a prevenir que se vuelvan a cometer violaciones similares.

#### **5.3.1. Cursos**

Para fortalecer la profesionalización del personal de los Hospitales Metropolitano, Materno Infantil e ISSSTELÓN, incluido el personal que intervino, vía acción u omisión, en los hechos analizados, bríndense los cursos de sensibilización, formación y capacitación sobre los principios y normas de protección de los derechos humanos, especialmente sobre:

- Estándares del derecho a la protección de la salud materno infantil.

- Sobre los derechos a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida y acceso a la información en materia de salud.
- Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación.
- Sobre la Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” emitida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

### **5.3.2. Diversas medidas**

Además, se deberá dotar a los Hospitales Metropolitano y Materno Infantil, así como al ISSSTELEÓN, de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde en el área materno-infantil.

Se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los Hospitales Metropolitano, Materno Infantil e ISSSTELEÓN en la que se exhorte a atender con diligencia casos similares a los presentes.

Así mismo, deberán adoptar medidas efectivas de prevención en los Hospitales en mención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación local, nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

### **5.3.3. Compensación**

La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades señaladas como responsables, en coordinación con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, valoren el monto justo para que se otorgue una indemnización a V1, V2, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V12 y V13 de conformidad con las consideraciones expuestas.

En ese sentido, la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas llevará a cabo su registro correspondiente, a fin de poder acceder al Fondo de Atención, Auxilio y Protección a las Víctimas del Estado de Nuevo León, el cual tiene por objeto brindar los recursos necesarios para la ayuda, asistencia, auxilio y reparación integral de las víctimas, en caso de que las autoridades señaladas como responsables no pudiesen hacer efectiva total o parcialmente la orden de reparación integral; para ello, se le remitirá copia de la presente recomendación.

También se considera procedente que en los casos 1, 2, 4 y 5 solicitar a las autoridades responsables que reembolsen los gastos funerarios a quien acredite ante éstas haberlos efectuado, o en su caso, que las responsables comprueben que ya fueron cubiertos.

En virtud de lo expuesto y fundado, se formulan las siguientes:

## **6. RECOMENDACIONES**

**Primera.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, las autoridades responsables deberán tomar las medidas para reparar el daño de forma integral ocasionado a V1, V2, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V12 y V13 con motivo de las violaciones en que incurrió el personal de los Hospitales Metropolitano, Materno Infantil e ISSSTELEÓN.

**Segunda.** Reembolsar los gastos funerarios en los casos 1, 2, 4 y 5, a quien acredite ante las autoridades responsables haberlos realizado.

**Tercera:** Las responsables deberán proporcionar la atención médica y psicológica a las señoras V1, V4, V6, V9 y V12 que requieran; además, de psicológica a V2, V5, V10, y V13; previo su consentimiento, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación física y emocional, atendiendo a sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas.

**Cuarta.** La responsable Servicios de Salud de Nuevo León deberá implementar las medidas inmediatas tendientes a brindar una atención médica oportuna, adecuada y efectiva a los padecimientos físicos de la niña V7, de manera gratuita, a través de

las instituciones de salud pública especializadas y por medio de especialistas en la materia, previo consentimiento de su mamá o papá.

**Quinta.** La responsable Servicios de Salud de Nuevo León deberá realizar las gestiones correspondientes ante las instancias que resulten competentes, a fin de que la niña V7, de manera gratuita, tenga acceso al medicamento adecuado acorde con sus padecimientos, y se garantice así la calidad del tratamiento para la atención de su salud.

**Sexta.** Den vista a los órganos internos de control competentes de las responsables para conocer de las conductas posiblemente irregulares descritas en la presente recomendación, para que, a la brevedad inicie los procedimientos que correspondan en contra del personal que participó, vía acción u omisión, a fin de deslindar las responsabilidades administrativa y, en su caso, imponer las sanciones que resulten conducentes, por la violación a los derechos humanos acreditadas en esta recomendación.

**Séptima.** Servicios de Salud de Nuevo León deberá dar vista de la presente recomendación a la Fiscalía General de Justicia del Estado para los efectos legales a que haya lugar, en relación a los casos 1 y 2.

**Octava.** Las responsables deberán coadyuvar con las investigaciones que lleva a cabo la Fiscalía General de Justicia del Estado dentro de las carpetas D6 y D7, sobre los casos 4 y 5.

**Novena.** Bríndense cursos de sensibilización, formación y capacitación sobre los principios y normas de protección de los derechos humanos, especialmente estándares del derecho a la protección de la salud materno infantil; sobre los derechos a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida y acceso a la información en materia de salud; conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación; y relativo a la Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” emitida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

**Décima.** Realizar las gestiones necesarias para dotar a los Hospitales Metropolitano, Materno Infantil e ISSSTELEÓN de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde en el área materno-infantil.

**Décima Primera.** Las responsables deberán emitir una circular dirigida al personal médico de los Hospitales Metropolitano, Materno Infantil e ISSSTELEÓN en la que se exhorte a atender, con diligencia, casos similares a los presentes.

**Décima Segunda.** Deberán adoptarse medidas efectivas de prevención en los Hospitales Metropolitano, Materno Infantil e ISSSTELEÓN que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

**Décima Tercera.** Las responsables deberán colaborar, en todo lo necesario, con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, en la forma y términos previstos en la Ley de Víctimas del Estado.

**Décima Cuarta.** Las responsables deberán designar, en el oficio de aceptación de la presente resolución, a la persona del servicio público que fungirá como enlace con esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, en el entendido de que, en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo.

De conformidad con la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, se hace de su conocimiento que, recibida la presente Recomendación, dispone del plazo de 10 días hábiles, contados a partir del siguiente a su notificación, a fin de informar si se acepta o no la misma.

En caso de no ser aceptada o cumplida se procederá en la forma y términos descritos en los incisos a), b), c) y d) del artículo 46 de la Ley mencionada en el párrafo que precede.

En caso de ser aceptada, dispondrá de un plazo de 10 días adicionales contados a partir del siguiente a que se haga del conocimiento de este Organismo la aceptación, a fin de remitir las pruebas correspondientes de que se ha cumplido con lo recomendado.

Lo anterior, con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León; la Ley que crea la Comisión Estatal de Derechos Humanos y su Reglamento Interno. Notifíquese.

**Mtra. Sofía Velasco Becerra.**  
**Presidenta de la Comisión Estatal de**  
**Derechos Humanos de Nuevo León.**

L'ZVA/L'CRJ/CCVG