

Humanos de esta Entidad, es la encargada de la protección, defensa, estudio, promoción y divulgación de los Derechos Humanos. Así pues, le corresponde establecer como resultado de su procedimiento de investigación de quejas, si existe violación de los derechos humanos y la responsabilidad por parte de las autoridades del Estado.

Por lo que, con fundamento en el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el artículo 74 de la Constitución Política del Estado de Yucatán; numerales 7¹ de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado en vigor; 10, 11, 116 fracción I² y demás aplicables de su Reglamento Interno vigente, y de la resolución A/RES/48/134 de fecha veinte de diciembre del año de mil novecientos noventa y tres, de los denominados *Principios de París*³, este Organismo tiene competencia, por las razones que a continuación se mencionan.

En razón de la materia —*ratione materiae*— ya que esta Comisión acreditó diversas violaciones a los derechos humanos, específicamente a la **Protección de la Salud en su modalidad de Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud; a la Vida; al Interés Superior de la Niñez; al Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia Obstétrica en conexidad con el Derecho al Trato Digno, y al Derecho a la Debida Integración del Expediente Clínico.**

En razón de la persona —*ratione personae*— ya que las violaciones acreditadas son atribuibles a **servidores públicos dependientes del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán.**

En razón del lugar —*ratione loci*—, porque los hechos ocurrieron en territorio del Estado de Yucatán, y;

¹El artículo 7 dispone que “la comisión tendrá competencia para conocer en todo el territorio del Estado de Yucatán, de oficio o a petición de parte, quejas por presuntas violaciones a los derechos humanos, por actos u omisiones de cualquier naturaleza imputables a las autoridades o servidores públicos. En los términos de esta ley, solo podrán admitirse o conocerse quejas o inconformidades contra actos u omisiones de autoridades judiciales estatales, cuando tengan carácter administrativo. La comisión por ningún motivo podrá examinar cuestiones jurisdiccionales de fondo.”

²De acuerdo con el artículo 10, “Para los efectos del artículo 7 de la Ley, la Comisión tendrá competencia en todo el territorio del estado para conocer de las quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a autoridades y servidores públicos de carácter estatal o de los municipios de la entidad, salvo de los actos del Poder Judicial del Estado, caso en el cual, sólo tendrá facultades para conocer de actos u omisiones que tengan el carácter de trámite administrativo.” Asimismo, el artículo 11 establece: “Para los efectos del artículo 7 y 10 fracción II de la Ley, se entiende por actos u omisiones de cualquier naturaleza imputables a autoridades o servidores públicos estatales o municipales, los que provengan de cualquier dependencia, institución u organismos de cualquiera de los poderes públicos del Estado, con la limitación establecida en el artículo 10 de este Reglamento o de cualquiera de los municipios del mismo, y en el caso de la administración pública estatal o municipal, sea que se trate de órganos de la administración centralizada, paraestatal o paramunicipal, y los organismos públicos autónomos estatales.” Por su parte, el artículo 116, fracción I, señala: “Los expedientes de queja que hubieren sido abiertos podrán ser concluidos por: I.- Haberse dictado la Recomendación correspondiente, quedando abierto el caso exclusivamente para los efectos del seguimiento de la Recomendación ...”.

³Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París), que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia (Apartado A, punto 3, inciso b).

En razón de tiempo —*ratione temporis*—, en virtud que los hechos violatorios de derechos humanos sucedieron con posterioridad a la fecha de creación de este Organismo, y se encuentran por lo tanto dentro del marco temporal que permite a los peticionarios presentar sus quejas ante esta Comisión.

DESCRIPCIÓN DE HECHOS

PRIMERO.- En fecha catorce de noviembre del año dos mil diecisiete, la ciudadana **RGCF** realizó una llamada telefónica a personal de esta Comisión, señalando lo siguiente: “... solicita apoyo de este organismo para interponer queja en agravio propio y de su bebé **ASC**,⁴ toda vez que fue víctima de negligencia médica, omisión de funciones y abuso de autoridad por personal dependiente del Hospital General Agustín O’Horán, en agravio propio y de su hijo antes mencionado de dos meses y medio de vida, sin embargo menciona que carece de recursos para acudir a estas instalaciones, además de que el menor requiere muchos cuidados y no puede exponerlo, por lo cual agradecerá que se le visite para realizar la diligencia de ratificación ...”.

SEGUNDO.- En la propia fecha catorce de noviembre del año dos mil diecisiete, personal de este Organismo Protector de los Derechos Humanos, se constituyó al domicilio de la ciudadana **RGCF**, quién en uso de la voz manifestó: “... que se afirma y ratifica de la queja en su agravio y del menor de once semanas de edad al que nombrará **ASC**,⁵ toda vez que señala fue víctima de negligencia médica, omisión de funciones y abuso de autoridad por parte de funcionarios públicos dependientes del Hospital General Agustín O’Horán, toda vez que señala, ella tenía un embarazo con 39 semanas de gestación por lo cual acudió al Centro de Salud de esta ciudad (Progreso), debido a que tenía dolor y dilatación la mandaron al Hospital O’Horán en la ciudad de Mérida, el día veinticinco de agosto del año en curso, llegó a las ocho horas aproximadamente, alrededor de las nueve de la mañana la atendieron por un ginecólogo del área de ginecología el cual desconoce su nombre pero considera era estudiante de medicina, el cual le indicó que si presentaba dolor pero que aún aguantaba unos diez o quince días más por ser primeriza, la agraviada manifestó al doctor que tenía una orden del Centro de Salud de Progreso y ya había cumplido sus semanas, aun así le dijeron que regrese a su casa, la entrevistada no tuvo más opción que retirarse, sin embargo se quedó en la ciudad de Mérida, debido a que presentaba dolor y temía regresar al puerto para luego tener que ir de nuevo a dicha ciudad, regresó al hospital a revisión como cuatro veces más, ningún médico indicó que le dieran atención, su última revisión fue alrededor de las cero horas del día veintiséis de agosto, cuando al caminar se le rompió la fuente, fue cuando aceptaron internarla, la tuvieron en el área de tococirugía, y los médicos le indicaban que su bebé era para parto natural, sin embargo la entrevistada le indicó a todos los médicos que tenía una orden que indicaba que el bebe tenía que ser cesárea, debido a su peso de aproximadamente 3 kilos con 600 gramos, lo cual indicaba era de talla grande, pero aún con

⁴Nombre que le impuso primeramente la agraviada R G C F a su hijo, nombrándolo posteriormente ACF (†).

⁵Ídem.

el dolor todos los médicos o residentes le indicaron tenía que esperar que pujara, no había nadie pendiente, regresaban por ratos, un médico de manera prepotente le indicó que no estaba pujando correctamente y que si lo que ella quería era tenerlo sola que agarre sus piernas y pujara, lo que hizo en varias ocasiones sin ayuda de nadie, gritaba ayuda, indicó que no sentía a su bebé, mientras los médicos relajaban, comían, escuchaban música y otras actividades diferentes a la de su labor médica, otro médico le dijo textualmente “no te da vergüenza que a su lado había una muchacha de 17 años que no gritaba y se aguantaba”, por lo cual tuvo que tratar de contenerse, sin embargo tenía una mesa de madera a su lado que golpeaba para llamar la atención y se la retiraron, señala durante la noche perdió la conciencia en algunos ocasiones, considera al amanecer escuchó que un médico indicara que el bebé tenía bradicardia de nuevo trataron de ayudarla a pujar, señala sus costillas le dolían debido a que los médicos la agarraban de allá en múltiples ocasiones para bajar al bebé, al final un médico de apellido Lomelí, indicó a los médicos que él bebé ya estaba grave y que tenían que realizar la cesárea, le realizaron (sic) anestesia general, quedó inconsciente recobrando la conciencia el día martes 29 de agosto durante el día, acá en su casa sólo recuerda que cuando la dieron de alta pidió ver a su hijo por no tener recursos ni forma de trasladarse, logró viajar a la ciudad de Mérida, a la hora de la visita de diecisiete horas logró entrar a ver a su hijo en el área de terapia intensiva, al verlo tenía ventilador, estaba entubado con máquinas y aparatos en su cuerpecito, quedó en shock, salió a llorar, su mente se nublo y solo quería regresar a su casa, aún con su herida y dolores todos los días viajaba a la ciudad de Mérida desde muy temprano hasta la noche, durante los primeros días logró hablar con el subdirector en turno quien lo único que le dijo es que no podía hacer nada, que ya no está en sus manos, dicho subdirector se llama José Luis Rodríguez Echánove, sin embargo no le dio información médica del bebé, todos los días en los horarios de información le indicaban diferentes informes, en ocasiones que evolucionó en otras que tuvo un retroceso, pero ni los propios médicos se ponían de acuerdo debido a que eran diferentes, señala solo le permitían una visita al día con pase, dicha visita solo duraba cinco minutos y la sacaban, un padre trato de tomar fotos y el médico que se encontraba le indicó que si veía a alguien tomar fotos iban a prohibir las visitas por la cual no lo intentó y no pudo hacer público lo sucedido debido a que en ese momento no tenía pruebas y nadie nunca le dieron nada por escrito. El día seis de octubre del año en curso le realizaron una cirugía de gastrostomía debido a que no podía comer con la boca, le indicaron que firmara la responsiva y si se negaba la iban a denunciar a la PRODEMEFA, por lo cual no tuvo opción, le indicaron que el bebé tenía un 90% de posibilidades de que falleciera, aun con las consecuencias aceptó, el mismo día le indicaron que salió bien de la operación. Él bebé continuo grave pero estable según palabras de los médicos, así estuvo dos meses, al final la entrevistada tuvo que quedarse en el albergue debido a que era agotador y caro viajar diario. El día veintisiete de octubre le indicaron que su hijo ya está bien (lo que ahora considera fue sarcástico) y que podía llevárselo, le dieron su hoja de alta, algunos medicamentos y receta para comprar otros que fueron la mayor cantidad y los más caros como Levetiracetam, Hidroclorotiazida, Furosemide, Pregabalina, Cloranfenicol oftálmico, Hipromelusa oftálmica y Confugel en los cuales ya gastó alrededor de \$3,500.00 (Son: Tres mil Quinientos Pesos), le dieron dos perillas para sacar sus flemas de la boca y nariz, no le dieron indicaciones de cómo cuidarlo, sólo como alimentarlo y sacarle sus flemas, considera que no le dieron especificaciones para que no se niegue a llevárselo consigo, lo trajo a su casa sin embargo

el bebé se pasó ahogar por temor lo llevó al hospital particular donde pagó \$1,400.00 (Son: Un Mil Cuatrocientos) (sic) y le indicaron lo regrese al hospital O'Horan, en el hospital particular le indicaron que estaba complicada la salud del bebé y no debieron dar de alta ya que hasta infección tenía, el mismo día alrededor de las veintitrés horas lo ingresó al área de urgencias debido a que estaba morado, estuvo internado trece días más, tiempo en que la mandaban a fraccionar medicamentos que le indicaban que compre, debido al gasto todo ese tiempo se quedó en el albergue, los primeros tres días dejaron al bebé en el área de urgencias y la entrevistada lo acompañó, posteriormente lo pasaron al área de pediatría, le indicaron que tenían que entubarlo ya que tenía diagnóstico de unas horas de vida, la entrevistada se negó y no lo entubaron, logró sobrevivir y lo dieron de alta el día sábado once del mes y año en curso, señala del área de ginecología no tiene queja alguna, al salir un médico le dijo que le dieron de alta al bebé para que falleciera en su casa, lo que al escucharlo se deprimió, sin embargo, eso le hace creer que el hospital no quiere responsabilizarse del niño y esa es la manera de deslindarse de la responsabilidad de ellos, ya que el menor requiere muchos cuidados y atención que la entrevistada tuvo que aprender, ha pagado un doctor para que le enseñe algunos cuidados, tuvo que comprar dos máquinas, una nebulizadora con costo de \$1,400.00 (Son: Un Mil Cuatrocientos Pesos) y un aspirador de flemas con costo de \$ 3,800.00 (Son: Tres Mil Ochocientos Pesos), señala el bebé requiere de un tanque de oxígeno el cual no cuentan con los recursos para poder pagarlo, agrega el último que lo dieron de alta el once de noviembre del año en curso, un médico del cual desconoce su nombre le indicó que su alta ya estaba desde hace dos días y que quien sabe que espera para irse, sin embargo le contestó es debido a los medicamentos que tiene que fraccionar, el médico le indicó que podía llevarse e ir a fraccionar, lo que considera un riesgo ya que su fracción se la realizan en el centro de la ciudad y por lo delicado del bebé no puede exponerlo. El día domingo doce de noviembre tuvo una crisis por el exceso de flema lo llevo al CEMA de este puerto donde le pusieron oxígeno y aspiraron sus flemas. Actualmente no puede dejar a su bebé por más de unos minutos y responsabiliza al Hospital General Agustín O'Horan de su situación actual, aun con las complicaciones no lo tienen en dicho hospital, mínimo como consecuencia de sus actos, sin embargo considera no se quieren hacer responsables, ni proporcionarle los cuidados múltiples que el bebé requiere, padece de Asfixia perinatal, crisis convulsivas secundarias, displasia broncopulmonal, estado de gastrostomía y funduplicatural, Hernia inguinal bilateral, úlcera corneal izquierda, hidrocele bilateral y neumonía crónica, de lo cual culpa al hospital y sus médicos que la trataron al inicio, ya que ella cuenta con un diagnóstico que establecía un parto y un bebé sano, sin ninguna complicación en el embarazo, más que un diagnóstico de cordón umbilical en el cuello e hidrocele leve, lo que prueba con el diagnóstico de ultrasonido de un día anterior al parto expedida por un médico radiólogo particular. Por lo cual después de que le causaron este daño a su persona y sobre todo a su bebé, solo desea se busque el responsable de la omisión o los responsables así como de la negligencia médica, considera lo menos que le podrían dar es una indemnización por los hechos y agravios causados ya que su hijo requiere y requerirá medicamentos y tratamiento de por vida y no cuenta con los recursos, de igual forma su hijo necesita terapia y rehabilitación sin embargo el hospital la canalizó al CRIT o a un centro comunitario acá en el puerto, sin embargo por las máquinas que necesita no se arriesga a llevarlo y tampoco tiene los recursos pero por todo lo plasmado considera que el hospital y deberá de apoyarla aún más con sus tratamientos, terapias y

medicamentos. Por último, señala que el bebé tiene una cicatriz en la cien del lado derecho de lo cual desconoce a qué se debe y considera que su hijo puede tener más consecuencias de las que le informaron, pero por no contar con los recursos no ha podido llevarlo a otro médico especialista para su valoración y debido tratamiento de lo cual también responsabiliza de (sic) Estado, en específico al hospital ... Continuando con la presente actuación se le orienta a realizar la denuncia correspondiente en la Fiscalía General del Estado y la CONAMEDY, sin embargo manifiesta que por la situación del menor le es imposible pero lo realizará apenas tenga oportunidad”.

EVIDENCIAS

De entre éstas destacan:

- 1.- Acta circunstanciada de fecha catorce de noviembre del año dos mil diecisiete, en la que se hizo constar la llamada telefónica realizada a esta Comisión por la ciudadana **RGCF**, cuyas manifestaciones fueron transcritas en el punto primero del apartado de “Descripción de Hechos” de la presente resolución.
- 2.- Acta circunstanciada de fecha catorce de noviembre del año dos mil diecisiete, en la que se hizo constar la entrevista realizada por personal de este Organismo a la ciudadana **RGCF**, cuyas declaraciones fueron transcritas en el numeral segundo del rubro de “Descripción de Hechos” de la presente Recomendación.

Asimismo, la referida inconforme exhibió para que se glosen al acta circunstanciada antes referida, copia simple de los siguientes documentos:

- a) Informe de fecha veinticinco de agosto del año dos mil diecisiete, relativo al ultrasonido obstétrico realizado a la ciudadana **RGCF**, por el Médico Radiólogo JICG, en el que se consignó lo siguiente: “... Se realizaron múltiples barridos ecográficos con transductor convexo de 5-2 MHz en tiempo real en el abdomen observándose: Producto único vivo de situación longitudinal, presentación cefálica, con el dorso anterior hacia a la izquierda de la línea media materna, normoconformado, activo, con movimientos disminuidos, corazón de cuatro cámaras, no se lograron apreciar los tractos de salida, con frecuencia cardíaca fetal presente de 160 LPM. Por somatometría corresponde a un embarazo de 38.3 semanas de gestación (DBP 92 mm; CA 375 mm; LF 74 mm con peso aproximado de 3883 grs. Y con fecha probable de parto del 04-SEPTIEMBRE-17. La placenta es fúndica posterior central, con adecuada inserción sin zonas de desprendimiento o hematomas y con grado III de madurez. Líquido amniótico con ligero aumento de su celularidad y con disminución de su cantidad. Índice de **Phelan de 5.5**. Se valoraron ambos riñones fetales, siendo normales y vejiga fetal distendida con un volumen aproximado de 4 cc. Cordón umbilical formado de tres vasos, actualmente con circular completo y con índice de resistencia de 0.50. Es normal. **CONCLUSIÓN: PRODUCTO ÚNICO CON EDAD GESTACIONAL DE 38 SEMANAS 3 DÍAS.**

PLACENTA GRADO III DE MADUREZ. CORDÓN UMBILICAL CON CIRCULAR COMPLETO A CUELLO. OLIGOHIDRAMNIOS MODERADO. VARÓN CON HIDROCELE LEVE ...”.

- b) Nota de egreso de fecha veintisiete de octubre del año dos mil diecisiete, signada por el Doctor Roberto Robles Anaya del Departamento de Neonatología del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que se plasmó: “... **NOMBRE DEL PACIENTE:** C. F. RECIÉN NACIDO ... **EDAD:** 62 DÍAS. **SEXO:** MASCULINO. **F. NACIMIENTO:** 26-08-17. **H. NACIMIENTO:** HRS. **DX DE INGRESO:** RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO 39 SEMANAS DE GESTACIÓN / PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL / ASFIXIA PERINATAL SEVERA / ENCEFALOPATÍA HIPOXICO ISQUÉMICA FINNER II. **SERVICIO DE PROCEDENCIA:** TOCOCIRUGÍA. **FECHA DE INGRESO:** 26-08-2017. **CONDICIONES DE INGRESO Y EVOLUCIÓN ANTECEDENTES PRENATALES:** Madre de 37 años producto de la gesta 1. Inicia control prenatal desde el primer trimestre acudiendo a tres consultas en su unidad médica con ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso, proviniendo de un medio socioeconómico bajo, con medidas higiénicas adecuadas e inmunizaciones incompletas sin aplicación de toxoide tetánico e influenza. VIH y VDRL negativos, refiere infección de vías urinarias en el tercer trimestre de gestación tratada y remitida, previo a la gestación actual madre se refiere aparentemente sana sin antecedentes infecciosos, crónicos, alérgicos o quirúrgicos. **ANTECEDENTES PERINATALES:** Bajo protocolo quirúrgico de urgencia y bajo anestesia general se obtiene producto masculino por vía abdominal debido a bradicardia fetal, presentación cefálica, líquido amniótico claro, no vigoroso, bradicárdico 80 lpm, se realizan pasos iniciales de reanimación sin respuesta por lo que se inicia ventilación a presión positiva, sin mejoría de la frecuencia cardíaca, al continuar sin automatismo respiratoria se decide intubación endotraqueal, con canula 3.5 se corrobora permeabilidad esofágica y anal. Apgar 2-4-5, Capurro: 39 semanas de gestación, gasometría de cordón con datos de asfixia neonatal, por lo que se decide su ingreso a UCIN, sin embargo, al no contar con espacio físico ingresa a sala de cuidados intermedios para apoyo con ventilación mecánica ... **EVOLUCIÓN:** Durante su estancia en sala 1 de cuidados intermedios convulsiona en su primera hora de VEU y es manejado con Midazolam, e impregnación con DFH. Ingresa a UCIN, donde se agrega levetiracetan y fenetanil al manejo, con persistencia de estatus epiléptico caracterizado por mioclonías y movimientos de chupeteo, las cuales se vuelven esporádicas y de corta duración, en la gasometría reporta acidosis metabólica. Se inicia vía parenteral en su segundo día de VEU con NPT y se inicia doble esquema antibiótico con ampicilina / gentamicina ante diagnóstico de neumonía intrauterina el cual se mantiene por 10 días. Se solicita USG transfontanelar en el que se observan datos de hemorragia parenquimatosa, la cual se corrobora con una tomografía computarizada hiperdensidades correspondientes a zonas hemorrágicas difusas infarto en el parénquima cerebral. Se diagnostica síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, manejada con restricción hídrica y diuréticos. Al día 24 de vida extrauterina presente evolución tórpida con presencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica y fiebre, en los laboratorios con leucocitosis y proteína c reactiva positiva por lo que inicia manejo con cefotaxima y vancomicina sin

embargo al octavo día de tratamiento presenta leucocitosis de 27 mil por lo que se cambia el esquema antimicrobiano a cefepime y vancomicina. A los 22 días de vida extrauterina se logra extubar al paciente pasando a CPAP nasal por 12 días, retirando el CPAP nasal a la 72 hrs., ya con adecuado control respiratorio y manteniendo casco cefálico con oxígeno suplementario con flo2 a 40%. Continúa con manejo anticomial con levetiracetam. Se realiza gastrostomía más funduplicatura el día 3 de octubre sin eventualidades. Se mantiene con cifras tensionales por arriba del percentil 95 por lo que se agrega al tratamiento un IECA. Actualmente se encuentra estable con regulares condiciones generales en tratamiento con Levetiracetam. Los familiares han recibido capacitación para los cuidados que requiere el paciente. **EXPLORACION FÍSICA:** Actualmente se reporta activo, reactivo, coloración adecuada, normocéfalo con fontanelas y suturas normotensas, sin alteraciones craneofaciales. paladar íntegro, tórax íntegro con adecuada entrada de aire en ambos hemitórax, cardiopulmonar sin patología, FC 156 x min. FR: 58 x ml, abdomen blando y depresible, sin distensión abdominal, peristalsis presente, presenta sonda de gastrostomía funcional sin datos de infección o sangrado. Genitales acordes a edad y sexo. Extremidades íntegras simétricas, con presencia de espasticidad, pulsos presentes, llenado capilar normal. Reflejos primitivos ausentes. Dada su mejoría clínica se decide su egreso del servicio ... **DX DE EGRESO:** RECIÉN NACIDO DE (ILEGIBLE) TÉRMINO 39 SDG/PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL/ASFIXIA PERINATAL/ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA FINNER II/NEUMONIA INTRAUTERINA/NEUMONÍA NOSOCOMIAL REMITIDA/PO SONDA DE GASTROSTOMÍA ...”.

- c) Nota de traslado de fecha veintisiete de octubre del año dos mil diecisiete, suscrita por el Doctor R. P. del Centro Médico Americano, Fundación Progreso Yucatán, A. C., en el que se asentó: “... DX. MASCULINO 2 MESES / PCI SEC ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA / PO GASTROSTOMÍA / EPILEPSIA / MAL MANEJO DE SECRECIONES Paciente masculino producto de la gesta 1, de madre de 37 años, nace en el O’Horán con datos de hipoxia neonatal, no contamos con resumen Médico, por lo que dice la madre intubado por 1 mes, 15 días CPAP y posterior casco cefálico, presentó al parecer sepsis, neumonía, egresado el día de hoy a las 16 hrs, pero al llegar a su casa con abundantes secreciones nasales y orales, con dificultad respiratoria, acude a este hospital donde se aspiran mejorando parcialmente, pero al llegar a su casa nuevamente datos de dificultad respiratoria motivo de consulta. Se valora paciente pálido, con FR: 64x abundantes secreciones nasales verdosas, se procede a aspirar alrededor de 5cc, por nariz y cavidad oral mejorando parcialmente la congestión, la faringe hiperemica, ++, hipertrófica +, los campos pulmonares con rudeza respiratoria, pectus excavatum, no crepitos ni sibilantes, el abdomen globoso pero blando, con herida de gastrostomía, extremidades con discreta rigidez. Se decide envió al O’Horán, ya que los familiares no cuentan con aspirador eléctrico, y corre el riesgo el menor de asfixia por secreciones, a su vez las cuales se observan verdosas, a lo que habrá que descartar, proceso infeccioso agregado ...”.

d) Nota de egreso de fecha diez de noviembre del año dos mil diecisiete, signada por el Doctor Antonio Duarte y Améndola del Departamento de Pediatría del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que se consignó: “... **NOMBRE DEL PACIENTE:** C. F. HD ... **DX DE INGRESO:** ENCEFALOPATÍA HIPOXICO-ISQUEMICA / DISPLASIA BRONCOPULMONAR / ESTADO DE GASTROSTOMÍA / NEUMONÍA CRÓNICA ... **FECHA Y HORA DE INGRESO** 27/10/17 22:30 HRS. **REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN:** SI ... *Lactante menor con antecedente de Dx de base RNDT 39 SDG/peso adecuado para edad gestacional/asfisia perinatal/Encefalopatía Hipóxico-Isquémica Finner III/PO de Gastrostomía+Funduplicatura/Neumonía intrauterina y neumonía nosocomial remitida egresando el día 27/10/17 del área de Neonatología. Inicia su padecimiento el día 28/10/17 al referir obstrucción de la vía área superior con secreción hialina por boca y nariz mientras se dirigía a su domicilio que condiciono cianosis peribucal y posteriormente generalizada, acompañada de dificultad respiratoria acudiendo a valoración donde se realiza aspiración de secreciones y refieren a esta unidad. Se inicia manejo con ayuno y soluciones a requerimiento e inhaloterapia, se indicó CPAP nasal con FiO2 al 40% y PEEP 5cm H2O lográndose disminuir el FiO2 a 28% hasta lograr progresar a casco cefálico con puritan continuo con FiO2 al 60% indicándose pase a piso para continuar vigilando evolución, permaneció con casco por 72 horas lográndose su retiro sin complicaciones. Se toman controles hematológicos que se reportaron en rangos de normalidad ... Se inició la vía enteral por sonda de gastrostomía, uresis y excretas al corriente, signos vitales en parámetros normales. Sin desaturaciones, distermias, hemodinámicamente estable, sin datos de dificultad respiratorio. Con mejoría en el patrón respiratorio logrando saturaciones al 98% con oxígeno ambiente y disminución de secreciones por boca y nariz, se mantuvo con ejercicios de respiratorios y físicos a cargo del fisiatría mejorando la espasticidad, se valoró por el servicio de Cirugía Pediátrica por hernias inguinales bilaterales las cuales se refirió se programaran para su resolución definitiva. Valorado por oftalmología quien refiere presentaba úlcera corneal en ojo izquierdo para lo cual le indicó manejo a base de gotas y ungüentos TAC de control de cráneo que reforzó su pronóstico malo para la vida y la función por las secuelas. Actualmente paciente neurológicamente sin cambios. E. F. hipoactivo, reactivo a estímulos, palidez de tegumentos generalizada, con fascie característica, úlcera corneal en ojo izquierdo, tórax en tonel con murmullo vesicular normal, con estertores transmitidos, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos audibles, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, con sonda de gastrostomía funcional, sin cambios de coloración, ni secreción, sin datos de irritación peritoneal, región de inguinal con hernia bilateral de predominio derecho, reductible, sin cambios de coloración, extremidades con hipotróficas y espásticas, pulsos distales presentes, llenado capilar inmediato. Por adecuada evolución clínica, se decide su egreso con el siguiente plan. **MOTIVO DE EGRESO:** (Maximo beneficio, Mejoría, Exitus). **PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:** Hernia Inguinal Bilateral. Úlcera corneal izquierda. Crisis Convulsivas ... **DIAGNOSTICO FINAL:** Asfisia Perinatal GIII/Crisis convulsivas secundarias/Displasia broncopulmonar/Estado de gastrostomía y funduplicatura/Hernia inguinal bilateral/Úlcera corneal izquierda/Hidrocele bilateral/Neumopatía crónica ...”.*

- 3.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión en fecha quince de noviembre del año dos mil diecisiete, a través de la cual, se hizo constar la llamada telefónica realizada a esta Institución por la ciudadana **RGCF**, quién en uso de la voz manifestó que a su hijo le impondría el nombre de ACF y no ASC como indicó en su ratificación de queja.
- 4.- Acuerdo dictado por este Organismo en fecha dieciséis de noviembre del año dos mil diecisiete, por medio del cual, decretó la adopción de una medida cautelar por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán, consistente en instruir al personal del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, para que le proporcione al recién nacido ACF la atención médica adecuada a sus padecimientos, así como los medicamentos y material de curación apropiados, a fin de no vulnerar su Derecho a la Salud, respetando en todo momento los principios de legalidad y seguridad jurídica, circunstancia que le fue notificada a las partes para su conocimiento y efectos legales que correspondan.
- 5.- Oficio número DIR/JUR/635/2017 de fecha diecisiete de noviembre del año dos mil diecisiete, signado por el Doctor Carlos E. Espadas Villajuana, entonces Director del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, mediante el cual, aceptó la medida cautelar cuya adopción fue solicitada por esta Comisión a favor de la parte agraviada y en el que refirió: *“... Al respecto me permito informarle que este Hospital General a mi cargo, vela por el derecho humano a la salud, respetando en todo momento los principios de legalidad y seguridad jurídica protegidos en la legislación vigente en nuestro País y Estado, otorgando las garantías que dichas normas consagran; respecto al caso que nos ocupa, se giró instrucciones al personal médico para que realice las acciones conducentes a fin de que al momento que acuda la señora RGCF, madre del recién nacido identificado como ACF, a este Hospital General, se le proporcione al recién nacido antes citado, atención médica adecuada a los padecimientos que adolece, procurando en todo momento los servicios de salud de acuerdo a los padecimientos del recién nacido, proporcionándole los medicamentos y materiales de curación adecuados; por lo que en concordancia a lo antes expuesto remito oficio en la que se gira instrucciones al personal médico del área de Pediatría, para la continua, adecuada y oportuna atención médica del paciente recién nacido para los fines correspondientes ...”*.

Al referido oficio fue anexado el siguiente documento:

- a) Oficio número DIR/JUR/636/2017 de fecha diecisiete de noviembre del año dos mil diecisiete, suscrito por el Doctor Carlos E. Espadas Villajuana, entonces Director del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, dirigido a la Doctora María Luisa Caamal Poot, Jefa del Departamento de Pediatría del nosocomio en cuestión, en el que se consignó: *“... En atención al oficio número V.G. 3779/2017 ... en la que se solicita la adopción de una **Medida Cautelar**, consistente en proporcionar la atención médica adecuada a los padecimientos que adolece el recién nacido*

identificado como ACF, procurando los servicios de salud de acuerdo al padecimiento del citado recién nacido, así como los medicamentos y materiales de curación adecuados, a fin de no vulnerar los derechos a la salud del recién nacido. Por lo que le solicito gire instrucciones al personal médico para dar cumplimiento a la Medida Cautelar indicada ...”.

- 6.-** Acta circunstanciada de fecha veintidós de noviembre del año dos mil diecisiete, mediante la cual, personal de este Organismo, asentó lo siguiente: *“... hago constar haberme constituido en el Hospital O´Horán ... siendo el caso que me entrevisté con el Dr. Jorge Achach Asaf, Titular de Urgencias de Pediatría, con el fin de hacerle saber la medida cautelar aceptada por dicho nosocomio en pro del menor de edad ACF y de la mamá de dicho menor RGCF, agraviados de la queja CODHEY 292/2017 por lo que me atendió el citado galeno y al manifestarle todo lo anterior me dijo que ya tenía conocimiento y que al citado menor ya lo estaban atendiendo toda vez que ya tenía como quince minutos de haber llegado al hospital en comento el día de hoy a las diez de la mañana con cinco minutos, asimismo dicho titular me dijo que quién está a cargo del menor de edad es la doctora Igia Pérez y que le están dando los cuidados requeridos por el referido menor ...”*
- 7.-** Oficio número DAJ/4008/3978/2017 de fecha seis de diciembre del año dos mil diecisiete, signado por el M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, a través del cual, remitió a esta Comisión el informe escrito solicitado, en el que se plasmó: *“... En atención a su oficio número V.G. 3815/2017 de fecha 17 de noviembre del año en curso, por medio del cual solicita un informe en relación a los hechos manifestados en la queja de la C. RGCF, respecto a la atención médica que recibió ella y su hijo ACF en el Hospital General “Dr. Agustín O´Horán. Al respecto me permito enviar anexo al presente el oficio número DIR/JUR/645/2017 de fecha 05 de diciembre del 2017, el cual es signado por el Dr. Carlos E. Espadas Villajuana, Director del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán, el cual emite las especificaciones necesarias para dar cumplimiento a su solicitud, así mismo se envía copia simple del expediente clínico ... correspondiente al menor en cuestión y copia certificada del expediente ... correspondiente a la C. RGCF”*

Al referido oficio fueron anexados entre otros los siguientes documentos:

- a)** Oficio número DIR/JUR/645/2017 de fecha cinco de diciembre del año dos mil diecisiete, suscrito por el Doctor Carlos E. Espadas Villajuana, entonces Director del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, dirigido al M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, en el que plasmó: *“... En atención a su oficio número DAJ/3840/3340/2017 de fecha 22 de noviembre del año 2017, relativo al oficio número V.G. 3815/2015 de fecha 17 de noviembre del presente año ... por medio del cual solicita remitir un informe, en relación a los hechos mencionados en el citado oficio, mismo que deberá ser en relación a la atención de la C. RGCF y su hijo ACF ... Al respecto me permito informar*

lo siguiente: 1. La quejosa ingresó el día **25 de agosto del año 2017, a las 23:30 horas** a este Hospital General por motivo de **trabajo de parto** como se hace constar en el expediente médico a nombre de RGCF. 2. Los Doctores que atendieron a la quejosa, desde su inicio hasta el nacimiento del menor de edad ACF, fueron: Ginecología y Obstetricia: María José Castillo Rodríguez, Alberto Cantún Sánchez, Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, Arturo Agustín Álvarez Cardeña, Pamela Alpízar Martínez; José Lomelí Reynoso, Emilio Josué Miam Suárez; Vanessa Elizabeth Arroyo Toriz, Alfredo Eduardo Santamaría Martínez, Tanner Rivero Barceló, Anestesiología: Dra. Diana Isela Nahuat Andrade. 3. Los **lineamientos y normas oficiales** que se adoptan para el servicio médico son los siguientes: Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; NOM 031-SSA2-1999 para la atención y salud del niño; NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico; NOM-016-SSA-2012 establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; NOM-035-SSA3-2012 en materia de información en salud; NOM-206-SSA1-2002 regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. 4. Se remite **original y copia** del expediente clínico ... integrado a nombre de RGCF; así mismo, remito copias simples de expediente clínico ... integrado a nombre del menor de edad ACF, en virtud de que hasta el día de hoy, se encuentra ingresado en el área de **Pediatría-Terapia Intermedia** de este Hospital General, por lo que dicho expediente se encuentra en uso clínico; por tal motivo, no se puede extraer de este nosocomio para proceder a la certificación. 5. Se remite **copias de los expedientes clínicos** a nombre de RGCF y del menor ACF, necesarios a fin de esclarecer el caso que nos ocupa; 6. Por último, **se fija cita abierta** para llevar a cabo cita médica, con la finalidad de realizar las acciones necesarias respecto a la ciudadana RGCF; de igual manera le informo que el menor de edad ACF, **se encuentra ingresado en el área de Pediatría-Terapia Intermedia** de este Hospital General, recibiendo la atención médica pertinente ...”.

- b) Copias certificadas del expediente clínico de la ciudadana **RGCF**, integrado en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que sobresalen las siguientes notas médicas:

I.- Nota frontal del servicio UTQX, en la que se consignó: “... Fecha y hora 25.08.17, 23:30, Embarazo de 38.3 semanas por USG del 1er trimestre, ruptura de membranas 23:30, trabajo de parto fase activa, Dr. Arturo Agustín Álvarez Cardeña (con firma), RII Castillo (con firma), RI Sánchez (sin firma). Fecha y hora 26.08.17, 10:40, período expulsivo prolongado, bradicardia fetal, MBGO Carlos Manuel Echeverría y Gamboa (con firma), RIIIGO Lomelí (con firma). Fecha y hora 26.08.17, 11:50, puerperio inmediato postquirúrgico, cesárea tipo Kerr + ligadura arterias uterinas baja hemorragia obstétrica, MBGO Carlos Manuel Echeverría y Gamboa (con firma), RIIIGO Lomelí (con firma) ...”.

II.- Nota médica del servicio de toco de fecha 25 de agosto del 2017 (sin hora) en la que se hizo constar: “... *Femenino 37 años (ilegible) USG 25/08 DVV 38.35, ILA 5.5., hidrocele leve, cefálico, peso 3883 grs. (ilegible) TV.- Cervix 60% borramiento, 3 centímetros dilatación, turner negativo, pelvis suficiente. Indicaciones 1) Cita abierta a urgencias (ilegible) 2) Cita en una semana. Dr. Rivero MB (sin firma), Dr. López (con firma)...*”.

III.- Nota médica del servicio de tococirugía de fecha 25 de agosto del 2017, a las 23:30 horas, en la que se asentó: “... *NOTA DE INGRESO ... PADECIMIENTO ACTUAL Paciente acude a valoración por cuadro clínico de 6 horas de evolución, que inicia con dolor tipo cólico en hipogastrio que se irradia a zona lumbar, aumentando en frecuencia e intensidad en las últimas 2 horas, media hora antes de su ingreso refiere salida de líquido transvaginal que escurre hasta el pico. Niega datos de vasocepas, refiere adecuados movimientos fetales, niega datos de bajo gasto. EXPLORACIÓN FÍSICA ... útero gestante con altura uterina de 32 cm, con producto único vivo logirdia, cefálico dorso izquierdo, frecuencia cardíaca fetal de 137 latidos por minuto, genitales de acuerdo a edad y sexo, a la especuloscopia paredes vaginales lisas elásticas sin tumoraciones, cérvix (ilegible) al tacto bimanual cervix eutrófico, reblandecido, 4 centímetros de dilatación, a 80% de borramiento, ano palpable, 80% de borramiento, extremidades ... LBASTX NEGATIVO NO CONTAMOS CON USG PARA REALIZAR IMPRESIÓN DIAGNOSTICA. – EMBARAZO DE 38.3 SEMANAS POR ULTRASONIDO DE TERCER TRIMESTRE. – TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA – RUPTURA DE MEMBRANA ALTA. PLAN: Paciente con embarazo de término y trabajo de parto fase activa, y ruptura de membranas, se decide ingreso para vigilancia de frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina, conducción del trabajo de parto, cuenta con bishop de 7 favorable, se inician soluciones con oxitocina a dosis de 5 mUI por minuto, se vigilará evolución de acuerdo a curva de Friedman, se solicitan laboratorios de ingreso, por fórmula de jhonoson 3100 gramos. COMENTARIO Maniobra de Kristeller: maniobra descrita en 1867. Es la presión con ambas palmas sobre el fondo uterino en forma simétrica y hacia abajo en dirección de la pelvis durante el acme de la contracción. Existen variantes de esta maniobra, algunas de ellas con contraindicación absoluta y otras sólo se recomiendan en casos muy seleccionados. En la actualidad, ya no se recomienda realizarlas, sin embargo, en la práctica clínica diaria aún se utilizan con relativa frecuencia. Algunos realizan empujes sucesivos, mientras otros prefieren una presión sostenida, practicada con prudencia y presión uniforme (ilegible) .Dr. Arturo Agustín Álvarez Cardeña (con firma) Dra. Castillo R2GO (sin firma) Dr. Sánchez R1GO (con firma) ...*”.

IV.- Nota médica de evolución de fecha 26 de agosto del 2017, a las 07:00 horas, en la que se consignó: “... *NOTA DE EVOLUCIÓN: Paciente de 36 años quien cuenta con los diagnósticos de embarazo de 38.3 semanas por ultrasonido del primer trimestre/trabajo de parto fase activa, actualmente asintomática, niega datos de vasoespasmo, niega datos de bajo gasto, refiere movimientos fetales adecuados, exploración física signos vitales: TA 120/80 FC 78 FR 12 neurológicamente íntegra, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante con*

producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, actividad uterina regular en dinámica de diez minutos, movimientos fetales percibidos, genitales de acuerdo a edad y sexo, al tacto vaginal, cérvix central, 9 cm de dilatación, 90% de borramiento, membranas rotas, extremidades íntegras sin edema, reflejos normales, llenado capilar inmediato. Plan: paciente quien se mantiene en conducción del trabajo de parto con oxitocina a dosis de 60 ml/hr, se mantiene en vigilancia, paciente delicada, pronóstico reservado a evolución. Dr. Arturo Agustín Álvarez Cardeña (con firma) Dra. Martínez RIGYO (sin firma) Dr. MIAM RIGYO (con firma) ...”.

V.- Nota médica agregada de fecha 26 de agosto del 2017, a las 10:00 horas, en la que se hizo constar: “... *Paciente la cual se encuentra en período expulsivo presentando el producto datos de bradicardia sostenida hasta 50 lpm, se inician maniobras de reanimación intrauterina y se suspende conducción de trabajo de parto se solicita sala de quirófano así como valoración por servicio de anestesiología para interrupción vía abdominal por compromiso fetal. Se informa a paciente y se firman consentimientos informados. PRONÓSTICO Reservado a evolución. Dr. Carlos Manuel Echeverría y Gamboa MBGO (con firma) Dr. LOMELÍ RIIGGO (con firma) Dra. ARROYO RIIGGO (con firma) ...”.*

VI.- Nota médica pre-operatoria de fecha 26 de agosto del 2017, a las 10:45 horas, en la que se asentó: “... **RESUMEN DEL INTERROGATORIO:** *paciente de 37 años de edad quién actualmente cursa con diagnóstico de embarazo de 38.3 sdg, trabajo de parto expulsivo prolongado, bradicardia fetal. EXPLORACIÓN FÍSICA:* *neurológicamente íntegra, adecuada coloración de piel y tegumentos, cardiopulmonar sin agregados, patología abdomen globoso a expensa de útero gestante con producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 87 latidos por minuto, (ilegible), genitales externos sin lesiones, tacto vaginal cérvix con borramiento, dilatación completa (ilegible) 3er plano de hodge (sin adecuado esfuerzo de pujo materno), salida de líquido claro, extremidades íntegras. TIPO DE CIRUGÍA: URGENCIA. FECHA PROGRAMADA DE LA CIRUGÍA A REALIZAR: 25.08.17 (sic). DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: embarazo de 38.3 semanas, expulsivo prolongado, bradicardia fetal. PLAN QUIRÚRGICO: cesárea tipo kerr ... Dr. Carlos Manuel Echeverría y Gamboa MBGO (con firma) Dr. LOMELÍ RIIGGO (con firma) ...”.*

VII.- Nota médica de anestesiología de fecha 26 de agosto del 2017, en la que se observa alterada la hora, apreciándose que se asentó 10:48 horas y se sobrepuso las 09:48 horas, y en la que se consignó: “... *Fem de 37 años de emb 38.3 SDG expulsión prolongada y bradicardia fetal, se solicita valoración para cesárea de urgencia ABSOLUTA, pasa a sala, se interroga durante su paso y se revisa expediente (ilegible) Se explican riesgos y complicaciones y firma el consentimiento informado. Se solicita 2PG y APFC disponible pasa a sala e inicia monitoreo. Dra. Diana Isela Nahuat Andrade (con firma) R2 Pacheco (con firma) R2 Hernández Marisa (sin firma) ...”.*

VIII.- Nota médica postanestésica de fecha 26 de agosto del 2017, a las 11:45 horas, en la que se plasmó: “... *Femenina de 37 años PO cesárea por 38.3 SDG/bradicardia*

fetal de manera urgente bajo AGB y MNL previa revisión de máquina de anestesia pasa a sala, (ilegible) espontánea c/02 c/mascarilla facial ... inicia QX sin estímulo ... Duración QX 1h 30 min ... hallazgos masculino, no proporciona más datos por el servicio de pediatría. Indicaciones O2 c/mascarilla facial a 5 lx. Dra. Diana Isela Nahuat Andrade (con firma) R2 Pacheco (sin firma) R1 (ilegible) (sin firma) ...”.

IX.- Nota médica post-operatoria de fecha 26 de agosto del 2017, a las 11:50 horas, en la que se asentó: “... OPERACIÓN PLANEADA: CESÁREA TIPO KERR. DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO: PUERPERIO INMEDIATO POST QUIRÚRGICO LIGADURA BAJA DE ARTERIAS UTERINAS/HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. OPERACIÓN REALIZADA: CESÁREA TIPO KERR. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA: posterior a procedimiento anestésico se realiza asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se realiza incisión media infraumbilical, se disecciona por planos hasta llegar a cavidad se realiza incisión arciforme y se calza y extrae producto con dificultad, se aspiran secreciones, punza y corta el cordón, se entrega a pediatría, se realiza alumbramiento ... PUVI MASCULINO 39 SDG, 4-5-7 apgar, placenta completa, líquido claro, circular de cordón a cuello ... Dr. Carlos Manuel Echeverría y Gamboa MBGO (con firma) Dr. LOMELÍ RIIIGO (con firma) ...”.

X.- Informe de fecha veinticinco de agosto del año dos mil diecisiete, relativo al ultrasonido obstétrico realizado a la ciudadana **RGCF**, mismo que fue transcrito en el numeral dos inciso a) del rubro de evidencias de la presente recomendación.

XI.- Solicitud y registro de operación quirúrgica de fecha 26 de agosto del 2017, firmada por la ciudadana **RGCF**, en el que se plasmó: “... SOLICITUD DE OPERACIÓN. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO 38.3 SDG expulsivo prolongado, bradicardia fetal. OPERACIÓN PROYECTADA: cesárea kerr ... PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO: FECHA: 26-08-17 HORA: 11:00 SALA: toco ...”.

XII.- Hoja de huellas madre-hijo en el que se registró: “... SERVICIO: Toco cx. APELLIDO(S): Castillo Félix. SEXO: Masculino. HORA: 10:13 FECHA: 26-08-17 PESO: 3.360 APGAR: 2-4-5 capurro 39. VÍA DE NACIMIENTO: Vaginal-Abdominal. NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE: C F R G... ”.

XIII.- Certificado de nacimiento del menor de edad quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, expedido en fecha veintiséis de agosto del año dos mil diecisiete, por el ciudadano Juan Roberto Soberanis Patrón, Médico Residente del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que se consignó en el apartado correspondiente a fecha y hora de nacimiento: “Día 26, Mes 08, año 2017, Hora 10, 13 Minutos”.

- c)** Copias simples del expediente clínico del menor de edad quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, integrado en el Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que destacan las siguientes notas médicas:

I.- Hoja frontal en la que se hizo constar por el Neonatólogo Roberto Robles Anaya lo siguiente: "... NOMBRE: C F RN. EDAD: RN. FECHA DE NACIMIENTO: 26/08/17. SEXO: Masculino ... **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** (CIE 10, CLAVE, FECHA): 26-agosto-2017 –RNDT 39 SDG. –PAEB. –Asfixia Perinatal Grave. – Clasificación Finner Estadio Finner II. RESPONSABLE: DR. CÉSAR A. ROSAS MORENO, MÉDICO PEDIATRA (con firma). **DIAGNÓSTICO:** (CIE 10, CLAVE, FECHA): 27-oct-17 ... secuelas neurológicas. RESPONSABLE: DR. ROBERTO ROBLES ANAYA (con firma) ...".

II.- Nota de ingreso a UCIN del menor de edad quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, de fecha 26 de agosto del 2017, signado por el Doctor César A. Rosas Moreno, Médico Pediatra del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que se asentó: "... *Ficha de Identificación:* Nombre: **CFRN**. Sexo: MASCULINO. Fecha de Nacimiento: 26.08.17. Hora de Nacimiento: 11:18 hrs. Apgar: 2/4/6/7 Capurro: 38 SDG ... **Antecedentes Prenatales:** Hijo de madre 37 años de edad, producto de la gesta 1, para 0 cesárea 0 abortos 0 con control prenatal desde el 2do trimestre, con 8 consultas. Nivel socioeconómico medio, con adecuadas medidas higiénicas dietéticas, cuadro de inmunizaciones completo, con aplicación de una dosis de toxoide tetánico e influenza. Paciente que niega antecedentes personales de importancia. Antecedentes perinatales: refiere infección de vías urinarias en el 3er mes de embarazo tratada y remitida, VIH y VDRL negativos, refiere consumo de hierro y ácido fólico desde el primer mes de embarazo. Ingres a al servicio con diagnóstico de Embarazo de 38.3 sdg x USG del primer trimestre/trabajo de parto fase activa. Ingres a durante el turno nocturno el día 25.08.17. El día 26.08.17 a las 10:00 hrs se avisa al servicio de neonatología que la paciente pasa a quirófano por bradicardia fetal. **Antecedentes Perinatales:** Bajo protocolo quirúrgico se pasa a cesárea de emergencia por bradicardia fetal de hasta 50 latidos por minuto, se realiza anestesia general con fentanil, succinil colina y propofol. Con aproximadamente 5 minutos entre el inicio de anestesia y pinzamiento de cordón umbilical, se obtiene producto en presentación cefálica, masculino, no vigoroso, bradicardico, se coloca bajo fuente de calor radiante se libera vía aérea sin automatismo respiratorio iniciamos Ventilación a presión positiva mejorando la frecuencia cardíaca, 80 Lat/min, continua sin automatismo respiratorio se decide intubación endotraqueal con cánula 3fr se fija a 10 cm en el primer intento, se verifica elevación de tórax bilateral y con mejoría de la frecuencia cardíaca 130 L/min. Se otorgan apgar 2, 4, 6. Paciente que amerita manejo en terapia intensiva neonatal sin embargo por falta de espacio físico se traslada paciente a terapia intermedia (sala 1) para apoyo con ventilación mecánica. Durante la primera hora de estancia en sala presenta evento convulsivo y se yugula con midazolam e impregnación con DFH. **Examen Físico:** Recién nacido del sexo masculino hipoactivo, no reactivo, flácido, con movimientos oculares y fasciculaciones, con trinus de boca, cráneo moldeado con la presencia de cefalohematoma, en región frontoparietooccipital derecha, fontanela no palpable, suturas cabalgadas no palpables, pabellones auriculares con implantación normal, conducto auditivo permeable, ojos simétricos, narinas permeables, paladar íntegro,

encías sin alteraciones. Cuello sin masas ni ganglios, clavículas íntegras, esófago permeable. Tórax simétrico campos pulmonares ventilados (ventilación mecánica). Latidos cardíacos rítmicos sin soplos agregados, frecuencia cardíaca 130 lpm. Abdomen blando, peristalsis presente sin tumores ni visceromegalias. Cordón umbilical central, ligado proporción AV 2:1. Ano permeable. Genitales fenotípicamente masculinos, con testículos en bolsa escrotal. Extremidades íntegras, llenado capilar inmediato, pulsos periféricos presentes, hiperreflexia, Barlow y Ortolani negativos. Columna vertebral íntegra, moro ausente. **GASOMETRÍA UMBILICAL:** pH 6.8 pCO₂ 111 pO₂ 21 Lac¹² BE-ecf-16 HCO 18. **Diagnósticos: -Recién Nacido de término 38 sdg de Gestación. (Capurro A). -Peso adecuado para la edad gestacional (Jurado García). -Asfixia perinatal severa. -Encefalopatía hipoxico. Comentario:** Recién nacido de término de 38 SDG por capurro A. Peso adecuado para la edad gestacional: por arriba del percentil 10, según gráficas de Jurado García. De acuerdo a la GPC IMSS-632-13 la definición de asfixia de cumplir con los criterios de ph menor a 7 en sangre de cordón umbilical, apgar igual o menor a 3 a los 5 min, alteraciones neurológicas y falla orgánica múltiple. La asfixia perinatal ocurre entre el 0.2 al 0.4% pero representan una de las principales causas de muerte neonatal. El cuadro clínico se caracteriza por dificultad respiratoria, depresión del tono muscular, alteración del estado de alerta, sangrado tubo digestivo, crisis convulsivas, estas manifestaciones pueden ser tempranas o tardías. La principal complicación de la asfixia es la encefalopatía hipoxico isquémica la cual se puede clasificar de 2 maneras con la valoración de Sarnat la cual considera parámetros tales como el nivel de conciencia, tono muscular, postura, reflejos osteotendinosos, la presencia de crisis convulsivas tipo mioclonías, el reflejo de moro, el tamaño pupilar, la realización de un EEG, duración y pronóstico, esta clasificación puede tener 3 estadios y diferentes pronósticos según la gravedad. El inconveniente con esta clasificación es que se requiere de un EEG para estadificar, razón por la cual se toma en consideración la clasificación de Finer la cual valora la irritabilidad, dilatación pupilar, hiperreflexia y la frecuencia cardíaca del mismo modo en 3 estadios. Se decide su ingreso al área de cuidados intensivos neonatales, riesgo de disfunción orgánica múltiple. **Plan:** manejo de terapia intensiva neonatal (terapia intermedia). Ayuno, soluciones de base a requerimiento, doble antimicrobiano, anticomicial (DFH), ventilación mecánica, sedación y analgesia. Manejo de paciente crítico. **Pronóstico:** paciente grave ...”.

III.- Nota de recepción a UCIN del menor de edad quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, de fecha 26 de agosto del 2017, a las 19:10 horas, signado por el Doctor Alberto Carlos Deciga Campos, personal médico del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que se plasmó: “... Paciente que ha cursado con movimientos convulsivos caracterizado por movimiento de chupeteo, así como mioclonias en extremidades superiores, ya se inicia DFH, levetiracetam, agregamos Midazolam y se inicia Fentanil en infusión. Gasometría con pH de 7.37 pCO₂ 15. PO 135 EB – 13, se reporta en gasometría K 7.6 y Na 134.8 ajuste variables ventilatorias. Al momento sin datos de bajo gasto cardíaco, pronóstico malo para la función por crisis convulsivas tempranas. Vigilamos daño a órgano blanco de asfixia. Bh con leucocitosis agrego antibiótico. Paciente muy grave ...”.

IV.-Resumen médico de fecha once de julio del año dos mil dieciocho, relativo al menor de edad quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, signado por la doctora Yazmín Quiñones Pacheco MB PED, Gastroenteróloga y Nutrióloga Pediatra del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que consignó: “... Se trata de paciente masculino con antecedentes de madre de 37 años de edad producto de la Gesta 1, con adecuado control prenatal (8 consultas), madre con inmunizaciones completas, IVU en el tercer mes de gestación tratada y remitida, con VIH y VDRL negativos, consumo adecuado de hematóticos, ingresa a servicio de toco cirugía con diagnóstico de embarazo de 38.3 SDG del primer trimestre con trabajo de parto de fase activa, sin embargo se decide interrumpir por vía abdominal por Bradicardia Fetal el día 26.08.17 de manera urgente, después de 5 min. de anestesia general con succinil colina, fentanil, y Propofol se obtiene producto masculino, no vigoroso, bradicárdico, el cual no responde a pasos iniciales, por lo que amerita Ventilación por presión positiva, con mejoría de la frecuencia cardíaca, debido a que no presenta adecuado automatismo respiratorio se decide intubación endotraqueal en la cual se recupera la frecuencia cardíaca, se otorgó Apgar de 2- 4- 6. Capurro de 39 SDG, presentó datos de Asfixia en Gasometría arterial. Durante su primera hora de vida presenta crisis convulsivas. 26-08-17 al 27.10.17 Durante su estancia hospitalaria se realizan diagnósticos de asfixia perinatal desde nacimiento, manejado con DFH se encontró con ventilación mecánica, presentó crisis convulsivas secundarias, Neumonía intra uterina, hemorragia parenquimatosa, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, así como Displasia Broncopulmonar, gastrostomía con Funduplicadura el día 3/10/17. Se decide egreso hospitalario el día 27.10.17 y el mismo ingresa a urgencias por que en su estancia en hogar presenta obstrucción de la vía aérea. **2 ingreso. Piso de pediatría: 27.10. 17 al 10.11.17:** Durante su estancia tuvo mejoría en el patrón respiratorio y de espasticidad, se valora por servicio de oftalmología por úlcera corneal en ojo izquierdo, ante mejoría se decide egreso a Hogar. (13 días de estancia). **3er ingreso.** Llega a urgencias el 22.11.17 por fiebre y dificultad respiratoria e ingresa con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad y choque hipovolémico y se decide intubación orotraqueal. Se mantuvo en terapia intermedia con manejo para neumopatía crónica y epilepsia de difícil control y pasa a piso de pediatría. Durante su estancia presentó todos los siguientes diagnósticos neumonía nosocomial, úlcera corneal, endoftalmitis derecha (eviceración quirúrgica 31 de enero 2018), desnutrición crónica, epilepsia sintomática de difícil control, sepsis nosocomial. Siempre se mantuvo en estado de gravedad con oxígeno suplementario y alimentación con sonda de gastrostomía. Sin embargo tuvo **evolución tórpida** desde hace 4 días con dificultad respiratoria y desaturaciones, por lo que se toma radiografía observando infiltrado diseminado en ambos campos, de características algodonosas y sobrecarga pulmonar, por lo que se inicia manejo con diurético, oxígeno y antibiótico por sonda, sin mejoría clínica. El día de hoy se recibe con desaturación 80% y secreción por narinas y boca asolmoneladas, espesas, crepitantes bilaterales. Se pasa a terapia intermedia a las 10:10 am con descenso progresivo de la frecuencia cardíaca, presenta paro cardiorespiratorio súbitamente y se inician maniobras de reanimación sin respuesta. Hora de defunción: 10:25 hrs.

DIAGNÓSTICOS DE DEFUNCIÓN: 1. NEUMONÍA NOSOCOMIAL. 2.- ASFIXIA PERINATAL. 3.- EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROL. 4. DESNUTRICIÓN CRÓNICA GRAVE ...”.

8.- Oficio número DAJ/0664/0616/2018 de fecha doce de febrero del año dos mil dieciocho, por medio del cual, el M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, remitió a este Organismo el informe adicional que fuera solicitado, en el que señaló: “... *En atención a su oficio ... por medio del cual solicita: “un informe adicional en el que señale el estado actual de salud del menor ACF, así mismo deberá remitir copias del expediente clínico a partir del día veintidós de noviembre del año dos mil diecisiete”.* Lo anterior relativo al expediente C.O.D.H.E.Y. 292/2017, iniciado por la **C. RGCF**. Al respecto me permito enviar anexo al presente el oficio número DIR/JUR/100/2018, de fecha 16 de febrero del 2018, el cual es signado por el Dr. Carlos E. Espadas Villajuana, Director del Hospital General “Dr. Agustín O’horán”, el cual contiene informe médico, suscrito por la Dra. María Luisa Caamal Poot, Jefa de División de Pediatría y la Dra. Anelena González Reynoso, especialista en Infectología Pediátrica, de igual manera se anexa al presente copia simple del expediente clínico ... correspondiente al menor ACF, a fin de cumplimentar su solicitud ...”.

Al referido oficio fueron anexados los siguientes documentos:

- a) Oficio número DIR/JUR/100/2018 de fecha dieciséis de febrero del año dos mil dieciocho, suscrito por el Doctor Carlos E. Espadas Villajuana, entonces Director del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, dirigido al M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, en el que consignó: “... remito **informe médico** suscrito por la Dra. María Luisa Caamal Poot, Jefa de la División de Pediatría, y la Dra. Anelena González Reynoso, especialista en Infectología Pediátrica, en la que se informa el estado actual de salud del menor ACF; de igual manera, anexo al presente **copia simple del expediente clínico** ... a partir del día veintidós de noviembre del año dos mil diecisiete, a nombre del menor ACF, para los fines correspondientes ...”.
- b) Resumen médico de fecha quince de febrero del año dos mil dieciocho, relativo al menor de edad quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, signado por las doctoras María Luisa Caamal Poot y Anelena González Reynoso, Jefa de la División de Pediatría y especialista en Infectología Pediátrica del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, respectivamente, así como por el ciudadano Gilberto de Anda, en el que se plasmó: “... **PACIENTE: ACF ... FECHA DE INGRESO: 22/11/2017 ... RESUMEN MÉDICO: A. de 5 meses de edad, ingresado en piso Pediatría, cuenta con los siguientes ... Antecedentes: Niega fracturas, traumatismos, alergias. Nace de una gesta 1, vía abdominal por bradicardia fetal, nace no vigoroso, Apgar 2-4-6, capurro 39 semanas, peso al nacer 3360 g, maniobras avanzadas de reanimación, intubado por 5 semanas en el área de neonatos después pasando a área**

de Infectología con secuelas neurológicas de parálisis cerebral y crisis convulsivas secundario a asfixia perinatal, displasia broncopulmonar severa, hernia inguinal bilateral, úlceras corneales, amerita múltiples transfusiones y se realiza gastrostomía. Tipo de sangre A positivo. Egresa del área de neonatos a los 2 meses de vida, pero ese mismo día regresa a Urgencias por atragantamiento secundario a mal manejo de secreciones. Este ingreso inicia el 22 de noviembre llegando a Urgencias con datos de dificultad respiratoria y choque hipovolémico manejándose con líquidos y antibioticoterapia en el área de choque. Con mala evolución a nivel respiratorio ameritando manejo ventilatorio realizando intubación orotraqueal la que se logra al primer intento. Se coloca catéter yugular por venodisección durante su estancia en área crítica. El 22 de noviembre se recibe en terapia intermedia donde se continúa bajo ventilación mecánica hasta el 1 de diciembre que pasa a casco cefálico con adecuada tolerancia. Valorado por oftalmología el 28 de noviembre 2017 refiriendo encontrar úlceras corneales bilaterales con perforación corneal de ojo derecho indicando oclusión de ambos ojos y aplicación de ungüento de cloranfenicol con mal pronóstico para la visión. Cursa con sepsis nosocomial manejado con ceftazidima vancomicina por 11 días. Pasa a piso de pediatría el 13 de diciembre sin apoyo de oxígeno, completando esquema antibiótico, con vía enteral completa. Se identifica en laboratorios de control hiponatremia persistente que amerita dejar aporte enteral de sodio basal, con corrección de la misma. El 16 de diciembre presenta picos febriles por lo que se toman laboratorios de control nuevamente presentando alteraciones hematológicas con elevación de la PCR en 6, sin otros síntomas, se sospecha relación con acceso venoso de larga evolución por lo que se retira en (sic) inicia esquema antibiótico con cefalotina/amkacina por 7 días. Estancia en terapia intermedia del 1 de enero al 13 de enero por una neumonía nosocomial manejado con vancomicina y piperacilina/tazobactam, únicamente requiriendo oxígeno suplementario. Pasa a piso el 13 de enero. Durante estancia por complicaciones a nivel ocular, fue valorado por el servicio de oftalmología: - (28 NOV 17) Ojo derecho con acortamiento del párpado superior con exposición total de la córnea la cual se observa engrosada y opaca macroscópicamente con aparente perforación corneal (se nota ojo hipotónico). Ojo izquierdo se observa acortamiento de párpado superior con exposición total de la corneal, la cual se observa engrosada y opaca macroscópicamente, ojo normotenso. Úlceras corneales por desecación con aparente perforación corneal del ojo derecho, ojo izquierdo normotenso. Indica Conforgel, oclusión ocular bilateral y vigamoxi, Cloranfenicol. Se solicita valoración por servicio de Córnea. - (1 DIC 17) Ojo derecho con lisis en un 100% con perforaciones en limbo superior e inferior, ojo izquierdo con adelgazamiento con lisis en periferia con infiltrado en sector inferior. Continúa manejo establecido, no se le pudo ofrecer trasplante de córnea debido a la lisis que presenta. Mal pronóstico para la visión y para conservar el órgano. - (26 DIC 17) Paciente con cámara húmeda antibiótica en gota y ungüento. Plan mismo tratamiento, pronóstico malo. Estamos limitados para procedimientos quirúrgicos por mal estado general del paciente. El 17 de enero es valorado por anestesiología indicando que cuenta con condiciones para cirugía, solicita cama en terapia intensiva y valoración por cardiopediatría la cual se encuentra en el expediente como corazón sano. El día 31 de enero se realiza evisceración del ojo derecho a cargo de oftalmología, encontrándose

perforación corneal de ojo derecho, sale paciente de quirófano con cuantificación de sangrado mínimo y signos vitales dentro de parámetros normales, e ingresa a piso de pediatría nuevamente. Revalorado por el servicio de oftalmología el día 02/02/18 iniciando tratamiento con cloranfenicol oftálmico y conforgel ungüento. Se mantiene con evolución estable, se toman laboratorios de control el día 09/02/18 sin alteración de las líneas celulares y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, leucocitos 8,600, neutrófilos 46%, linfocitos 40%, hemoglobina 12 g/dl, hematocrito 38.4%, plaquetas 297 mil, proteína C reactiva 0.70 mg/dl, creatinina 0.12 mg/dl, urea 8.6 mg/dl, glucosa 60 mg/dl Clínicamente con secuelas neurológicas importantes y desnutrición. Se mantiene con tratamiento de base (anticonvulsivos y antihipertensivos), así como con cuidados generales, mediante alimentación enteral por sonda de gastrostomía (462 Kcal totales), rehabilitación programada y apoyo para el manejo de secreciones. (Tolera incremento de alimentación enteral, con espera de ablactación próxima). Ya ha sido capacitado familiar para cuidados especiales del menor. En condiciones de egreso. Pronóstico malo para la función, reservado para la vida, riesgo alto de infecciones nosocomiales por estancia hospitalaria prolongada. Dx. Parálisis cerebral Infantil espástica/dislipasia broncopulmonar/Epilepsia/ulcera corneal izquierda/evisceración ojo derecho ...”.

c) Copias simples del expediente clínico del menor de edad quien en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, integrado en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, a partir del día veintidós de noviembre del año dos mil diecisiete.

9.- Oficio número DAJ/1110/1011/2018 de fecha dieciséis de marzo del año dos mil dieciocho, signado por el M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, mediante el cual, envió a esta Comisión el informe adicional que fuera solicitado, en el que indicó: “... *En atención a su oficio número V.G. 873/2018, de fecha 06 de marzo del año en curso, por medio del cual solicita: “un informe adicional en el que señale lugar, fecha y hora para que dicha autoridad lleve a cabo entrevista a los médicos; MARÍA JOSÉ CASTILLO RODRÍGUEZ, ALBERTO CANTÚN SÁNCHEZ, CARLOS MANUEL ECHEVERRÍA Y GAMBOA, ARTURO AGUSTÍN ÁLVAREZ CÁRDEÑA, PAMELA ALPÍZAR MARTÍNEZ, JOSÉ LOMELÍ REYNOSO, EMILIO JOSUÉ MIAM SUÁREZ, VANESSA ELIZABETH ARROYO TORIZ, ALFREDO EDUARDO SANTAMARÍA MARTÍNEZ Y TENNER RIVERO BARCELÓ, a fin de que rindan su declaración en relación a los hechos que motivaron la queja relativa al expediente C.O.D.H.E.Y. 292/2017, iniciado por la C. RGCF. Al respecto me permito enviar anexo al presente el oficio número DIR/JUR/144/2018, de fecha 16 de marzo del 2018, el cual es signado por el Dr. Carlos E. Espadas Villajuana, Director del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, el cual señala como fecha para realizar dichas entrevistas el día miércoles 28 de marzo del 2018, a las 10:00 horas, en las instalaciones de dicho nosocomio, a fin de dar el debido cumplimiento a su solicitud ...”.*

Al referido oficio fue anexado el siguiente documento:

a) Oficio número DIR/JUR/144/2018 de fecha dieciséis de marzo del año dos mil dieciocho, suscrito por el Doctor Carlos E. Espadas Villajuana, entonces Director del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, dirigido al M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, en el que señaló: *“... me permito informarle que se fija el día miércoles 28 de marzo del año dos mil dieciocho, a las 10:00 horas, en la Dirección de este Hospital General, para que los Doctores MARÍA JOSÉ CASTILLO RODRÍGUEZ, ALBERTO CANTÚN SÁNCHEZ, CARLOS MANUEL ECHEVERRÍA Y GAMBOA, ARTURO AGUSTIM (sic) ÁLVAREZ CARDEÑA, PAMELA ALPÍZAR MARTÍNEZ, JOSÉ LOMELÍ REYNOSO, EMILIO JOSÚE MIAM SUÁREZ, VANESSA ELIZABETH ARROYO TORIZ, ALFREDO EDUARDO SANTAMARÍA MARTÍNEZ Y TENNER RIVERO BARCELÓ, puedan ser entrevistados por personal de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, en relación a los hechos que motivaron la queja relativa al expediente C.O.D.H.E.Y 292/2017, iniciado por la C. RGCF; lo anterior, para los fines correspondientes ...”.*

10.- Acta circunstanciada levantada por personal de este Organismo en fecha veintiocho de marzo del año dos mil dieciocho, relativa a la entrevista realizada al **Doctor Carlos Manuel Echeverría y Gamboa**, personal del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, quien manifestó: *“... que si conoce a la Sra. RGCF, toda vez que en el mes de agosto del año dos mil diecisiete recibió a la paciente en trabajo de parto normal de acuerdo a las curvas de Friedman y se detectó bradicardia fetal por lo que motivo por el cual se indicó una cesárea, al sacar al bebé señala que entre los hallazgos se encuentra una circular de cordón de cuello, por lo que posteriormente se lo pasan al pediatra y este les comenta que el bebé nació y se le dio una calificación de Apgar bajo que significa una calificación de bienestar fetal, por último agrega que debido a la bradicardia que sufrió el producto se tuvo que intervenir inmediatamente a la paciente por operación cesárea, señala que las curvas de Friedman se encontraban bien, y la paciente se encontraba en expulsivo, posteriormente a eso se separó el producto y se le pasó al pediatra para valoración y manejo del producto después del nacimiento por lo que seguidamente el de la voz se queda a cargo del paciente y pediatría a cargo del recién nacido ...”.*

11.- Acta **circunstanciada** levantada por personal de esta Comisión en fecha veintiocho de marzo del año dos mil dieciocho, concerniente a la entrevista realizada a los médicos **Arturo Agustín Álvarez Cardena, Alberto Kantún Sánchez, María José Castillo Rodríguez y Emilio Miam**, personal del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, siendo que **Arturo Agustín Álvarez Cardena**, refirió: *“... ser encargado de la guardia del viernes, se le presenta el caso como paciente en trabajo de parto normo evolutivo, cuando la deja a las ocho de la mañana se encontraba aún en trabajo de parto, sin complicaciones y se le entrega a la guardia siguiente. Esa fue toda su participación. Menciona que el trabajo de*

parto siguió la curva Friedman hasta donde él la atendió ...”; en tanto **Alberto Kantún Sánchez**, señaló: “... no recordar haber tratado con la quejosa, manifiesta que atienden a muchos pacientes pero no recuerda haber tratado con ella ... continuando se hace mención que se revisa el expediente sin encontrar su participación ...”; mientras **María José Castillo Rodríguez**, indicó: “... ser residente de tercer año, pero cuando sucedieron los hechos era de segundo año y se encontraba en valoraciones, menciona que cuando entra la paciente le hacen una prueba donde le piden que puje, porque ella mencionaba que llega con ruptura de fuente y de membranas. Menciona que llegó con 4 cm de dilatación; con estos centímetros de dilatación no se le pide que puje; se le pone oxitocina vía intravenosa y se conduce el trabajo de parto, se revisa si se necesita aumentar o mantener el flujo de la oxitocina. La evolución fue sin complicaciones, un trabajo normal, entre los parámetros esperados, para una primigesta. Le entrega a la siguiente guardia en trabajo de parto ...”; por último **Emilio Miam**, narró: “... cuando sucedieron los hechos era residente de primer año, estaba en el área de labor, la recibe con ruptura de membrana y el plan a seguir era que tuviera un trabajo de parto para que nazca el producto vía vaginal. Al momento de entregar a la paciente a la guardia de la mañana ella continuaba con la labor de parto sin presentar complicaciones. Después de entregar a los pacientes ya no saben qué pasa con ellos...”.

- 12.- Acta circunstanciada levantada por personal de este Organismo en fecha veintiocho de marzo del año dos mil dieciocho, referente a la entrevista realizada a la **Doctora Pamela Martínez Alpízar**, residente del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, quién manifestó: “... que sí tuvo contacto con la Sra. RGCF, toda vez que en el mes de octubre del año dos mil diecisiete la de la voz se encontraba de guardia, en esas fechas, por lo que **durante** el pase de visita con su adscrito el Dr. ÁLVAREZ le presentan a la paciente y es la única vez que vio o tuvo contacto con ella, toda vez que en el área en que la de la voz se encuentra que es la de recuperación la Sra. R C no estuvo en esa área en las horas que la de la voz estuvo de guardia, señala que el día que ingresan a la paciente se ingresa para conducción de parto teniendo una adecuada evolución de acuerdo al partograma (hoja para ir midiendo que vaya avanzando el parto, que vaya aumentando la dilatación) o curva de Friedman y se entrega a la paciente a la siguiente guardia sin presentar ninguna complicación. Por último señala que no tuvo contacto físico con la paciente debido a que no se ingresó en el área de recuperación el día que la (sic) voz se encontraba de guardia, toda la vez que la paciente estuvo en el área de tococirugía (área de labor) área donde están todas las pacientes en trabajo de parto o en vigilancia del embarazo, refiere que su turno terminó a las siete de la mañana y la paciente continuaba en el área de labor en la hora antes mencionada, por lo que no estuvo en el área de recuperación el día y la hora que la de la voz estuvo. Agrega que el área de recuperación es donde están todas las pacientes en puerperio o con alguna patología ginecológica lo cual en ese horario que la de la voz se encontraba no fue el caso de la paciente. Agrega la de la voz que es residente en ginecología y obstetricia ...”.

- 13.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión en fecha veintiocho de marzo del año dos mil dieciocho, relativa a la entrevista realizada al **Doctor Tanner**

Renán Rivero Barceló, personal del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, quien relató: *“... que tuvo contacto con la Sra. RGCF, no recuerda exactamente la fecha, pero sabe que fue en el año pasado un viernes previo al nacimiento del bebé una o dos semanas antes en consulta de control prenatal, esto es para revisión del estado general de la mamá y el bebé, refiere el de la voz que la paciente se encontraba en buen estado general y fue una consulta rutinaria la que le hizo, por ultimo agrega que su horario de consulta son los viernes de 7 a.m. a 2:30 p.m. por lo que el día que ingresaron a la paciente fue un fin de semana, por lo que no tuvo contacto con ella, siendo que fue una única atención con la Sra. R C F ...”.*

- 14.- Acta circunstanciada levantada por personal de este Organismo en fecha veintiocho de marzo del año dos mil dieciocho, concerniente a la entrevista realizada a la **Doctora Vanessa Elizabeth Arroyo Toriz**, personal del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, quien refirió: *“... que sí conoce a la Sra. RGCF, toda vez que reciben a la paciente en el área de labor a las siete de la mañana manifiesta que no recuerda la fecha exacta pero sabe que fue en el año pasado. Señala que la paciente se encontraba en conducción parto, durante su vigilancia presenta bradicardia fetal (baja la frecuencia cardiaca del bebé) por lo que se decide interrupción vía abdominal (cesárea), posteriormente se pasa a quirófano y la de la voz ya no tiene intervención o trato con la paciente: Por último señala que fue la única vez que trató con la paciente y fue su única intervención para con ella ...”.*
- 15.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión en fecha veintiocho de marzo del año dos mil dieciocho, referente a la entrevista realizada al **Doctor Alfredo Eduardo Santamaría Martínez**, personal del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, quien señaló: *“... que atendió a la paciente en consulta externa de obstetricia, no recordar la fecha, menciona que fue consulta prenatal, solamente la atendió una vez, manifiesta no recordar algo en particular sobre dicha consulta ...”.*
- 16.- Acta circunstanciada de fecha tres de septiembre del año dos mil dieciocho, relativa a la comparecencia ante este Organismo de la ciudadana **RGCF**, quien informó que su hijo menor de edad había fallecido dos meses atrás.
- 17.- Oficio número DAJ/3805/3291/2018 de fecha trece de septiembre del año dos mil dieciocho, por medio del cual, el M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, remitió a esta Comisión el informe adicional que fuera solicitado, en el que indicó: *“... En atención a su oficio V.G. 3133/2018 de fecha 10 de septiembre del presente año y derivado del expediente C.O.D.H.E.Y. 292/2017, por medio del cual solicita ... remitir el expediente clínico a partir del día 15 de enero del 2018 y certificado de defunción del menor ACF Al respecto me permito enviarle anexo al presente, oficio número DIR/JUR/554/2018, de fecha 13 de septiembre del 2018, signado por el Dr. Carlos Espadas Villajuana, Director del Hospital General “Dr. Agustín O’horán”,*

mismo que anexa la copia simple del expediente clínico ... y copia simple del certificado de defunción correspondiente al menor de edad ACF ...”.

Al referido oficio fueron anexados entre otros los siguientes documentos:

a) Oficio número DIR/JUR/554/2018 de fecha trece de septiembre del año dos mil dieciocho, suscrito por el Doctor Carlos E. Espadas Villajuana, entonces Director del Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, dirigido al M.D. Edgar Reyes Escalante Centeno, entonces Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Yucatán, en el que consignó: *“... me permito remitir **copia simple del expediente clínico** ... a partir del día 15 de enero del año dos mil dieciocho, a nombre del menor de edad ACF, así como el certificado de defunción que se hace constar dentro de dicho expediente clínico; lo anterior, para los fines correspondientes ...”.*

b) Copias simples del expediente clínico del menor de edad quien en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, integrado en el Hospital General “Dr. Agustín O´Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que obra el certificado de defunción de dicho menor de edad, con número de folio 180821991, expedido en fecha once de julio del año dos mil dieciocho por la Doctora Yazmín Berenice Quiñones Pacheco, personal del nosocomio en cuestión, en el que se consignó en el apartado correspondiente al sitio donde sucedió la defunción: *“HOSPITAL GENERAL AGUSTÍN O´HORÁN”*; en el rubro de fecha y hora de la defunción *“11 07 2018 10:25”*; en la sección de causas de la defunción *“a) Neumonía Nosocomial; b) Asfixia Perinatal; c) Displasia Broncopulmonar; d) Desnutrición Crónica Grave ...”.*

18.- Opinión médica de fecha diecinueve de enero del año dos mil diecinueve, suscrita por el Doctor Antonio Oscar Ancona Sánchez, Médico Externo de este Organismo en el que asentó: *“... Por medio de la presente me permito informarle que revisé el expediente físico en referencia, encontrándose la información clínica de la paciente **RGCF (en lo sucesivo, la paciente)**. En este orden se tuvieron a la vista: el expediente hospitalario del Hospital Agustín O´ Horán **(en lo sucesivo, el Hospital)** número ... así como los estudios de ultrasonido realizados en el período gestacional. Con base en la información expuesta y revisada, me permito opinar que se advierten omisiones y retrasos en la atención médica y quirúrgica de la paciente en referencia, ya que en el expediente médico obran las notas médicas de ingreso, primera atención y de evolución de la estancia intrahospitalaria, así como las hojas de indicaciones médicas y quirúrgicas, así como reportes escritos de estudios de ultrasonografía, las cuales están relacionadas con la atención por el diagnóstico de **embarazo de evolución normal**. De la revisión me permito **opinar** que: no se encuentra congruencia entre el resultado emitido por el estudio ultrasonográfico de Progreso Ultrasonidos y Rx, realizado el 25 de agosto de 2017 ... con las decisiones terapéuticas tomadas durante su ingreso en el mencionado Hospital. La nota médica de ingreso no contempla el diagnóstico por ultrasonido de circular de **cordón completo a cuello**, incluso no se menciona en el expediente en notas posteriores. Así mismo, el personal médico del Hospital indica que “no se cuenta con*

USG para realizar rastreo”. Por lo anterior, se entiende que no se realizó de manera intrahospitalaria ningún estudio confirmatorio del estado presente de la paciente en ese momento. **Conclusiones:** Por la revisión antes expuesta, mi opinión es: se debe de solicitar al Hospital que nos describa de forma clara y detallada cuales fueron los criterios clínicos usados para determinar el tratamiento médico (trabajo de parto) y posteriormente, que se indique con detalle, cual es el motivo de cambio a quirúrgico (cesárea) de la paciente RGC, así como los sustentos o evidencias para haber determinado como procedentes dichas decisiones terapéuticas ...”.

19.- Oficio número DIR/JUR/49/2019 de fecha veintiocho de enero del año dos mil diecinueve, a través del cual, el Doctor Marco Antonio Cetina Cámara, Director del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, envió a esta Comisión el informe adicional que fuera solicitado, en el que consignó: “... En atención a su oficio número V.G 207/2019, de fecha 18 de enero del año 2019, derivado del expediente CODHEY 292/2017, por medio del cual solicita: “informe adicional, describa de forma clara y detallada cuales fueron los criterios clínicos usados para determinar el tratamiento médico (trabajo de parto), y posteriormente que indique con detalle, cual es el motivo del cambio quirúrgico (cesárea) de la paciente RGCF, así como los sustentos y evidencias para haber determinado como procedentes dichas decisiones terapéuticas.” En mérito de lo anterior, me permito remitir **informe** suscrito por el Dr. José Fausto Sánchez García, Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia, respecto los criterios clínicos usados para determinar el tratamiento médico de la paciente RGCF; lo anterior, para los fines correspondientes ...”.

Al referido oficio fue anexado el siguiente documento:

a) Informe de fecha veinticinco de enero del año dos mil diecinueve, suscrito por el Doctor José Fausto Sánchez García, Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en el que comunicó a este Organismo lo siguiente: “... Basado en información plasmada en el expediente clínico ... se describe en forma detallada lo descrito en el partograma del día 25 de agosto del 2017 lo siguiente: - Ingresa al servicio de tococirugía la paciente CCFR con una gestación de 38.3 semanas más ruptura prematura de membranas a las 23 horas del día 25-agosto-17 con trabajo de parto fase activa, una dilatación cervical de 4 centímetros, con una valoración clínica de la pelvis materna reportada como apta para una prueba de trabajo de parto, con frecuencia cardíaca fetal de 137 por minuto y un índice de Bishop de 7 puntos favorable para conducción de trabajo de parto; mediante fórmula de Jonhson corresponde a un peso fetal aproximado de 3100 gramos por clínica. - Acorde a la evolución del trabajo de parto descrito en el partograma, a las 07:30 hrs del día 26-agosto-17 la paciente presenta una dilatación cervical de 9 cms y en el plano de Hodge con una frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto. - A las 08:30 hrs se reporta una dilatación cervical completa de 10 cms y una frecuencia cardíaca fetal de 136 por minuto y variedad de posición en el plano de Hodge. - A las 09:30 hrs se realiza el diagnóstico de expulsivo prolongado reportando una frecuencia cardíaca fetal de 50 latidos por minuto (bradicardia fetal) en forma sostenida, una variedad de posición

en plano III de Hodge y un inadecuado esfuerzo de pujo materno por lo que se solicita sala quirúrgica en forma inmediata previa aplicación de maniobras de reanimación intrauterina suspendiendo el uso de oxitocina y la conducción de trabajo de parto. - La causa del cambio terapéutico (de parto vaginal a cesárea) considerando el beneficio del producto (bebé), por presentar una urgencia obstétrica absoluta (bradicardia fetal), se exponen a continuación. De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo” (CENETEC, 2014) el partograma de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas más importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y aboga por uso universal para la buena gestión de trabajo de parto. La fase activa del trabajo de parto se define como contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas. En el presente caso la evolución no se apartó de lo anteriormente descrito. De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo” (CENETEC, 2014) se debe de tomar en cuenta las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop). La inducción y conducción de trabajo de parto se indica en base a la norma institucional y al respecto debe de aplicarse siempre. En el presente caso se indicó y realizó la conducción del trabajo de parto con dosis controlada. La periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno durante el trabajo de parto se realizó mediante registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, como consta en el partograma. La conducción del trabajo de parto se indicó ya que la paciente cumplía con los requisitos de: Embarazo a término, pelvis útil, presentación cefálica abocada con dilatación de 4 cm., actividad uterina regular, membranas rotas, buen estado materno y fetal, evacuación de vejiga y recto. Se vigiló la evolución mediante la estimación del progreso del trabajo de parto, vigilando cuidadosamente la evolución mediante un Partograma y vigilancia de cambios en las características del líquido amniótico y tacto vaginal para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal. De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica “Reducción de la frecuencia para la realización de operación cesárea” (CENETEC, 2014), que menciona que en pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, ésta será la preferida, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea sin una indicación médica. El segundo periodo del trabajo de parto (expulsión) comienza con una dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos hasta máximo 2 horas en primigestas y de 60 minutos en multíparas y de 2 horas si tiene analgesia. Deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presenten contradicciones uterinas de 2 a 4 en 10 minutos, dolor abdominal en hipogastrio. Y cambios cervicales (borramiento cervical > 50% a 80% y dilatación > de 3 a 4 cm) los cuales presentaba la paciente en cuestión). La indicación para la realización de la operación cesárea en esta paciente fue considerado de origen fetal por presentar bradicardia fetal de hasta 50 latidos por minuto, considerando esto como un dato de sufrimiento fetal que contraindica continuar con el parto vaginal ...”.

20.- Opinión médica de fecha veintiséis de abril del año dos mil diecinueve, suscrita por el Doctor Antonio Oscar Ancona Sánchez, Médico Externo de esta Comisión en el que plasmó: “... *Por medio de la presente me permito informarle que revisé el expediente físico en referencia, encontrándose la información clínica de la paciente **RGCF (en lo sucesivo, la paciente)**. En este orden se tuvieron a la vista: el expediente hospitalario del Hospital Agustín O’Horán (**en lo sucesivo, el Hospital**) ... así como los estudios de ultrasonido realizados en el período gestacional. Con base en la información expuesta y revisada, me permito opinar que se advierten omisiones y retrasos en la atención médica y quirúrgica de la paciente en referencia, ya que en el expediente médico obran las notas médicas de ingreso, primera atención y de evolución de la estancia intrahospitalaria, así como las hojas de indicaciones médicas y quirúrgicas, así como reportes escritos de estudios de ultrasonografía, las cuales están relacionadas con la atención por el diagnóstico de **embarazo de evolución normal**. De la revisión me permito **opinar** que: no se encuentra congruencia entre el resultado emitido por el estudio ultrasonográfico de Progreso Ultrasonidos y Rx, realizado el 25 de agosto de 2017 ... con las decisiones terapéuticas tomadas durante su ingreso en el mencionado Hospital. La nota médica de ingreso no contempla el diagnóstico por ultrasonido de circular de **cordón completo a cuello**, incluso no se menciona en el expediente en notas posteriores. Así mismo, el personal médico del Hospital indica que “no se cuenta con USG para realizar rastreo”. Por lo anterior, se entiende que no se realizó de manera intrahospitalaria ningún estudio confirmatorio del estado presente de la paciente en ese momento. 26/04/2019 10:10:56 a.m. Se recibe resumen médico fechado el 25 de enero de 2019 y signado por el Dr. José Fausto Sánchez García, en el cual indica: que su decisión terapéutica estuvo basada en el criterio de pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna/fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, esta será la preferida, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea sin una indicación médica. Sin embargo, no se menciona o hace referencia al circular de cordón del ultrasonido que se hizo la paciente, previo a su ingreso hospitalario y tampoco hay evidencia de la realización de un nuevo ultrasonido intrahospitalario para evaluación final del estado fetal. **Conclusiones:** Por la revisión antes expuesta, mi opinión es: el equipo médico no tomó decisiones de evaluación y confirmación diagnósticas adecuadas, **al omitir la consideración del reporte escrito de un ultrasonido que menciona circular de cordón completo**, o bien, la realización de un nuevo estudio ultrasonográfico que permitiera evidenciar el estado estructural del feto en su estancia intrauterina, lo que condicionó asfixia perinatal, con las secuelas y complicaciones ya descritas. Por las omisiones antes descritas así como en el actuar fuera de la Guía de Práctica Clínica, es posible determinar que la muerte del recién nacido tuvo una relación directa y secuenciada de su atención perinatal ...”.*

21.- Oficio número DIR/JUR/576/2019 de fecha treinta de agosto del año dos mil diecinueve, a través del cual, el Doctor Marco Antonio Cetina Cámara, Director del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, envió a este Organismo el informe adicional que fuera solicitado, en el que manifestó: “... *En atención al oficio número V.G. 3440/2019 de fecha 20 de agosto del 2019, mismo que fue recibido el día 23 de agosto del presente año, y derivado del expediente número CODHEY 292/2017,*

por medio del cual solicita: “(...) Se sirva fijar fecha y hora para llevar a cabo las entrevistas a los médicos JOSÉ REYNO (sic) y DIANA ISELA NAHUAT ANDRADE, a fin de que rindan su declaración en relación a los hechos que motivaron la presente queja, a fin de otorgarles su derecho de audiencia (...)”. En mérito de lo anterior, me permito informarle que se fija el día sábado 31 de agosto del presente año a las 08:00 horas, para que se lleve a cabo la entrevista a la Doctora Diana Isela Nahuat Andrade, presentándose primeramente en la Subdirección Médica de este Hospital General; de igual manera le informo que el Doctor José Lomelí Reynos (sic), concluyó su residencia el 28 de febrero del presente año dentro de este Hospital General; anexo informe suscrito por la Dra. Lía Trinidad Bermejo Solís, Jefa de la División de Ginecología y Obstetricia para los fines correspondientes ...”.

Al referido oficio fue anexado el siguiente documento:

a) Informe de fecha veintinueve de agosto del año dos mil diecinueve, a través del cual, la Doctora Lía Trinidad Bermejo Solís, Jefa de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, comunicó al Doctor Marco Antonio Cetina Cámara, Director del aludido nosocomio lo siguiente: “... Por medio de la presente me permito comunicarle que el Dr. José Lomelí Reynos (sic), asistió durante cuatro años como Médico Residente del Hospital General Dr. Agustín O’Horán en la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, concluyendo sus actividades el 28 de Febrero del 2019 ...”.

22.- Acta circunstanciada levantada por personal de esta Comisión en fecha treinta y uno de agosto del año dos mil diecinueve, relativa a la entrevista realizada a la **Doctora Diana Isela Nahuat Andrade**, Anestesióloga del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, quién señaló: “... que no recuerda los hechos directamente toda vez que ya pasaron dos años de lo sucedido, pero según notas a ella le solicitan valoración para cesárea de urgencia absoluta el día veintiséis de agosto a las 9:48 pm hrs. del año dos mil diecisiete. Que no sabe exactamente la hora en que la paciente fue intervenida pero refiere que en el momento que a ella le solicitan la valoración se indica que la paciente pase a quirófano y se le interroga en ese momento sobre sus antecedentes y datos importantes para el procedimiento anestésico, posteriormente se realiza el procedimiento anestésico, se obtiene el producto por cesárea, lo recibe pediatría lo entuban y sale del quirófano el recién nacido, señala que no recuerda maniobras de reanimación pero sabe según las notas pediatría entuba al paciente orotraquealmente para apoyo ventilatorio, las cuales son maniobras que pediatría realiza como parte de su trabajo. Señala la de la voz que no vio si el niño presentaba circular de cordón, más bien no lo recuerda, al igual hace mención de que sí tenía el conocimiento de que el producto presenta bradicardia ya que ese el motivo por el cual solicitan su intervención como anestesióloga para interrumpir el embarazo, por último agrega que no recuerda en particular el caso y es solo por las notas médicas que se encuentran en el expediente clínico, es que sabe lo que sucedió el día veintiséis de agosto del año dos mil diecisiete y es que sabe cómo se dieron los hechos ...”.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN JURÍDICA

Del análisis efectuado por este Organismo a todas y cada una de las constancias que integran el expediente que ahora se resuelve, se tiene que se acreditó la violación a los **Derechos a la Protección de la Salud** en su modalidad de **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, en agravio de la ciudadana RGCof; a la **Vida y al Interés Superior de la Niñez**, en agravio del menor de edad que respondía al nombre de **ACF (†)**; al **Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia Obstétrica** en conexidad con el **Derecho al Trato Digno**; así como al **Derecho a la Debida Integración del Expediente Clínico**, en agravio de la ciudadana RGCF.

Se dice que existió violación al **Derecho a la Protección de la Salud** en su modalidad de **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, en agravio de la ciudadana RGCF, por parte de servidores públicos dependientes del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en virtud de que éstos demoraron en la realización de la resolución vía abdominal (cesárea) del embarazo de la quejosa, a pesar de la bradicardia que presentaba el producto de la gestación.

El Derecho a la Protección de la Salud,⁶ es la prerrogativa de todo ser humano a que se le garanticen las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social, a través de bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud

Sentado lo anterior, cabe señalar que en el presente caso, dicho derecho fue transgredido en virtud de haber existido una **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**,⁷ que es entendida como cualquier acto u omisión que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud, por parte del personal encargado de brindarlo, que afecte los derechos de cualquier persona.

El derecho que nos ocupa se encuentra contemplado en el **artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en la época de los hechos**, que a la letra señala:

“Artículo 4º.- (...), (...), (...), Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

⁶Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, Catálogo para la Calificación de Violaciones a Derechos Humanos, Segunda Edición, 2016, p. 217.

⁷Cáceres Nieto, Enrique. Estudio para la elaboración de un manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, primera edición: abril 2005, México, p. 520.

Así como en los **artículos 1º, 1º Bis, 2 fracciones I, II y V, 3 fracción IV, 23, 27 fracciones III y IV, 32, 35, 51 primer párrafo, 61 fracción I y 61 Bis de la Ley General de Salud, vigente en la época de los hechos**, que prevén:

“Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social”.

“Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

“Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; (...), (...),

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población ...”.

“Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: (...), (...), (...),

IV. La atención materno-infantil ...”.

“Artículo 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”.

“Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...), (...),

III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de

la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta;

IV. La atención materno-infantil ...”.

“Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud”.

“Artículo 35.- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables”.

“Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares ...”.

“Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera ...”.

“Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos”.

También en los **artículos 8 fracciones I, II y III, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**, que disponen:

“Artículo 8.- Las actividades de atención médica son:

I.- PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II.- CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

III.- DE REHABILITACIÓN: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental ...”.

“Artículo 9.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”.

“Artículo 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

En el ámbito internacional, encuentra sustento legal en el **artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos**, que establece:

“Artículo 25.1.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

De igual manera, en el **artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**, al determinar:

“Artículo XI.- Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

De igual forma, en el **numeral 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que establece:

“Artículo 12.-

1.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (...), (...), (...),

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Del mismo modo en el **artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, al estatuir:

“1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos ...”.

Asimismo, en el **artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**, al disponer:

“Artículo 10 Derecho a la salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público ...”.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24, señaló 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”⁸, y que “es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”⁹.

⁸Párrafo 1.

⁹Párrafo 27.

A nivel regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, ha enfatizado que es “... *deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas*”¹⁰.

Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación General 31/2017, sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, “[...] *existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro*”¹¹, por lo que “[a]l existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”¹².

De igual forma, este Organismo se ha pronunciado respecto a este tema, en la recomendación general número **7/2015**, que trata **Sobre las prácticas médicas y administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que generaron deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos en los hospitales y clínicas del Sistema de Salud Público en el Estado de Yucatán**, en cuanto al Derechos a la Salud, se señaló que: “*es un derecho indispensable para el ejercicio de otros derechos, y debe ser comprendido y entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de servicios y condiciones necesarias para alcanzar el nivel más elevado de salud...*”.

Asimismo, la actuación del personal médico del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, vulneró el **Derecho a la Vida** del menor de edad que respondió al nombre de **ACF (†)**, toda vez que la cesárea tardía realizada en la persona de su progenitora la ciudadana **RGCF**, fue un factor desencadenante de las complicaciones de tipo neurológico, respiratorio y cardiovascular que presentó dicho menor desde su nacimiento y que condicionaron la pérdida de su vida.

¹⁰CIDH. Informe “*acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, 7 de junio de 2010, párrafo 84.

¹¹CNDH. Observación General no. 31/2017 “*Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud*”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

¹²Ibidem, párrafo 181.

Por lo que se refiere al **Derecho a la Vida**¹³, es la prerrogativa que tiene todo ser humano de disfrutar del ciclo que inicia con la concepción y termina con la muerte, sin que sea interrumpido por algún agente externo entendiéndose como tal la conducta de otro ser humano. Implica una obligación *erga omnes* de omitir cualquier conducta que interfiera o impida el ejercicio del derecho, por lo que los servidores públicos deben velar por el cumplimiento del mismo.

La transgresión al Derecho a la Vida, es cualquier conducta omisiva o activa, realizada directa o indirectamente, por servidores públicos o particulares que actúen bajo la anuencia o tolerancia de los primeros, que vulneren la seguridad jurídica del titular del derecho en cuanto al estricto cumplimiento del orden jurídico por parte del Estado.

Este derecho se encuentra protegido por el **artículo 1º, párrafos primero, segundo y tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en la época de los hechos**, al disponer:

“Artículo 1o.- En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley ...”.

Al igual que en el **artículo 1º, párrafo tercero de la Constitución Política del Estado Yucatán, vigente en la época de los hechos**, al establecer:

“Artículo 1o.- (...), (...), El Estado de Yucatán reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, sin perjuicio de las excluyentes de responsabilidad previstas en el Código Penal del Estado de Yucatán”.

¹³Cáceres Nieto, Enrique. Estudio para la elaboración de un manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, primera edición: abril 2005, México, p. 476.

También en los **artículos 1 fracciones I y II, 6 fracciones II y VI, 13 fracción I, 14 y 50 fracción I de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, vigente en la época de los hechos**, al estatuir lo siguiente:

“Artículo 1. *La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en el territorio nacional, y tiene por objeto:*

I. Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

II. Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte ...”.

“Artículo 6. *Para efectos del artículo 2 de esta Ley, son principios rectores, los siguientes: (...),*

II. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad de los derechos de niñas, niños y adolescentes, conforme a lo dispuesto en los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos así como en los tratados internacionales; (...), (...), (...),

VI. El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo ...”.

“Artículo 13. *Para efectos de la presente Ley son derechos de niñas, niños y adolescentes, de manera enunciativa más no limitativa, los siguientes:*

I. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo ...”.

“Artículo 14. *Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les preserve la vida, a la supervivencia y al desarrollo.*

Las autoridades de la Federación, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán llevar a cabo las acciones necesarias para garantizar el desarrollo y prevenir cualquier conducta que atente contra su supervivencia, así como para investigar y sancionar efectivamente los actos de privación de la vida”.

“Artículo 50. *Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la*

Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

I. Reducir la morbilidad y mortalidad ...”.

En la esfera internacional, encuentra sustento legal en el **artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos**, que dispone:

“Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

Así como en el **artículo 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**, al indicar:

“Artículo 1. Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona.

Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

También en los **artículos 6.1 y 24.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, al determinar:

“Artículo 6.1 El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

“Artículo 24

1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”.

Asimismo, en los **artículos 1, 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”**, al prever:

“Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

2. Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano”.

“Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente ...”.

“Artículo 19. Derechos del Niño. *Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”.*

Al igual que en los **Principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño**, al estatuir lo siguiente:

“Principio 2.- *El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño”.*

“Principio 4.- *El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.*

De igual forma, en el **numeral 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que establece:

“Artículo 12.-

1.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños ...”.

Derivado de la conducta anterior, resultó transgredido el **Interés Superior de la Niñez** en agravio del menor de edad quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, debido a la inadecuada atención del trabajo de parto de la ciudadana **RGCF**, que incidió en afectaciones físicas irreversibles en agravio del aludido menor, que posteriormente fueron causantes de su fallecimiento, incumpliendo con ello el personal médico del Hospital General “Dr. Agustín

O’Horán”, de esta ciudad de Mérida, Yucatán, de su deber de vigilar en todo momento por el Interés Superior de la Niñez.

La violación a los **Derechos del Niño**,¹⁴ es toda acción u omisión indebida, por la que se vulnere cualquiera de los Derechos Humanos especialmente definidos y protegidos por el ordenamiento jurídico, en atención a la situación de ser niño, realizada de manera directa por una autoridad o servidor público, o de manera indirecta mediante su autorización o anuencia por un tercero.

Este Organismo observa que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud. Por ello, se considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y las medidas de protección que deben regir la garantía y protección de sus derechos.

Este derecho se encuentra protegido, por el **artículo 4 párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en la época de los hechos**, que a la letra señala:

“Artículo 4. (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez ...”.

Así como en el **artículo 1° cuarto párrafo de la Constitución Política del Estado Yucatán, vigente en la época de los hechos**, al establecer lo siguiente:

“Artículo 1.- (...), (...), (...), Las niñas, niños y adolescentes son sujetos de pleno derecho. Todas las instituciones públicas del Estado garantizarán la vigencia y aplicación de las prerrogativas que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención sobre los Derechos del Niño, esta Constitución y demás normatividad en la materia, otorgan a las niñas, niños y adolescentes ...”.

También en el **artículo 18 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**, al estatuir lo siguiente:

“Artículo 18. En todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos

¹⁴Comisión Nacional de Derechos Humanos, Federación Mexicana de Organismos Públicos de Protección y Defensa de los Derechos Humanos. Manual para la calificación de hechos violatorios de derechos humanos. Primera edición: marzo 1998, México, p. 67.

legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez. Dichas autoridades elaborarán los mecanismos necesarios para garantizar este principio”.

De igual forma, en los **artículos 5 y 21 fracción primera de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Yucatán, vigente en la época de los hechos**, al estipular:

“Artículo 5.- Obligación de las autoridades. *Las autoridades estatales y municipales, en el desempeño de sus funciones, deberán promover, respetar, proteger y garantizar los derechos que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales, la Constitución Política del Estado de Yucatán, la ley general, esta ley y otras disposiciones legales y normativas aplicables confieren a las niñas, niños y adolescentes del estado de Yucatán, para lo cual tomarán en cuenta las condiciones particulares de estos en los diferentes grupos de población, a fin de proteger el ejercicio igualitario de todos sus derechos ...”.*

“Artículo 21. Atribuciones comunes. *Las dependencias y entidades estatales, en el ámbito de su competencia y para el cumplimiento del objeto de esta ley, tendrán las siguientes atribuciones comunes:*

I. Respetar y proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes y asegurar que las violaciones a estos sean atendidas en forma preferente ...”.

En la esfera internacional se encuentra salvaguardado en los **artículos 1, 2, 3.1, 6, 24.1 y 24.2 incisos a) y d) de la Convención sobre los Derechos del Niño** que dispone:

“Artículo 1. *Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.*

“Artículo 2.

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.”

“Artículo 3.

1.- En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

“Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”.

“Artículo 24.

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; (...), (...),

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres ...”.

Al igual que en los invocados **Principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño**, al estatuir lo siguiente:

“Principio 2.- *El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño”.*

“Principio 4.- *El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.*

Así como en el referido **artículo 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos**, al establecer lo siguiente:

“Artículo 19. Derechos del Niño. *Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”.*

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, reconoció que: “[e]ntre 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 parto¹⁵ ...”.

Por su parte a nivel internacional ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño,¹⁶ garantizando su salud y bienestar.

Con motivo de la actuación del personal médico de la autoridad involucrada, de igual manera se quebrantó en agravio de la ciudadana **RGCF, el Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia Obstétrica en conexidad con el Derecho al Trato Digno**, por las burlas y regaños de los que fue objeto por parte de dichos servidores públicos durante la labor de parto, así como por la inadecuada atención médica que le fue brindada por dicho personal, al omitir realizarle de manera oportuna la operación cesárea que le fue indicada, con el fin de tener un parto exitoso que garantizara la sobrevivencia de su hijo menor de edad que respondió al nombre de **ACF (†)**.

Por **violencia contra la mujer**,¹⁷ debe entenderse cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos define la **violencia obstétrica**,¹⁸ como: *“una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que*

¹⁵Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

¹⁶ONU. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), 2015.

¹⁷Artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”.

¹⁸Recomendación General Número 31/2017, emitida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en fecha 31 de Julio del 2017, párrafo 94.

incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”.

El Derecho al Trato Digno¹⁹, es la prerrogativa que tiene todo ser humano a que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, generalmente aceptadas por los miembros de la especie humana y reconocida por el orden jurídico. Implica un derecho para el titular, que tiene como contrapartida la obligación de la totalidad de los servidores públicos, de omitir las conductas que vulneren las condiciones mínimas de bienestar, particularmente los tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes, que coloquen a la persona en esta condición de no hacer efectivos sus derechos; implica también, la facultad de ejercicio obligatorio de los servidores públicos, de acuerdo con sus respectivas esferas de competencia, de llevar a cabo las conductas que creen las condiciones necesarias para que se verifique el mínimo de bienestar.

Estos derechos íntimamente relacionados entre sí, encuentran sustento legal, en los **artículos 4 fracción II, 6 fracción VI, 35, 46 fracciones II y X, y 49 fracción I de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, que señala:

*“Artículo 4.- Los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas federales y locales son: (...),
II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres ...”.*

*“Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son: (...), (...), (...), (...), (...),
VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres”.*

“Artículo 35. La Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios, se coordinarán para la integración y funcionamiento del Sistema, el cual tiene por objeto la conjunción de esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones interinstitucionales para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Todas las medidas que lleve a cabo el Estado deberán ser realizadas sin discriminación alguna. Por ello, considerará el idioma, edad, condición social, preferencia sexual, o cualquier otra condición, para que puedan acceder a las políticas públicas en la materia”.

“Artículo 46.- Corresponde a la Secretaría de Salud: (...),

¹⁹Soberanes Fernández, José Luis. Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Editorial Porrúa, México 2008, p. 273.

II. 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; (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...),

X. Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres ...”.

“Artículo 49. *Corresponde a las entidades federativas y al Distrito Federal, de conformidad con lo dispuesto por esta ley y los ordenamientos locales aplicables en la materia:*

I. Instrumentar y articular sus políticas públicas en concordancia con la política nacional integral desde la perspectiva de género para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres ...”.

Al igual que en los **artículos 6 fracción VII y 15 fracciones I y III de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Yucatán, vigente en la época de los hechos**, que indica:

“Artículo 6.- Tipos de violencia: *Las medidas de atención a que se refiere esta ley corresponderán a los tipos de violencia siguientes: (...), (...), (...), (...), (...), (...),*

VII. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres”.

“Artículo 15. Secretaría de Salud. *La Secretaría de Salud, en el ámbito de su competencia, tendrá las atribuciones siguientes:*

I. Otorgar, a través de las instituciones del sector salud, atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas; (...),

III. Diseñar obligatoriamente políticas públicas encaminadas a lograr el bienestar obstétrico de las mujeres durante su embarazo, siendo este el periodo comprendido entre la fase prenatal, el parto y la etapa del puerperio o posparto. Estas políticas, deberán tener como finalidad respetar los derechos de las mujeres embarazadas, para evitar que se les dañe o denigre, por falta oportuna o ineficaz en la atención de sus necesidades obstétricas; así como para evitar medicación o intervenciones quirúrgicas innecesarias, situaciones que impidan la negación u obstaculización del apego de los recién nacidos con su madre, y en general, la eliminación de cualquier trato deshumanizado durante esta etapa ...”.

En el ámbito internacional se encuentran protegidos en los **artículos 1, 3, 4 incisos b) y e), 7 incisos a) y b), y 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”**, que determinan:

“Artículo 1. Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

“Artículo 3. Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.”

“Artículo 4. Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: (...),

b) El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; (...), (...),

e) El derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia ...”.

“Artículo 7. Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:

a) Abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.

b) Actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer ...”.

“Artículo 8 Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para:

a) Fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos ...”.

Así como también, en el **artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**, que establece:

“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”.*

De igual manera en el **artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos**, que estipula:

“Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

Por otra parte, se dice que en el presente asunto existió violación al **Derecho a la Debida Integración del Expediente Clínico, en agravio de la ciudadana RGCF**, al no haber consignado el personal médico del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, los datos y requisitos que deben contener las notas médicas de los expedientes clínicos conforme a lo exigido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 relativa a dicho documento.

En lo que atañe al **Derecho a la Debida Integración del Expediente Clínico**,²⁰ es el derecho que tiene todo ser humano a contar con un expediente clínico que contenga información veraz, clara, precisa, legible y completa”.

Este derecho encuentra sustento jurídico en los **puntos 5.10, 5.11, 8.1 y 8.1.3 de la Norma Oficial Mexicana número NOM-004-SSA3-2012, denominada “del expediente clínico”**, publicada en el Diario Oficial de la Federación el quince de octubre del año dos mil doce, que son del tenor literal siguiente:

“5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables”.

“5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado”.

“8 De las notas médicas en hospitalización.

²⁰Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Catálogo para la Calificación de Violaciones a Derechos Humanos. Segunda Edición, 2016. p. 234.

8.1 De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: ...

8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento ...”.

OBSERVACIONES

Del estudio y análisis de las evidencias que integran el expediente de queja **CODHEY 292/2017**, al ser valoradas en su conjunto, de acuerdo con los principios de la lógica, de la experiencia, de la sana crítica y de la legalidad, de conformidad con el artículo **81 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, en vigor**, se contó con elementos que permitieron acreditar que servidores públicos dependientes del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, vulneraron los **Derechos a la Protección de la Salud** en su modalidad de **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud**, en agravio de la ciudadana **RGCF**; **a la Vida y al Interés Superior de la Niñez**, en agravio del menor de edad que respondía al nombre de **ACF (†)**; **al Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia en conexidad con el Trato Digno**, así como al **Derecho a la Debida Integración del Expediente Clínico**, en agravio de la ciudadana **RGCF**, en atención a lo siguiente:

PRIMERA.- Para evidenciar el Derecho a la Protección a la Salud, es prudente referir lo establecido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al señalar que éste, “*es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel*”.²¹

El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

Por otro lado, el artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que: “*1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos ...*”.

En este sentido, el veintitrés de abril del año dos mil nueve, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la Recomendación General número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, en la que se afirmó que respecto al mismo: “*el desempeño de los*

²¹Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación 14/2016 de fecha 30 de marzo del 2016, párrafo 28.

*servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad; accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad”.*²²

Sobre el derecho que nos ocupa, la Suprema Corte de Justicia de la Nación,²³ ha señalado que tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, por lo que en ese sentido, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano, es decir, al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

En el numeral 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

Respecto al derecho a la protección de la salud, en relación con la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el párrafo 27 de su Recomendación General N° 24, señaló que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su numeral 12.2 establece que; *“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”*.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de*

²²Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación General 15 de fecha 23 de abril de 2009.

²³DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Localización: 9a. Época; Registro: 169316; Instancia: Primera Sala; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XXVIII, Julio de 2008, Materia: Constitucional, Administrativa; Tesis: 1a. LXV/2008; Página: 457.

*intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”.*²⁴

De igual forma, esta Comisión protectora de Derechos Humanos, en la recomendación general número **7/2015**, que versa sobre las prácticas médicas y administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que generaron deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos en los hospitales y clínicas del Sistema de Salud Público en el Estado de Yucatán, destacó que *“la violencia institucional y la violencia obstétrica generan de manera simultánea y permanente la vulneración de diferentes Derechos Humanos de las mujeres, como son: derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la integridad personal, derechos sexuales y reproductivos, derecho a una vida libre de violencia, derecho a la igualdad y no discriminación, derecho a la información, derecho a la honra y dignidad; por la acción u omisión de las y los funcionarios del sector salud del Estado...”*.

Sentado lo anterior, del estudio del expediente que ahora se resuelve, se tiene que el día veinticinco de agosto del año dos mil diecisiete, la ciudadana **RGCF**, acudió al Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, al referir que presentaba dolor y dilatación, con motivo del embarazo que cursaba, por lo que el personal médico del servicio de toco que la atendió, de la exploración física efectuada, asentó en la nota respectiva, entre otras observaciones, que la agraviada presentaba un embarazo de 38.3 semanas de gestación, cérvix con 60% de borramiento, 3 centímetros de dilatación y pelvis suficiente, determinando darle cita abierta a urgencias, así como cita en una semana.

El mismo veinticinco de agosto del año dos mil diecisiete, a las veintitrés horas con treinta minutos, la ciudadana **RGCF**, fue atendida nuevamente en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, donde fue valorada por el Doctor Arturo Agustín Álvarez Cardeña, y dos más de apellidos Castillo y Sánchez, quienes decidieron su ingreso en el área de tococirugía, para vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina y conducción del trabajo de parto que se encontraba en fase activa, lo anterior, al presentar la inconforme embarazo de término y ruptura de membranas.

La mañana del día siguiente, es decir, el veintiséis de agosto del año dos mil diecisiete, a las siete horas, el médico Arturo Agustín Álvarez Cardeña, y otros dos de apellidos Martínez y Miam, indicaron en la nota médica correspondiente, que a la exploración física la quejosa presentaba abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, con movimientos fetales percibidos y frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, mientras que al tacto vaginal, mostraba cérvix central con 9 centímetros de dilatación, 90% de borramiento y membranas rotas, determinando dicho personal médico se mantuviera la conducción del trabajo de parto.

²⁴Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

Fue a las diez horas, del propio veintiséis de agosto del año dos mil diecisiete, según se desprende de la nota médica respectiva, cuando los doctores Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, y dos más de apellidos Lomelí y Arroyo, se percataron que el producto del embarazo de la agraviada presentaba datos de bradicardia²⁵ sostenida hasta de 50 latidos por minuto, por lo que se suspendió la conducción del trabajo de parto, se iniciaron maniobras de reanimación intrauterina y se solicitó la sala de quirófano para interrupción vía abdominal por compromiso fetal.

No obstante que el médico Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como los residentes de apellidos Lomelí y Arroyo, indicaron la necesidad de la realización del citado procedimiento quirúrgico a las diez horas, fue hasta las once horas con cincuenta minutos del mismo día veintiséis de agosto del año dos mil diecisiete, es decir, una hora con cincuenta minutos después, que el propio doctor Carlos Manuel Echeverría y Gamboa y el residente de apellido Lomelí dieron inicio a dicha cirugía, practicando en la persona de la quejosa una cesárea²⁶ tipo Kerr,²⁷ de la que se extrajo un producto único vivo (PUVI) masculino de 39 semanas de gestación, con una puntuación de 4-5-7 de Apgar²⁸, placenta completa, líquido claro y circular de cordón a cuello.

De lo anterior, se desprende que existió responsabilidad médica por parte del médico Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como de los residentes de apellidos Lomelí y Arroyo, al no realizar en forma oportuna la resolución por vía abdominal (realización de cesárea) del embarazo de la quejosa, ante la bradicardia que presentaba el producto, demorando como se evidenció en el párrafo inmediato anterior, una hora con cincuenta minutos para la práctica del procedimiento quirúrgico en cuestión, sin darle la connotación de emergencia obstétrica,²⁹ contraviniendo lo señalado en el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, que dispone que en caso de bradicardia fetal se debe de realizar la operación cesárea en un tiempo de quince minutos,³⁰ lo cual como se demostró, no aconteció en la especie.

Este Organismo considera, que debido a la cesárea tardía realizada a la ciudadana **RGCF**, se vulneró su derecho a la protección de la salud, al no obtener una atención de calidad

²⁵Valor basal anómalo de la frecuencia cardíaca fetal inferior a 110 lpm (latidos por minuto) durante diez minutos. Cesárea Segura, Lineamiento Técnico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, página 24.

²⁶Intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Cesárea Segura, Lineamiento Técnico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, página 11.

²⁷Técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. La incisión transversal del segmento inferior tiene la ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y pocas adherencias postoperatorias. Cesárea Segura, Lineamiento Técnico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, página 12.

²⁸Valoración 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. Punto 3.54 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida", 7 de abril del 2016.

²⁹Complicación 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. Punto 3.52 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida", 7 de abril del 2016.

³⁰Cesárea Segura, Lineamiento Técnico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, página 11.

durante el trabajo de parto, situación que repercutió además en la salud y vida de su hijo menor de edad que respondía al nombre de **ACF (†)**, como se analizara más adelante.

No pasa desapercibido para quién resuelve, que si bien es cierto, la autoridad involucrada, en los informes rendidos a esta Comisión, describió que brindó una atención apropiada a la quejosa conforme a las normas y guías de práctica clínica invocadas en ellos, también lo es, que no aportó elementos probatorios para acreditar sus afirmaciones, a pesar de tener la carga de la prueba, como así lo describen los siguientes precedentes del Poder Judicial de la Federación:

“RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR PRESTACIÓN DEFICIENTE DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO. LA CARGA DE LA PRUEBA DE DEBIDA DILIGENCIA RECAE EN EL PERSONAL MÉDICO. *A pesar de que se ha determinado que en el caso de la responsabilidad patrimonial del Estado, es necesario probar el actuar irregular del Estado, es posible señalar al tiempo, que en los casos en que esta responsabilidad emana de la prestación de un servicio de salud deficiente, la prueba de la debida diligencia recae en las instituciones médicas del Estado, en atención al derecho de indemnización de la víctima. En efecto, debido a la dificultad que representa para la víctima probar el actuar irregular de los centros de salud, se posibilita un desplazamiento de la carga de la prueba para que sea la institución del Estado la que demuestre que el procedimiento médico se realizó de acuerdo a los cuidados establecidos en la normatividad de la materia y al deber de diligencia que le exige la profesión médica. Lo anterior se justifica de acuerdo con los principios de facilidad y proximidad probatoria, con base en los cuales debe satisfacer la carga de la prueba la parte que dispone de los medios de prueba o puede producirla o aportarla al proceso a un menor coste para que pueda ser valorada por el juez*”.³¹

“ACCESO A LA SALUD. CORRESPONDE AL ESTADO PROTEGER ESE DERECHO HUMANO Y, POR TANTO, AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL INCUMBE LA CARGA DE PROBAR EN EL JUICIO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO EN EL QUE SE LE DEMANDE UNA NEGLIGENTE ATENCIÓN MÉDICA, QUE SU PERSONAL MÉDICO OTORGÓ AL PACIENTE LA ADECUADA A SU PADECIMIENTO. *La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver el amparo en revisión 173/2008, el 30 de abril de 2008, entre otras consideraciones sostuvo, en relación con el derecho humano de acceso a la salud, reconocido por el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como 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. Asimismo, que para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho mencionado, el Estado debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin. En ese orden de*

³¹Localización: 10a. Época; Registro: 2001476; Instancia: Primera Sala; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 1, Materia: Administrativa; Tesis: 1a. CXXXII/2012; Página: 498.

*ideas, corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social, en su calidad de parte demandada en el juicio contencioso administrativo, la carga de probar que su personal médico otorgó al paciente una atención médica adecuada a su padecimiento, con el objeto de restaurar su salud, cuando la pretensión deducida por el actor es, por ejemplo, obtener el reembolso de los gastos extrahospitalarios generados, debido a una negligente atención médica durante el tiempo que estuvo internado en un hospital de dicho organismo. Sin que obste a lo anterior, lo dispuesto por el artículo 42 de la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, en el sentido de que, como regla general, las resoluciones y actos administrativos se presumirán legales y, como excepción, que las autoridades deberán probar los hechos que los motiven cuando el afectado los niegue lisa y llanamente, a menos que la negativa implique la afirmación de otro hecho. Ello, tratándose de los casos en que a las autoridades demandadas en el juicio de nulidad se les atribuya un hecho negativo, como es la omisión de otorgar servicio médico diligente y de calidad; caso en el cual, se repite, es a éstas a quienes corresponde la carga de demostrar que la atención médica otorgada al paciente, en el momento en que estuvo internado en uno de sus hospitales y de acuerdo a los síntomas que presentaba, era la adecuada para tratar el padecimiento por el cual fue hospitalizado y restaurar su estado de salud”.*³²

“RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA. De conformidad con las pautas establecidas por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación al resolver la contradicción de tesis 93/2011, para acreditar la responsabilidad civil de los profesionistas médico-sanitarios ante una demanda en la que se alegue la existencia de un daño, a los profesionales referidos les corresponde probar su debida diligencia (el elemento de culpa), mientras que la demandante debe acreditar el resto de los elementos de la responsabilidad civil extracontractual: daño y nexo causal. En otras palabras, cuando una persona alegue que un profesional médico-sanitario o una institución hospitalaria le causó un daño por una indebida atención médico-sanitaria, se actualiza lo que se denomina una reinversión de la carga de la prueba a favor de la actora en el juicio, en la que a los profesionales médico-sanitarios o a la institución hospitalaria les corresponde acreditar su debida diligencia en la atención médica del paciente que sufrió el referido evento dañoso, en atención a los principios de facilidad y proximidad probatoria. La razón principal para optar por esta incidencia en las reglas estrictas de la carga de la prueba proviene de las circunstancias particulares en las que se desarrolla un caso de atención médica; por lo general, el conocimiento científico-técnico y las pruebas pertinentes para acreditar la debida diligencia o desacreditar la supuesta culpa o violación de un deber de cuidado las detentan los profesionales médico-sanitarios o las instituciones hospitalarias, por lo que exigir de una forma irrestricta que sea la actora la que demuestre por sí sola y sin lugar a dudas la negligencia en la atención médica podría provocar lo que en la doctrina se denomina como una carga probatoria diabólica. Esto es, lo que se busca es que ambas partes en el juicio participen activamente en él y que aporten los elementos de convicción necesarios para que

³²Localización: 10a. Época; Registro: 2012832; Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; Libro 35, Octubre de 2016, Tomo IV, Materia: Constitucional, Administrativa; Tesis: XXI.2o.P.A.18 A; Página: 2725.

el juzgador llegue a la verdad y estudie si se acreditan o no los elementos de la acción. Esta posición no conlleva a la existencia de una presunción de la culpa de los médicos o de la institución hospitalaria o el surgimiento de una responsabilidad objetiva, pues en materia de responsabilidad civil subjetiva derivada de la atención médica, la cual es caracterizada en términos generales como una actividad que da lugar a obligaciones de medios, no cabe la presunción automática de la culpa de las partes demandadas, sin que ello implique que ésta no pueda acreditarse a partir de algún tipo de presunciones (por ejemplo, indiciarias).³³

Como se ha expuesto, se encuentra acreditada la actividad administrativa irregular en que incurrió la autoridad acusada, al haberse otorgado atención médica sin salvaguardar los principios de eficiencia y calidad esperados de los servicios de salud públicos. Esta determinación encuentra sustento en la tesis 1a./J. 129/2012 (10a.) de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que señala:

“RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO. LA ACTUACIÓN NEGLIGENTE DEL PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS E ISSSTE) QUEDA COMPRENDIDA EN EL CONCEPTO DE "ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA IRREGULAR" A QUE SE REFIERE EL SEGUNDO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 113 CONSTITUCIONAL. *Conforme a lo resuelto por el Tribunal en Pleno de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación en la acción de inconstitucionalidad 4/2004, la actividad administrativa irregular del Estado referida por el segundo párrafo del artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se configura cuando la función administrativa se realiza de manera defectuosa, esto es, sin atender las condiciones normativas o los parámetros establecidos en la ley o en los reglamentos administrativos. En tal sentido, cuando en la prestación de un servicio público se causa un daño a los bienes y derechos de los particulares por haber actuado de manera irregular se configura, por un lado, la responsabilidad del Estado de resarcir el daño y, por otro, se genera el derecho de los afectados a que éste les sea reparado. Ahora bien, la actividad irregular de referencia también comprende la deficiente prestación de un servicio público; de ahí que la actuación negligente del personal médico que labora en las instituciones de seguridad social del Estado (IMSS e ISSSTE) que cause un daño a los bienes o derechos de los pacientes, sea por acción u omisión, queda comprendida en el concepto "actividad administrativa irregular" a que se refiere el citado precepto constitucional y, por ende, implica una responsabilidad patrimonial del Estado.”³⁴*

Ahora bien, tampoco pasa inadvertido para quién resuelve, que no obstante en el expediente clínico de la ciudadana **RGCF**, obra agregada la hoja de huellas madre-hijo, así como el certificado de nacimiento del menor de edad que respondía al nombre de **ACF (†)**, en los que se hizo constar como hora de su nacimiento las diez horas con trece minutos del día

³³Localización: 10a. Época; Registro: 2012513; Instancia: Primera Sala; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; Libro 34, Septiembre de 2016, Tomo I, Materia: Civil; Tesis: 1a. CCXXVII/2016; Página: 514.

³⁴Localización: 10a. Época; Registro: 2003393; Instancia: Primera Sala; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Libro XIX, Abril de 2013, Tomo 1, Materia: Administrativa; Tesis: 1a./J. 129/2012; Página: 899.

veintiséis de agosto del año dos mil diecisiete; de las notas relativas a los procedimientos médicos recibidos por la quejosa, se desprende que contrario a lo asentado en los aludidos documentos, el alumbramiento tuvo verificativo alrededor de las once horas con cincuenta minutos del día en cuestión, que fue el momento en que le fue realizada la operación cesárea a la quejosa, según se desprende de la nota médica relativa a dicho procedimiento quirúrgico elaborada y firmada por el médico Carlos Manuel Echeverría y Gamboa y el residente de apellido Lomelí quienes lo realizaron, y que se corrobora con la nota frontal del servicio de “UTQX” de fecha veintiséis de agosto del año dos mil diecisiete, de las once horas con cincuenta minutos, en la que dichos doctores hicieron constar que a esa hora realizaron la operación cesárea a la agraviada, motivo por el cual, resulta inverosímil que el producto de la gestación de la inconforme haya nacido a las diez horas con trece minutos, si la operación quirúrgica a la que fue sometida se realizó a las once horas con cincuenta minutos.

Se deduce también, que el hijo de la doliente no nació a la hora registrada en la hoja de huellas madre-hijo y en el correspondiente certificado de nacimiento, con la nota médica suscrita por los doctores que nos ocupan a las diez horas con cuarenta y cinco minutos, en la que describieron el plan quirúrgico a seguir; al igual que con la nota levantada por el servicio de anestesiología a las diez horas con cuarenta y ocho minutos, en la que aparece sobrepuesta las nueve horas con cuarenta y ocho minutos, con motivo de la valoración efectuada a la quejosa, que es correlativa a la elaborada por el galeno Carlos Manuel Echeverría y Gamboa y el residente de apellido Lomelí, quienes determinaron la realización de la operación cesárea a la inconforme; así como también se colige con la nota del personal de anestesiología levantada a las once horas con cuarenta y cinco minutos, en la que consignó el inicio del procedimiento de anestésico a la agraviada quién como se dijo fue intervenida a las once horas con cincuenta minutos de acuerdo a la nota anteriormente referida, con lo cual se confirma la inadecuada atención médica de la que fue objeto la ciudadana **RGCF**.

Consecuentemente, el médico Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como los residentes de apellidos Lomelí y Arroyo incumplieron con lo previsto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero, y 4º párrafo cuarto constitucionales; 1, 2 fracciones I, II y V, 3 fracción IV, 23, 27 fracciones III y IV, 32, 51 primer párrafo y 61 en correlación con el artículo 61 Bis de la Ley General de Salud vigente en la época de los hechos que preceptúa que: *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud ... con estricto respeto de sus derechos humanos”*; 8 fracciones I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; de la misma forma, con lo dispuesto en el punto 3.52 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016 denominada “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, así como el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura.

También omitieron observar los artículos 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, en relación con el artículo

4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

SEGUNDA.- El derecho a la vida implica que todo ser humano disfruta de un ciclo existencial que no debe ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 1° de nuestra Carta Magna; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y 1.1 y 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”, este último precepto, es interpretado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el sentido de que: *“garantiza no solo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino que además, el deber de los Estados de adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida”*.³⁵

El artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizaran en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

De la lectura del citado artículo se advierte un contenido normativo que implica el deber positivo del Estado de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de los niños que se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, en tanto que no sólo prohíbe la privación de la vida (que se traduce en una obligación negativa: que no se prive de la vida), sino que también exige que, a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho en el ámbito legislativo, judicial y administrativo. En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado no sólo cuando una persona es privada de la vida por un agente del Estado, sino también cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias aludidas, como son las tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares, y las necesarias para investigar efectivamente los actos de privación de la vida”*.³⁶

En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional, en ese sentido destacan la “Declaración de Ginebra” y el “Código Internacional de Ética Médica” adoptados por la Asociación Médica

³⁵Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015, párrafo 169.

³⁶DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO. Localización: 9a. Época; Registro: 163169; Instancia: Pleno; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XXXIII, Enero de 2011, Materia: Constitucional; Tesis: P. LXI/2010; Página: 24.

Mundial en 1948 y 1949 respectivamente, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

La Declaración de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, en su preámbulo, señala que: *“el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”*. Por su parte, el artículo 24.2, incisos a) y d) de la Convención sobre los Derechos del Niño precisa que es obligación de los Estados garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud, estando obligados a adoptar medidas para: *“Reducir la mortalidad infantil y en la niñez”* y *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

Para esta Comisión la protección a la vida y a la salud del concebido, pero no nacido, está interconectada con el hecho de que le sean satisfechos, con efectividad, los derechos a la protección de la salud de la mujer embarazada, de tal manera que se pueda garantizar la viabilidad del producto, su adecuado desarrollo, y la protección de la expectativa de vida humana.

En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General No. 15 señala que: *“... durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño ...”*³⁷.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, denominada “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, en su introducción advierte que *“... La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién 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 esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año ...”*.

La obligación de cuidar los derechos de los *nasciturus*,³⁸ está estrechamente vinculada con lo normado en el artículo 61 fracción I de la Ley General de Salud, el cual determina que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras acciones, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

³⁷Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24 párrafo 2d). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párrafo 51.

³⁸Nasciturus: “El concebido pero no nacido”, o concebido antes de nacer, mientras permanece en el útero.

Como es de observarse, la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer, lo que, en el presente caso no sucedió.

Este Organismo observa que la inadecuada atención médica que se brindó a la ciudadana **RGCF**, al no realizarse de forma oportuna la resolución por vía abdominal de su embarazo (realización de cesárea) derivado de los factores de riesgo que presentaba el producto (bradicardia fetal), provocó que al nacer quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, presentara asfixia perinatal severa³⁹ y encefalopatía hipóxico⁴⁰, manteniéndose siempre en estado de gravedad con oxígeno suplementario y alimentación con sonda de gastrostomía, tal y como hizo constar la doctora Yazmín Quiñones Pacheco, Gastroenteróloga y Nutrióloga Pediatra del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, en su resumen médico de fecha once de julio del año dos mil dieciocho, día en que falleció el menor en cita.

Sobre el análisis ya descrito, era imprescindible la interrupción del embarazo vía abdominal y darle la prioridad de urgencia para que se realizara dentro de los 15 minutos establecidos en el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, con la finalidad de disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal, y en su caso, aumentar la sobrevida de **ACF (†)**.

La demora en la interrupción del embarazo vía abdominal, fue el factor desencadenante de las complicaciones de tipo neurológico, respiratorio y cardiovascular, que condicionaron la pérdida de la vida del menor **ACF (†)**, a pesar de la adecuada atención médica que le fue proporcionada por personal médico y de enfermería del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, desde su nacimiento hasta que falleció.

Esta Comisión Estatal considera que la serie de actos que comprendió la inadecuada atención médica de la ciudadana **RGCF** durante el trabajo de parto, incidió en las afectaciones físicas irreversibles que el neonato presentó como asfixia perinatal severa y encefalopatía hipóxico que fueron determinantes para las secuelas que presentó **ACF (†)** 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 del menor que en vida respondió al nombre de **ACF (†)**.

Por lo que se concluye que hubo una afectación directa en la salud de **ACF**, que derivó en su posterior fallecimiento, con motivo de la inadecuada atención médica proporcionada por el médico Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como por los residentes de apellidos Lomelí y Arroyo a la ciudadana **RGCF**, esto, al no haber efectuado la resolución oportuna del embarazo por vía abdominal (cesárea), ante la bradicardia presentada por el producto de la gestación, vulnerando en agravio del citado menor su Derecho a la Vida.

³⁹Alteración del intercambio de gases sanguíneos durante el período intraparto.

⁴⁰Lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia (disminución de la concentración normal de oxígeno).

TERCERA.- Este Organismo Defensor de los Derechos Humanos, destaca que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de niñas, niños y adolescentes, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud. Por ello se considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y la garantía de protección de su derecho.

En el plano internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su

artículo 3 prevé que *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior de la niñez”*. Asimismo, en su preámbulo reconoce que la niñez requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no solo las medidas particulares, sino también las medidas especiales de protección.

El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es *“garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño”*,⁴¹ para lo cual resulta necesaria la adopción de *“medidas especiales de protección, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran los niños, tomando en cuenta su debilidad, inmadurez o inexperiencia.”*⁴²

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al referirse al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que debe gozar la niñez, ha instado para que en todos los programas, políticas y atenciones médicas proporcionadas por el Estado, se tenga en consideración primordial el interés superior de las niñas, niños y adolescentes.⁴³

El principio de interés superior ha sido reconocido en los artículos 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 18 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que ordenan: *“en todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”*.

El interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas: como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento,⁴⁴ en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

⁴¹Observación General 14 (2013), sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial, párrafo 4.

⁴²Corte Interamericana de Derechos Humanos. “Condición jurídica y derechos humanos del niño”. Opinión Consultiva OC-17/2002 del 28 de agosto de 2002. párrafo 60. Donde se invoca el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño y artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

⁴³Observación General 14 (2000), el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafo 24.

⁴⁴Observación General 14 (2013), sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial, párrafo 6.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación,⁴⁵ estableció que el principio del interés superior del menor de edad, implica que la protección de sus derechos debe realizarse por parte de las autoridades a través de medidas reforzadas o agravadas en todos los ámbitos que estén relacionados directa o indirectamente con los niños, niñas y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos advirtió que el interés superior de la niñez es un *“principio regulador de la normativa de los derechos del niño que se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades”*.⁴⁶

El derecho del interés superior de la niñez, debe ser observado en todas las decisiones y medidas relacionadas con los niños, niñas y adolescentes, lo que significa que, en cualquier medida que tenga que ver con una o varias personas de este grupo, su interés superior deberá ser considerado de manera primordial, lo cual incluye no solo las decisiones, sino también todos los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas.⁴⁷

En el presente caso, se constató que la dilación en la interrupción vía abdominal del embarazo de la ciudadana **RGCF**, generó consecuencias directas en la salud de **ACF (†)** quién presentó bradicardia fetal, provocándole afectaciones físicas irreversibles que finalmente culminaron con la pérdida de su vida. Este Organismo considera tener acreditado que el personal involucrado en el cuidado y atención médica del binomio materno fetal, incumplió el deber de protección que les es conferido al ser agentes del Estado, violentando con ello el interés superior de **ACF (†)**.

Derivado de lo anterior, esta Comisión sostiene que el Doctor Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como los residentes de apellidos Lomelí y Arroyo, vulneraron en agravio de quién en vida respondió al nombre de **ACF (†)**, además de los instrumentos jurídicos previamente invocados, los artículos 1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”; 24.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Principio 4 de la Declaración de los Derechos del Niño; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 1 fracciones I y II, 6 fracciones II y VI, 13 fracción I, 14 y 50 fracción I de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y

⁴⁵INTERÉS SUPERIOR DE LOS MENORES DE EDAD. NECESIDAD DE UN ESCRUTINIO ESCRITO CUANDO SE AFECTEN SUS INTERESES. Localización: 10a. Época; Registro: 2012592; Instancia: Pleno; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; Libro 34, Septiembre de 2016, Tomo I, Materia: Constitucional; Tesis: P./J. 7/2016; Página: 10.

⁴⁶Caso Furlán y Familiares vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párrafo 126.

⁴⁷DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR SE ERIGE COMO LA CONSIDERACIÓN PRIMORDIAL QUE DEBE DE ATENDERSE EN CUALQUIER DECISIÓN QUE LES AFECTE. Localización: 10a. Época; Registro: 2013385; Instancia: Segunda Sala; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; Libro 38, Enero de 2017, Tomo I, Materia: Constitucional; Tesis: 2a. CXLI/2016; Página: 792.

Adolescentes, vigente en la época de los hechos, que reconocen el deber del Estado de proteger el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo de las niñas, niños y adolescentes, cuyo contenido tiene presente esta Comisión con la finalidad resaltar una mayor protección al principio del interés superior del menor hoy occiso.

CUARTA.- Respecto al Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia Obstétrica, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Yucatán, vigente en la época de los hechos, prevé en su artículo 15 fracciones I y III, la obligación de la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán, de brindar a través de las instituciones del sector salud, atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas y diseñar obligatoriamente políticas públicas encaminadas a lograr el bienestar obstétrico de las mujeres durante su embarazo, siendo este el período comprendido entre la fase prenatal, el parto y la etapa del puerperio o posparto, que deberán tener como finalidad respetar los derechos de las mujeres embarazadas, para evitar que se les dañe o denigre, por falta oportuna o ineficaz en la atención de sus necesidades obstétricas.

Cómo se citó anteriormente en el cuerpo de la presente resolución, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos definió a la violencia obstétrica, como: *“Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”.*

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.*⁴⁸

En el caso que nos ocupa, se acreditó la existencia de violencia obstétrica tanto física como psíquica, entendiéndose como tal:

Violencia obstétrica física.- *“Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”.*⁴⁹

⁴⁸Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, página 28.

⁴⁹Medina, Graciela, “Violencia Obstétrica”, en Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm.4, diciembre 2009.

Violencia obstétrica psíquica.- *“Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica, obstétrica.”⁵⁰*

Hubo violencia obstétrica física en agravio de la ciudadana **RGCF**, por la inadecuada atención médica que le brindó el médico Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como los residentes de apellidos Lomelí y Arroyo, al binomio materno-fetal, al omitir realizar oportunamente la cesárea a la aludida agraviada, con el fin de tener un parto exitoso que garantizara la sobrevivencia de **ACF (†)**.

Respecto a la violencia obstétrica psicológica, la aludida agraviada en su queja señaló que: *“... un médico de manera prepotente le indicó que no estaba pujando correctamente y que si lo que ella quería era tenerlo sola que agarre sus piernas y pujara, lo que hizo en varias ocasiones sin ayuda de nadie, gritaba ayuda, indicó que no sentía a su bebé, mientras los médicos relajaban, comían, escuchaban música y otras actividades diferentes a la de su labor médica, otro médico le dijo textualmente “no te da vergüenza que a su lado había una muchacha de 17 años que no gritaba y se aguantaba”, por lo cual tuvo que tratar de contenerse ...”.*

De lo declarado por la quejosa, se advierte que el trato que recibió consistió en burlas y regaños, los cuales se agravan si consideramos que se encontraba en una situación especial de vulnerabilidad como lo es el parto, donde la mujer por lo general se encuentra tolerando dolores fuertes, ansiedad, miedo, angustia y otros sentimientos afines; por lo tanto, los malos tratos desplegados por el personal médico que resultan ser, deshumanizados, insensibles, groseros, descorteses, de tal manera que violentaron su derecho humano a un parto libre de violencia obstétrica.

Este Organismo estima que la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones producto de una problemática estructural del campo médico que hoy hacen posible un conjunto de conductas represivas basadas en la interiorización de las jerarquías médicas. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

Esta Comisión Protectora de los Derechos Humanos hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico. Para este Organismo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de

⁵⁰Idem.

violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, estipula en sus artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado, para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género y asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres. Por lo tanto, todos los establecimientos de salud, están obligados a brindar una atención médica con perspectiva de género, si esto no se cumple, como en el caso que nos ocupa, se evidencia una falta de compromiso institucional para respetar los derechos humanos.

Con base en las anteriores consideraciones, se arriba a la conclusión que personal del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de la ciudadana **RGCF**, previsto en los artículos 1, 3, 4 incisos b) y e), 7 incisos a) y b), y 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”.

Así las cosas, como consecuencia de haber transgredido el personal médico del nosocomio que nos ocupa, el Derecho de la ciudadana **RGCF**, a una Vida Libre de Violencia Obstétrica, originó que con ello se vulnera de igual manera su derecho al **Trato Digno**, debido a las conductas desplegadas hacia su persona por parte de dichos servidores públicos, tal como quedó evidenciado en los párrafos que preceden, lo cual denota su falta de conocimiento y capacitación de respetar la dignidad de las mujeres que se encuentran en una situación de vulnerabilidad como lo es el parto.

La dignidad humana es un valor supremo establecido en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en virtud del cual, se reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo,⁵¹ es el origen, la esencia y el fin de todos los derechos humanos⁵². En tal razón, todo ser humano debe ser respetado y protegido integralmente sin excepción alguna en su dignidad y no se debe atentar contra ella, debiendo propiciarse las condiciones necesarias a efecto de que las personas tengan un trato digno.

En ese contexto, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se ha pronunciado sobre el concepto de lo que se debe entender por Dignidad Humana al determinar:

⁵¹DIGNIDAD HUMANA. SU NATURALEZA Y CONCEPTO. Época: Décima Época. Registro: 160869. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Jurisprudencia. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro I, Octubre de 2011, Tomo 3. Materia(s): Civil. Tesis: I.5o.C. J/31 (9a). Página: 1529.

⁵²DIGNIDAD HUMANA. DEFINICIÓN. Época: Décima Época. Registro: 160870. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Jurisprudencia. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro I, Octubre de 2011, Tomo 3. Materia(s): Civil. Tesis: I.5o.C. J/30 (9a). Página: 1528.

“DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA. *La dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral, sino que se proyecta en nuestro ordenamiento como un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica, reconocido actualmente en los artículos 1o., último párrafo; 2o., apartado A, fracción II; 3o., fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En efecto, el Pleno de esta Suprema Corte ha sostenido que la dignidad humana funge como un principio jurídico que permea en todo el ordenamiento, pero también como un derecho fundamental que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así las cosas, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta -en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada”.*⁵³

QUINTA.- En cuanto al Derecho a la debida integración del expediente clínico, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”, prevé que “... es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente ... mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo ... los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”.⁵⁴

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en su Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, consideró que “la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”.⁵⁵

No obstante que el expediente clínico está orientado a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios de salud, el personal médico en múltiples ocasiones incumple con la norma citada, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención

⁵³Localización: 10a. Época; Registro: 2012363; Instancia: Primera Sala; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; Libro 33, Agosto de 2016, Tomo II; Materia: Constitucional; Tesis: 1a./J. 37/2016 (10a.); Página: 633.

⁵⁴Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”.

⁵⁵Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación General 29 de fecha 31 de enero de 2017, párrafo 35.

oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. En el mismo sentido, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

Pues bien, del análisis del expediente clínico de la ciudadana **RGCF**, se observó lo siguiente:

- 1.- En la nota elaborada por el servicio de toco el 25 de agosto del 2017, no aparece registro de hora, la letra no es legible, sólo se asentó el primer apellido de los dos médicos que la suscribieron, de los cuales sólo uno estampó su firma autógrafa en la misma.
- 2.- En la nota de ingreso de las 23:30 horas del día 25 de agosto del 2017, no se hizo referencia al resultado del ultrasonido obstétrico realizado a la agraviada en la propia fecha, y que obra agregado al expediente clínico de la misma; asimismo sólo se anotó el primer apellido de los dos médicos residentes que la elaboraron, de los cuales sólo uno la firmó.
- 3.- En la nota de evolución de las 07:00 horas del 26 de agosto del 2017, sólo se escribió el primer apellido de los dos médicos residentes que la suscribieron, firmando uno nada más.
- 4.- En la nota agregada de las 10:00 horas del día 26 de agosto del 2017, la letra no es legible y sólo se registró el primer apellido de los médicos residentes que la signaron.
- 5.- La nota preoperatoria de las 10:45 horas del día 26 de agosto del 2017, no es legible en algunas partes y sólo se registró el primer apellido del médico residente que la signó.
- 6.- En la nota de anestesiología de fecha 26 de agosto del 2017, la hora se encuentra alterada, toda vez que se advierte que se asentaron las 10:48 horas, sobreponiéndose las 09:48 horas; es ilegible; además que sólo se anotó el primer apellido de uno de los dos médicos residentes, mientras que el otro residente que la elaboró no la firmó.
- 7.- En la nota postanestésica de las 11:45 horas del 26 de agosto del 2017, el nombre de uno de los dos médicos residentes que la suscribió es ilegible y del otro sólo se asentó su primer apellido, sin que ninguno de los dos estampe su firma.
- 8.- En la nota postoperatoria de las 11:50 horas del día 26 de agosto del 2017, sólo se registró el primer apellido del médico residente que la elaboró.

Además, que en todas las anteriores notas médicas no se estableció el número de cédula profesional de los médicos residentes, por lo que se incumplió con los apartados 5.10, 5.11, 8.1 y 8.1.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "*Del expediente clínico*", que establecen que todas las notas del expediente clínico deberán contener nombre completo del médico tratante y hora de elaboración, firma autógrafa, expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en

buen estado, así como contener los resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Lo anterior es de mencionarse, ya que estas omisiones impidieron conocer la identidad del personal tratante en algunas etapas de la atención de la ciudadana **RGCF**, así como las circunstancias de tiempo en una parte de su seguimiento médico, vulnerando con ello su derecho a la debida integración de su expediente clínico.

SEXTA.- OBLIGACIÓN DE REPARAR EL DAÑO POR LA VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS.

Cabe señalar, que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño consiste en plantear la reclamación ante el órgano competente. En tal virtud, al acreditarse violaciones a los derechos humanos atribuibles a servidores públicos del Estado, la Recomendación que se formule a las respectivas dependencias públicas debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución del o los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo cual es necesario que se realice la reparación conducente en los términos de ley, procurando que la víctima directa o sus familiares no enfrenten complejidades que signifiquen un impedimento u obstrucción a la satisfacción pronta de sus derechos.

A).- MARCO CONSTITUCIONAL.-

Los **artículos 1º párrafo tercero y 109 fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en la época de los hechos**, establecen:

“Artículo 1º.- (...), (...), Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley ...”

“Artículo 109.- Los servidores públicos y particulares que incurran en responsabilidad frente al Estado, serán sancionados conforme a lo siguiente: I. (...), II. (...), III.- Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones. Dichas sanciones consistirán en amonestación, suspensión, destitución e inhabilitación, así como en sanciones económicas, y deberán establecerse de acuerdo con los beneficios económicos que, en su caso, haya obtenido el responsable y con los daños y perjuicios patrimoniales causados por los actos u omisiones. La ley establecerá los procedimientos para la investigación y sanción de dichos actos u omisiones. (...) Los entes públicos estatales y municipales, así como del Distrito Federal y sus

demarcaciones territoriales, contarán con órganos internos de control, que tendrán, en su ámbito de competencia local, las atribuciones a que se refiere el párrafo anterior ...”.

B).- MARCO INTERNACIONAL.-

El instrumento internacional denominado **Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones**, aprobado por la **Asamblea General de las Naciones Unidas** el día 16 de diciembre de 2005, establece “*que una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario. Cuando se determine que una persona física o jurídica u otra entidad están obligadas a dar reparación a la víctima, la parte responsable deberá conceder reparación a la víctima o indemnizar al Estado si éste hubiera ya dado reparación a la víctima*”.

Por otro lado, indica que “*Conforme al derecho interno y al derecho internacional, y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, se debería dar a las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, una reparación plena y efectiva, según se indica en los principios 19 a 23, en las formas siguientes: **restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición***”.

La **restitución**, siempre que sea posible, ha de devolver a la víctima a la situación anterior a la violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o la violación grave del derecho internacional humanitario. La restitución comprende, según corresponda, el restablecimiento de la libertad, el disfrute de los derechos humanos, la identidad, la vida familiar y la ciudadanía, el regreso a su lugar de residencia, la reintegración en su empleo y la devolución de sus bienes.

La **indemnización** ha de concederse, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos, tales como: **a)** El daño físico o mental; **b)** La pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; **c)** Los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; **d)** Los perjuicios morales; y **e)** Los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos y servicios psicológicos y sociales.

En cuanto a la **Rehabilitación** señala que ha de incluir la atención médica y psicológica, así como de servicios jurídicos y sociales.

En relación a la **satisfacción** alude que ha de incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: **a)** Medidas eficaces para conseguir la cesación de las violaciones continuadas; **b)** La verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o impedir que se produzcan nuevas violaciones; **c)** La búsqueda de las personas desaparecidas, de las identidades de los niños secuestrados y de los cadáveres de las personas asesinadas, y la ayuda para recuperarlos, identificarlos y volver a inhumarlos según el deseo explícito o presunto de la víctima o las prácticas culturales de su familia y comunidad; **d)** Una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima y de las personas estrechamente vinculadas a ella; **e)** Una disculpa pública que incluya el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades; **f)** La aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones; **g)** Conmemoraciones y homenajes a las víctimas; **h)** La inclusión de una exposición precisa de las violaciones ocurridas en la enseñanza de las normas internacionales de derechos humanos y del derecho internacional humanitario, así como en el material didáctico a todos los niveles.

Las **garantías de no repetición** han de incluir, según proceda, la totalidad o parte de las medidas siguientes, que también contribuirán a la prevención: **a)** El ejercicio de un control efectivo de las autoridades civiles sobre las fuerzas armadas y de seguridad; **b)** La garantía de que todos los procedimientos civiles y militares se ajustan a las normas internacionales relativas a las garantías procesales, la equidad y la imparcialidad; **c)** El fortalecimiento de la independencia del poder judicial; **d)** La protección de los profesionales del derecho, la salud y la asistencia sanitaria, la información y otros sectores conexos, así como de los defensores de los derechos humanos; **e)** La educación, de modo prioritario y permanente, de todos los sectores de la sociedad respecto de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario y la capacitación en esta materia de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, así como de las fuerzas armadas y de seguridad; **f)** La promoción de la observancia de los códigos de conducta y de las normas éticas, en particular las normas internacionales, por los funcionarios públicos, inclusive el personal de las fuerzas de seguridad, los establecimientos penitenciarios, los medios de información, la salud, la psicología, los servicios sociales y las fuerzas armadas, además del personal de empresas comerciales; **g)** La promoción de mecanismos destinados a prevenir, vigilar y resolver los conflictos sociales; **h)** La revisión y reforma de las leyes que contribuyan a las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y a las violaciones graves del derecho humanitario o las permitan.

La Convención Americana Sobre Derechos Humanos, establece:

“Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos.

1.- Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

“Artículo 2. Deber de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno.

Si en el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades”.

“Artículo 63

1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.

De lo anterior, resulta evidente que toda violación a derechos humanos genera hacia la víctima un derecho a la reparación del daño por parte del Estado, siendo además, que esta responsabilidad en materia de derechos humanos **debe ser completa, integral y complementaria.**

Asimismo, conforme al artículo 27 de la Convención de Viena sobre el derecho de los Tratados, **los Estados no pueden invocar su normatividad interna, o la falta de esta, para incumplir con obligaciones internacionalmente adquiridas.**

No está por demás recordar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el párrafo 127 del Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala, Sentencia del 19 de noviembre de 1999 (*Fondo*), señaló lo siguiente:

“... Por otra parte, del artículo 8 de la Convención se desprende que las víctimas de las violaciones de los derechos humanos, o sus familiares, deben contar con amplias posibilidades de ser oídos y actuar en los respectivos procesos, tanto en procura del esclarecimiento de los hechos y del castigo de los responsables, como en busca de una debida reparación.”

Lo anterior, deja en claro que las víctimas de las violaciones, tienen el derecho a participar en el proceso de reparación del daño, no sólo para el esclarecimiento de los hechos y que los responsables sean sancionados, sino también para obtener una debida reparación.

C).- MARCO JURÍDICO MEXICANO.-

Así también los **artículos 1º párrafos tercero y cuarto, 7 fracción II, y 26 de la Ley General de Víctimas, vigente en la época de los hechos, prevén:**

*“**Artículo 1.** (...), (...), La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral. Las autoridades de todos los ámbitos de gobierno deberán actuar conforme a los principios y criterios establecidos en esta Ley, así como brindar atención inmediata en especial en materias de salud, educación y asistencia social, en caso contrario quedarán sujetos a las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que haya lugar.*”

La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante ...”.

*“**Artículo 7.** Los derechos de las víctimas que prevé la presente Ley son de carácter enunciativo y deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, los tratados y las leyes aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de sus derechos. Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos: **I.** (...) **II.** A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron ...”.*

*“**Artículo 26.** Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición”.*

A este tenor los **artículos 5 fracciones II y VIII, 7 y 8 párrafo primero de la Ley de Víctimas del Estado de Yucatán, vigente en la época de los hechos, disponen:**

*“**Artículo 5. Derechos de las víctimas.** Las víctimas tienen, de manera enunciativa, más no limitativa, los siguientes derechos: (...), **II.** Recibir las*”

medidas de ayuda inmediata, de asistencia, de atención y de reparación integral a que se refiere el artículo 7, en forma oportuna, rápida, gratuita y bajo un enfoque transversal de género, intercultural y diferencial; (...), (...), (...), (...), (...), VIII. Ser reparadas integralmente, de manera efectiva, diferenciada y transformadora por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o de las violaciones a los derechos humanos de que fueron objeto ...”.

“Artículo 7. Medidas. ... las medidas de reparación integral, que comprenden las de restitución, de rehabilitación, de compensación, de satisfacción y de no repetición establecidas en la Ley General de Víctimas ...”.

“Artículo 8. Reparación integral. La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante ...”.

Si bien tales principios deben aplicarse en casos de violaciones a derechos humanos, los mismos pueden servir como guía para que las autoridades responsables pueden determinar la reparación del daño en los casos de naturaleza penal que conocen, sobre todo aquellos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles, como la vida, la integridad y la seguridad personal, por señalar algunos.

D).- AUTORIDAD RESPONSABLE.-

Una vez fijado el marco teórico y doctrinal de la reparación del daño, se procede a señalar, dadas las circunstancias específicas del presente caso, las modalidades que deben de ser atendidas por la autoridad responsable para lograr que la misma sea **completa, integral y complementaria**.

En ese sentido, en virtud que a la fecha de la elaboración de esta Recomendación, no se tiene conocimiento que se haya reparado el daño causado por la vulneración de los derechos humanos **a la Protección de la Salud en su modalidad de Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público ofrecido por Dependencias del Sector Salud; a la Vida; al Interés Superior de la Niñez; al Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia Obstétrica en conexidad con el Derecho al Trato Digno, así como al Derecho a la Debida Integración del Expediente Clínico, por parte de personal médico del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, resulta más que evidente el deber ineludible del C. Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, proceder a la realización de las acciones necesarias para que se repare el daño de manera integral por las violaciones a Derechos Humanos, lo anterior, sustentado en lo establecido en el párrafo primero de la fracción III del artículo 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en la época de los**

eventos y 87 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, en vigor.

Las modalidades de reparación del daño que deberán ser atendidas por el **C. Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán**, comprenderán:

a).- **Garantía de Satisfacción**, consistente en:

1.- Iniciar de manera inmediata procedimiento administrativo de responsabilidad en contra del Doctor **Carlos Manuel Echeverría y Gamboa**, con motivo de la responsabilidad en que incurrió como personal médico del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de esta ciudad de Mérida, Yucatán, por las violaciones de los Derechos Humanos señalados con antelación.

2.- Iniciar una investigación interna a efecto de determinar la identidad de:

2.1. Los dos residentes de apellidos **Lomelí y Arroyo**, que de igual forma incurrieron en responsabilidad por las violaciones de los Derechos Humanos referidos en el cuerpo de la presente resolución; y,

2.2. Del personal médico que, a decir de la agraviada **RGCF**, la regañó y se burló de ella durante el trabajo de parto.

Lo anterior, a efecto de que se les inicie de la misma manera procedimiento administrativo de responsabilidad.

Los procedimientos administrativos que se inicien, deberán ser ágiles, imparciales y apegados a la legalidad, y en los que se les deberá de imponer las sanciones que correspondan de acuerdo al nivel de responsabilidad, en la inteligencia, que si del resultado de dicha investigación, apareciere identificado algún otro servidor público del nosocomio que nos ocupa, como responsable, proceder de la misma manera, lo anterior, aún y cuando no sigan prestando sus servicios en la institución de salud que nos ocupa, toda vez que en ese caso, los resultados de los procedimientos incoados, deberán ser agregados a los expedientes personales de los servidores públicos implicados para los efectos legales a que haya lugar, debiendo acreditar dicha circunstancia con las constancias conducentes.

b).- **Garantía de Indemnización**, relativa a que se tomen las medidas para la reparación integral del daño a la ciudadana **RGCF**, que incluya **el pago de una indemnización** por la pérdida de la vida de su hijo menor de edad que respondió al nombre de **ACF (†)**. Para lo anterior, se deberá tomar en consideración al momento de resolver el procedimiento administrativo correspondiente, los perjuicios económicamente invaluable (**daño moral**), que sufrió la citada progenitora del menor occiso, por las circunstancias del presente caso, la intensidad de los sufrimientos que los hechos le causaron, y las demás consecuencias de orden material o pecuniario que sufrió aquella.

c).- Garantía de Rehabilitación, inherente a **reparar el daño psicológico** causado a la ciudadana **RGCF**, a través del tratamiento psicológico y tanatológico que sea necesario y requerido por ésta, a fin de restablecer su salud emocional en la medida de lo posible y favorecer en ella, un proceso de duelo positivo.

d).- Garantía de no Repetición, consistente en dictar las medidas pertinentes, a efecto de que se capacite y actualice al Doctor Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como a los dos residentes de apellidos Lomelí y Arroyo, en materia de derechos humanos, primordialmente los relativos al Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; a la vida; en la responsabilidad en que se incurre por la inadecuada prestación de un servicio público; sobre el derecho de la mujer a una vida libre de violencia obstétrica; al trato digno y la observancia obligatoria de la Norma Oficial Mexicana número NOM-004-SSA3- 2012, "Del expediente clínico; esto último, a efecto que las notas médicas contengan el nombre completo de los médicos tratantes, hora de elaboración, firma autógrafa, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras, así como contener los resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Todo lo anterior, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dio lugar a este pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Estatal las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

Por lo antes expuesto, se emite al **C. Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán**, las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Como **Garantía de Satisfacción** y con la finalidad de fortalecer la cultura de respeto a los Derechos Humanos y no dejar impunes acciones ilegales de los servidores públicos, en atención a las consideraciones vertidas en el capítulo de observaciones de la presente resolución, se sirva:

1.- Iniciar de manera inmediata procedimiento administrativo de responsabilidad en contra del Doctor **Carlos Manuel Echeverría y Gamboa**, con motivo de la responsabilidad en que incurrió como personal médico del Hospital General "Dr. Agustín O´Horán" de esta ciudad de Mérida, Yucatán, por las violaciones de los Derechos Humanos señalados con antelación.

2.- Iniciar una investigación interna a efecto de determinar la identidad de:

2.1. Los dos residentes de apellidos **Lomelí** y **Arroyo**, que de igual forma incurrieron en responsabilidad por las violaciones de los Derechos Humanos referidos en el cuerpo de la presente resolución; y,

2.2. Del personal médico que, a decir de la agraviada **RGCF**, la regañó y se burló de ella durante el trabajo de parto.

Lo anterior, a efecto de que se les inicie de la misma manera procedimiento administrativo de responsabilidad.

Los procedimientos administrativos que se inicien, deberán ser ágiles, imparciales y apegados a la legalidad, y en los que se les deberá de imponer las sanciones que correspondan de acuerdo al nivel de responsabilidad, en la inteligencia, que si del resultado de dicha investigación, apareciere identificado algún otro servidor público del centro hospitalario en cuestión, como responsable, proceder de la misma manera, lo anterior, aún y cuando no sigan prestando sus servicios en el citado nosocomio, toda vez que en ese caso, los resultados de los procedimientos incoados, deberán ser agregados a sus expedientes personales, debiendo acreditar dicha circunstancia con las constancias conducentes.

Asimismo, la instancia de control que tome conocimiento del asunto a que se viene haciendo referencia, en caso de advertir la existencia de una probable responsabilidad civil y/o penal por parte de los servidores públicos involucrados, deberá de ejercer las acciones necesarias a fin de que sea iniciado el procedimiento correspondiente. Garantizar que al realizarse las investigaciones relativas a la sustanciación del referido procedimiento administrativo, los funcionarios públicos no vulneren el derecho a la privacidad, seguridad jurídica, al trato digno, y a la verdad de las víctimas y sus familiares, procurando ofrecerles un trato amable, humano y sensible.

SEGUNDA.- Como **Garantía de Indemnización**, se sirva instruir a quien corresponda, a fin de que se proceda a la realización de las acciones necesarias para que la ciudadana **RGCF**, sea indemnizada y reparada integralmente del daño ocasionado por la pérdida de la vida de su hijo menor de edad que respondió al nombre de **ACF (†)**. Para lo anterior, se deberá tomar en consideración al momento de resolver el procedimiento administrativo correspondiente, los perjuicios económicamente invaluable (**daño moral**), que sufrió la citada progenitora del menor occiso, por las circunstancias del presente caso, la intensidad de los sufrimientos que los hechos le causaron, y las demás consecuencias de orden material o pecuniario que sufrió aquella.

TERCERA.- Como **Garantía de Rehabilitación**, deberá de otorgársele a la ciudadana **RGCF**, el tratamiento psicológico y tanatológico que sea necesario y requerido por ésta, con la finalidad de restablecer su salud emocional en la medida de lo posible y favorecer en ella un proceso de duelo positivo.

CUARTA.- Brindar capacitación al Doctor Carlos Manuel Echeverría y Gamboa, así como a los dos residentes de apellidos Lomelí y Arroyo, en materia de derechos humanos,

primordialmente los relativos al Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; a la vida; en la responsabilidad en que se incurre por la inadecuada prestación de un servicio público; sobre el derecho de la mujer a una vida libre de violencia obstétrica; al trato digno y la observancia obligatoria de la Norma Oficial Mexicana número NOM-004-SSA3- 2012, “Del expediente clínico”.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, se requiere al **C. Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán**, que la respuesta sobre la **aceptación de estas recomendaciones**, sean informadas a este Organismo dentro del **término de quince días hábiles siguientes a su notificación**, e igualmente se le solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de las mismas, se envíen a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, **dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma**, en la inteligencia que la falta de presentación de las pruebas, se considerará como la no aceptación de esta recomendación.

En virtud de lo anterior se instruye a la **Visitaduría General**, dar continuidad al cumplimiento de la recomendación emitida en esta resolución, en términos de lo establecido en la fracción IX del artículo 34 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, en vigor.

Del mismo modo, se hace de su conocimiento, que todo servidor público está obligado a responder las recomendaciones que emita este Organismo, siendo que en caso de no ser aceptadas o cumplidas, se deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, y que esta Institución queda en libertad de solicitar que el Congreso del Estado de Yucatán o, en sus recesos, la Diputación Permanente, requiera a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dichos órganos legislativos, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa a la presente Recomendación, lo anterior, conforme a lo establecido en la fracción XX del artículo 10 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos en vigor.

Por último, se le informa que este Organismo, con fundamento en la fracción IX del artículo 10 de la Ley de la materia vigente, también queda facultada para que en caso de incumplimiento de la presente Recomendación acuda ante los Organismos Internacionales de Protección de los Derechos Humanos.

Así lo resolvió y firma el **C. Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, Maestro en Derecho Miguel Oscar Sabido Santana. Notifíquese.**