



RECOMENDACIÓN No. 75/2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE QV Y V1, A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V1, A LA VERDAD DE QV Y V2, A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD Y A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN DE QV, ASÍ COMO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE INADECUADA PROCURACIÓN DE JUSTICIA DE QV Y V2, COMETIDAS POR SERVIDORES PÚBLICOS DEL ISSSTE Y DE PGR, AMBOS EN ENSENADA, BAJA CALIFORNIA.

Ciudad de México, a 28 de diciembre de 2017

**LIC. JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**LIC. ALBERTO ELÍAS BELTRÁN
SUBPROCURADOR JURÍDICO Y DE ASUNTOS INTERNACIONALES,
EN SUPLENCIA DEL PROCURADOR GENERAL DE LA REPÚBLICA**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política

de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, párrafo primero, 6°, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones I, II, IV y V, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2014/7199/Q, relacionado con el caso de QV y V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4°, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en San Quintín, Baja California	Clínica San Quintín- ISSSTE
Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Ensenada, Baja California	Clínica Ensenada- ISSSTE
Clínica No. 69 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Quintín, Baja California.	Clínica 69 IMSS
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Baja California (Antes Procuraduría de los Derechos	Comisión Estatal

Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en San Quintín, Baja California	Clínica San Quintín- ISSSTE
Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California)	
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Procuraduría General de la República	PGR
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido.	Guía de Práctica Clínica.

I. HECHOS.

4. El 15 de octubre de 2014, la Comisión Estatal remitió por razones de competencia a esta Comisión Nacional la queja de QV, persona de origen Mixteco, en la que señaló que, como derechohabiente del ISSSTE, recibió control prenatal¹ desde enero de 2014 en la Clínica San Quintín-ISSSTE en donde los médicos que la atendieron le indicaron, en reiteradas ocasiones, que daría a luz en esa Unidad, por lo que el 24 de septiembre de 2014, a las 12:30 horas, acudió a dicho nosocomio ya que presentaba dolores de parto, sitio en el que fue atendida por SP1 quien previa revisión le indicó que era necesario que acudiera a la Clínica Ensenada- ISSSTE.

5. QV solicitó a SP1 ser atendida en la Clínica 69 del IMSS, que se encuentra más cercana a su domicilio, por lo que fue trasladada en una ambulancia, acompañada

¹ Control prenatal. “Acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. En embarazadas con factores de riesgo no modificables y riesgo de resultados adversos, el control prenatal en medicina familiar determinara la frecuencia de consultas de acuerdo a cada caso y la necesidad de derivar a la paciente a segundo nivel”. Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo.

de AR1 y SP2, al llegar a dicha clínica fue revisada por la médico de guardia quien le indicó que tenía otros pacientes que atender y debería esperar, por lo que continuaron su trayecto hacia la Clínica Ensenada-ISSSTE.

6. Durante el traslado a la Clínica Ensenada-ISSSTE en ambulancia, pasados aproximadamente 20 minutos de iniciado el trayecto por carretera, QV defecó y arrojó coágulos de sangre, teniéndose que limpiar ella misma con una bata que le fue proporcionada por AR1, quien no le brindó ningún tipo de atención.

7. A las 3:20 horas del mismo 24 de septiembre de 2014, arribaron a la Clínica Ensenada-ISSSTE en donde QV fue recibida en el Servicio de Urgencias y dio a luz a V1 a las 3:25 horas de ese mismo día.

8. El 25 de septiembre de 2014, personal de la Clínica Ensenada-ISSSTE dio de alta a QV y V1, y a pesar de que solicitó una ambulancia para su traslado de regreso a San Quintín, municipio de Ensenada, Baja California, le fue negada por personal médico de dicha clínica bajo el argumento de que no había ambulancia disponible para ese servicio ya que no le fue practicada una cirugía, motivo por el cual V2 solicitó el apoyo a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y les proporcionaron recursos económicos para la compra de los boletos de autobús.

9. El 26 de septiembre de 2014, aproximadamente a las 00:30 horas QV se percató que al cambiar el pañal de V1, presentaba sangre a la altura del pene; en una revisión posterior a las 3:00 horas del mismo día, notó que V1 tenía el interior de la boca de color morado, secreción por la boca con rastros de sangre, por lo que en compañía de V2 lo llevó a la Clínica San Quintín-ISSSTE, sitio en el que SP1 le indicó que V1 ya no tenía ritmo cardíaco, por lo que decidieron trasladar a V1 al Hospital Privado en la misma ciudad, donde igualmente le informaron que había fallecido.

10. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente CNDH/5/2014/7199/Q y, para documentar las violaciones a derechos humanos de QV y V1, se solicitó información al ISSSTE, así como a la PGR, cuya valoración

lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Oficio PDH/DGQ/418/2014, del 14 de octubre de 2014, a través del cual la Comisión Estatal remitió la queja formulada por QV el 1 de octubre de 2014, en la que denunció violaciones a los derechos humanos cometidos en su agravio y en el de V1, atribuidas a personal de la Clínica San Quintín-ISSSTE y Clínica Ensenada-ISSSTE, al que adjuntó los siguientes documentos:

11.1. Comparecencia de QV ante personal de la Comisión Estatal, realizada el 1 de octubre de 2014.

11.2. Ampliación de queja firmada por QV, recibida el 8 de octubre de 2014 a la que adjuntó, entre otras, las documentales siguientes:

11.2.1. Acta de Defunción de 26 de septiembre de 2014, expedida por el oficial del registro civil de Vicente Guerrero, Municipio de Ensenada, Baja California, y en la que se estableció como causa de la muerte de V1 "*Asfixia por obstrucción de vías respiratorias*".

11.2.2. Denuncia interpuesta el 7 de octubre de 2014, por QV ante la Agencia Investigadora del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, así como acuse de recepción de la misma en la que consta que se radicó con el número de expediente AP1.

12. Oficio SG/SAD/JSCDQR/6640/2014, de 4 diciembre de 2014, a través del cual el ISSSTE remitió diversa documentación de la que destacan las constancias siguientes:

12.1. Oficio UMSQ/DIR/040/11/2014, de 18 de noviembre de 2014, suscrito por SP4, mediante el cual rindió informe en el que detalló la atención médica proporcionada a V1 y señaló que el expediente provisional generado con las notas médicas posteriores se encontraba extraviado.

12.2. Informe de 18 de noviembre de 2014, suscrito por AR1, en el que señaló la atención brindada a QV durante el traslado de la Clínica San Quintín- ISSSTE a la Clínica Ensenada-ISSSTE el 24 de septiembre de 2014.

12.3. Informe sin fecha, suscrito por SP2, en el que expresó las circunstancias en las que se dio el traslado de QV a la Clínica Ensenada-ISSSTE el 24 de septiembre de 2014.

12.4. Copia de los expedientes clínicos integrados con motivo de los servicios médicos otorgados a QV y V1 en la Clínica San Quintín-ISSSTE y en la Clínica Ensenada-ISSSTE, en el municipio de Ensenada, Baja California, en los que obran, entre otras, las constancias que a continuación se describen:

12.4.1. Solicitud de servicios de referencia y contra referencia del 24 septiembre de 2014 suscrita por SP1, en el que se señaló que *“ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS CON EMBARAZO DE 39 SDG... REFIERE CONTRACCIONES UTERINAS CON MAS DE 6 HORAS DE EVOLUCIÓN...IDX: EMBARAZO DE 39 SDG... PLAN: ATENCIÓN ESPECIALIZADA”*.

12.4.2. Hoja de evolución del 24 de septiembre de 2014 a las 4:00 horas, en la que AR2 estableció, entre otras cosas: *“...producto que nace en camilla de ambulancia, trasladada de San Quintín, llora y respira al nacer... IDX RN término. Parto fortuito”*.

12.4.3. Hoja de indicaciones médicas, con firma y sin nombre del médico que la suscribió del 24 de septiembre de 2014, a las 14:50 horas, mediante la cual se ordenó el alta por mejoría de V1.

12.4.4. Notas de evolución de V1 del 24 de septiembre del 2014, la primera a las 10:20 horas, sin nombre y firma ilegible del médico, donde se asentó entre otras cosas: *“Enterado de evolución clínica de RN masculino, obtenido de parto fortuito, potencialmente infectado con esquema de antibiótico...se solicitaron exámenes de laboratorio, pendiente de resultados. EF. Sin alteraciones. Plan...3. Ampicilina 100 mg c/12 hr. (1) ... 4. Recabar resultados exámenes de laboratorio...”* y la segunda a las 14:55 horas, sin nombre y firma ilegible del médico, donde se asentó que: *“Se da de alta por mejoría al RN Masc cumpliendo 22 horas VEU-presentó diuresis evacuaciones y tolera la V.O. E.F. ok. I.Dx: RNPEG sano... plan: alta por mejoría”.*

12.4.5. Resultado de estudios de laboratorio de V1, del 24 de septiembre de 2014 a las 12:54 horas, en los que se desglosan resultados de biometría hemática, grupo sanguíneo e inmunología.

13. Escrito de ampliación de queja presentada por QV en este Organismo Nacional el 9 de julio de 2015.

14. Dictamen de 29 de abril de 2016, elaborado por un médico de este Organismo Nacional, respecto de la atención brindada a QV y V1 en la Clínica San Quintín- ISSSTE y la Clínica Ensenada-ISSSTE.

15. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/1275-6/16, de 28 de octubre de 2016, suscrito por la Jefa del Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, mediante el cual informó a QV que su queja presentada ante esta Comisión Nacional fue analizada por el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE en su Vigésima Primera Sesión del

Extraordinaria 2016, celebrada el 14 de octubre de 2016, y se determinó la Procedencia de la misma, así como el pago de una indemnización.

16. Correo electrónico del 14 de junio de 2017, enviado por la Subdirección de Atención al Derechohabiente, Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE, mediante el cual informó que se solicitó diversa documentación a QV para iniciar el trámite de pago de la indemnización, sin que a esa fecha se hubieran recibido los documentos solicitados.

17. Correo electrónico del 26 de junio de 2017, enviado por el Titular del Área de Auditoría Interna y del Área de Quejas sede Baja California del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, mediante el cual informó que el 19 de diciembre de 2016, se inició un expediente de investigación administrativa y a la fecha se encuentra en investigación.

18. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/02237-4/17, de 22 de agosto de 2017, suscrito por la Jefa del Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, mediante el cual remitió copia de similar con número CHE/DIR/03091/08/2017 del 14 de agosto de 2017, en el que informó el nombre de AR4, quien dio de alta a V1 el 24 de septiembre de 2014 en la Clínica Ensenada-ISSSTE.

19. Acta Circunstanciada de 17 de octubre de 2017, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que el Titular de la Agencia Dos del Ministerio Público de la Federación del Sistema Procesal Penal Inquisitivo Mixto de la PGR en Ensenada, Baja California, proporcionó copia certificada de la AP2, instruida por los delitos de Homicidio con la Agravante de Responsabilidad Profesional y Técnica, misma que se encuentra en reserva, de la que se destacan, entre otras, las siguientes diligencias:

19.1. Acuerdo de inicio de la AP2, del 3 de noviembre de 2014, suscrito por SP5, mediante el cual ordenó la realización de diversas diligencias.

19.2. Oficio 1474/15, de 12 de junio de 2015, suscrito por AR5, mediante el cual solicitó al Coordinador de Servicios Periciales de la PGR, designara perito en materia de Medicina Forense a efecto de determinar si *“existe responsabilidad por negligencia, impericia falta de atención médica, ausencia de indicaciones médicas u omisión de responsabilidad como profesional por parte de (SP1) ...”*.

19.3. Oficio 2507/2015, de 22 de julio de 2015, suscrito por AR5, mediante el cual solicitó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que emitiera dictamen médico institucional, respecto de las constancias que integran la AP2.

19.4. Oficio con número de folio administrativo 2508/2015, de 20 de agosto de 2015, suscrito por el Coordinador Estatal de Servicios Periciales en Baja California de la PGR, mediante el cual designó a AR6 como perito en la especialidad de Medicina Forense.

19.5. Oficio 1474/15, de 13 de octubre de 2015, suscrito por AR6, mediante el cual solicitó a AR5 la realización de diversas diligencias, para estar en posibilidad de emitir el dictamen solicitado.

19.6. Constancia del 7 de diciembre de 2015, en la que se asentó que AR5 se comunicó vía telefónica con personal de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, instancia que, entre otras cosas, informó que la solicitud de opinión médica formulada se desahogará en un plazo de 80 días hábiles, después de la pre-evaluación del caso planteando.

19.7. Oficio 3876/2015, de 17 de diciembre de 2015, mediante el cual AR5 remitió a AR6 copia certificada de la AP2.

19.8. Acuerdo de Consulta de Reserva de la AP2, de 18 de diciembre de 2015, suscrito por AR5, en el que en el apartado denominado *“CONSIDERANDO”*,

señaló, entre otras cosas, que *“Del estudio y análisis de las actuaciones que integran la averiguación previa, se advierte que se están practicando todas y cada una de las diligencias necesarias para la debida integración y perfeccionamiento legal de la misma, no resultando suficientes ni bastantes los elementos de prueba hasta el momento recabados, para poder ejercer acción penal ante los Tribunales de la Federación...”*.

19.9. Oficio con número de folio 161/2015, del 28 de diciembre de 2015, mediante el cual se autorizó la consulta de reserva de la AP2.

20. Acta Circunstanciada de 8 de diciembre de 2017, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que el Titular de la Agencia Dos del Ministerio Público Federal del Sistema Procesal Penal Inquisitivo Mixto de la PGR en Ensenada, Baja California, proporcionó copias certificadas adicionales de la AP2, e informó que continúa en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. Con motivo del deceso de V1, el 26 de septiembre de 2014, QV presentó denuncia ante la Agencia Receptora del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, en donde se radicó la AP1, misma que fue remitida por razón de competencia a la PGR, el 3 de noviembre de 2014 y se registró como AP2 por el delito de responsabilidad profesional, indagatoria que, al 8 de diciembre de 2017, continúa en integración.

22. Mediante correo electrónico de 26 de junio de 2017, el Titular del Área de Auditoría Interna y del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, sede Baja California, informó que el 19 de diciembre de 2016 se inició el Expediente Administrativo de Investigación mismo que se encuentra en investigación.

23. A través del oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/1275-6/16, de 28 de octubre de 2016, la Jefa del Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas de la

Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, informó que la queja médica interpuesta ante este Organismo Nacional por QV fue analizada por el Comité de Quejas Medicas del ISSSTE en su Vigésima Primera Sesión Extraordinaria 2016, celebrada el 14 de octubre de 2016, y se determinó la Procedencia de la misma, así como el pago de una indemnización a QV, misma que al 14 de junio de 2017 no se había llevado a cabo.

IV. OBSERVACIONES.

24. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2014/7199/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el caso cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la Protección de la Salud y a la Integridad Personal de QV y V1, a la Verdad de QV y V2, a la Libertad y Autonomía Reproductiva, a una Vida Libre de Violencia Obstétrica y a la Información en materia de Salud y a la Igualdad y no Discriminación de QV, así como a la Vida y al Interés Superior de la Niñez de V1, atribuibles a personal médico y de enfermería del ISSSTE en Ensenada, Baja California; igualmente se acreditaron violaciones al derecho al Acceso a la Justicia en su modalidad de Procuración de Justicia en agravio de QV y V2 por servidores públicos de la PGR, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

- **Derecho a la Protección de la Salud.**

25. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.²

26. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

² CNDH. Recomendación 14/2016, párrafo 28.

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

28. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, en la que se afirmó que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

29. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, y su protección³, se encuentra el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como la exigencia de ser apropiados médica y científicamente.

30. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que el 24 de septiembre de 2014, a las 12:30 horas, V1 acudió a la Clínica San Quintín-ISSSTE, toda vez que inició con dolores de parto⁴, por lo que fue

³ “Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

⁴ Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por la vía vaginal, se divide en dilación, expulsión y alumbramiento. NOM-007-SSA2-

valorada por SP1, quien documentó que se trataba de paciente de 30 años de edad, que cursaba embarazo de 39 semanas de gestación con contracciones uterinas con más de 6 horas de evolución, cada 15 a 20 minutos, además presentaba edema en extremidades inferiores.

31. En virtud de que la Clínica San Quintín-ISSSTE es una unidad de primer nivel⁵, que no cuenta con personal ni equipo especializado para atender alguna complicación que pudiera presentarse en el parto, y al considerar que no existían signos de urgencia SP1 sugirió traslado a la Clínica Ensenada-ISSSTE, sin embargo, QV solicitó la posibilidad de atenderse en la Clínica 69 IMSS, por la cercanía a su domicilio, ante ello SP1 intentó comunicarse vía telefónica a la citada clínica sin éxito, y en consecuencia extendió la hoja de referencia y contra referencia en la que estableció como plan: “*Atención especializada*”.

32. Previa realización de diversas gestiones por parte de QV y V2, aproximadamente a la 1:53 horas arribaron a la Clínica 69 IMSS en donde QV fue revisada por la médico de guardia, quien indicó que presentaba dos centímetros de dilatación y que debido

2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Punto 3.31.

⁵ **Unidad de primer nivel: Representa el primer contacto de atención del derechohabiente con el Sistema Institucional de Servicios de Salud; en este nivel se ejecutan acciones de prestación de servicios enfocados básicamente a prevenir enfermedades y riesgos, a preservar la salud mediante actividades de promoción y educación para la salud, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, así como protección específica contra las enfermedades más comunes y prevenibles, privilegiando las actividades de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Además, atiende y resuelve los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia y cuya solución es factible, basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica y de bajo costo. Lineamientos para Clasificar las Unidades Médicas del ISSSTE. Expedido el 18 de noviembre de 2004. Punto 5.1.**

a que tenía tres pacientes más, deberían esperar para atenderla, por lo que AR1 decidió trasladarla a la Clínica Ensenada-ISSSTE.

33. QV señaló que iniciado el traslado: “...se intensificaron los dolores de parto de 5 en 5 minutos, por lo que empecé a decirle a (AR1) que si no había clínica en alguna parte para que me llevaran porque no aguantaba el dolor y este me decía que me aguantara, que eran unidades familiares y que no había nadie para atenderme, pero los dolores se intensificaron y empezaron a ser constantes, media hora después de que la ambulancia se puso en marcha le empecé a pedir papel higiénico a (AR1) y dijo que no llevaba, le dije que quería hacer del baño y me dijo que me aguantara que porque si pujaba podía nacer el bebé, aguanté lo más que pude pero como a los 50 minutos después ya no aguanté y me hice del baño (popó) entonces le pedí un trapo para limpiarme y me dio una bata, y me empecé a limpiar, pero cuando me di cuenta no solo tenía popó el trapo sino que también coágulos de sangre entonces me dijo que no me asustara que seguramente ya se me había roto la fuente y que por eso me estaba saliendo sangre, que era normal...entonces yo le dije: ‘preparate con un trapo limpio’ y (AR1) me contestó: ‘Para qué?’, entonces yo le dije: ‘para que recibas a mi bebé por si nace’, pero él me seguía diciendo: ‘aguántese, aguántese, respire profundo, o quiere que nazca su bebé aquí’ por lo que me seguí aguantado, empecé a sudar muchísimo, y vi la línea regresiva de mi vida, y ya no sabía si llegaría al hospital viva con mi bebé o ya sería demasiado tarde...”.

34. Con motivo de lo anterior, QV arribó a la Clínica Ensenada-ISSSTE a las 3:20 horas del 24 de septiembre de 2014, la recibió SP3 en el servicio de urgencias, y dio a luz a V1 a las 3:25 horas de ese mismo día.

35. No pasó desapercibido para esta Comisión Nacional el hecho de que durante el traslado que se llevó a cabo en ambulancia, una vez que se intensificaron los dolores de parto QV defecó y AR1 únicamente se limitó a pasarle una bata para que ella misma se limpiara, circunstancia que en la opinión del médico de este Organismo Nacional, desde el punto de vista médico legal, es constitutiva de responsabilidad profesional por parte de AR1 debido a que incurrió en omisión de cuidado de QV, ya

que debió haber realizado un aseo de la región perineal y de la cara interna de ambos muslos, para que en caso de que se diera la expulsión del producto no se contaminara con las heces fecales de QV, que en el caso que nos ocupa fue el motivo por el cual V1 se contaminó y posteriormente desarrolló un proceso infeccioso grave denominado Sepsis Neonatal Temprana⁶, que derivó en su fallecimiento registrándose como “*Asfixia por obstrucción de vías respiratorias*” como se asentó en el acta de defunción respectiva.

36. Una vez que QV ingresó a la Clínica Ensenada-ISSSTE fue introducida por SP3 de forma inmediata al servicio de tococirugía en donde la reportó con producto coronando (se encontraba en fase expulsiva con el cuero cabelludo de la cabeza asomándose por el periné), por lo que finalizó su expulsión completa de canal del parto y se reportó la obtención de un producto único vivo del sexo masculino con Apgar⁷ de 7-8, con alumbramiento completo (expulsión de la placenta), pero que debido a un desgarró vaginal que presentó la agraviada, le tuvieron que realizar reparación por medio de sutura del mismo, y posteriormente hacer entrega del recién nacido al servicio de Pediatría.

37. AR2 llevó a cabo la revisión inicial de V1, según consta en la nota de evolución elaborada a las 4:00 horas del 24 de septiembre de 2014, en la que estableció, entre otras cosas: “...*producto que nace en camilla de ambulancia, trasladada de San Quintín, llora y respira al nacer... IDX RN término. Parto fortuito. APGAR 8/9...*”

⁶ La Sepsis Neonatal Temprana es una infección sistemática que se manifiesta antes que nada en los pulmones, con neumonía y dificultad respiratoria. Suele ser muy riesgosa para el neonato con antecedentes obstétricos de rotura prematura de membranas y cervicovaginales e infección urinaria, con manifestaciones de corioamnionitis que en la gran mayoría de casos desencadena en trabajo de parto pretérmino. Las bacterias causantes de la infección se adquieren al paso del canal del parto, vía hematogena o por contigüidad. *Hospital General de México. (2013). Guía nacional para el examen de residencias médicas. México: Mc Graw Hill Education.*

⁷ Valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos. NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016.

38. En el dictamen emitido por médico adscrito a este Organismo Nacional se estableció que *“a pesar de que el servicio de pediatría tenía conocimiento de que el recién nacido había sido producto de un parto fortuito, entendiéndose por parto fortuito como aquel nacimiento por vía vaginal que sucede espontáneamente de manera imprevista y sin que existan condiciones óptimas para el binomio madre-hijo y que se da fuera de una unidad toco quirúrgica, por lo que necesariamente el recién nacido tendría que haberse manejado como potencialmente infectado y haber estado en una estrecha vigilancia en el área de cunero patológico y no junto a su madre”*.

39. El especialista también indicó que: *“el tratamiento antimicrobiano a base de Penicilina G Sódica Procaínica a dosis de 115,00 unidades internacionales que se le administró por única vez alrededor de las 04:00 horas del 24 de septiembre y que fuera substituida por una sola administración de Ampicilina a dosis de 100 mg por vía oral a las 10:20 horas del mismo día...no fueron suficientes para haber podido contrarrestar la presencia de un probable proceso infeccioso debido a la contaminación por excremento que sufrió el recién nacido al momento de su nacimiento”*.

40. De lo expuesto se desprende que AR2 no consideró las condiciones en las que se dio el nacimiento de V1 (parto fortuito), e indebidamente ordenó alojamiento conjunto con QV, a pesar de que lo establecido en la Guía de Práctica Clínica prescribe que debió tratarse como *“potencialmente infectado”* y permanecer en cuneros patológicos. Asimismo, de la hoja de indicaciones médicas se advierte que solamente prescribió el suministro de una dosis de *Penicilina G Sódica Procaínica de 115,00 unidades*, lo que, a juicio del especialista médico de este Organismo Nacional, no era suficiente para contrarrestar la probable infección a la que estuvo expuesto, después de nacer en condiciones no idóneas.

41. A las 10:20 horas del mismo día, AR3 valoró a V1 y estableció en la nota de evolución correspondiente que *“...Enterado de evolución clínica de RN masculino, obtenido de parto fortuito, potencialmente infectado con esquema de antibiótico...se solicitaron exámenes de laboratorio, pendiente de resultados. EF. Sin alteraciones.*

Plan...3. Ampicilina 100 mg c/12 hr. (1) ... 4. Recabar resultados exámenes de laboratorio...”.

42. En relación con lo anterior, el médico de este Organismo Nacional estableció en su dictamen que AR3 no realizó indicaciones médicas para atender la condición de salud de V1 a pesar de que lo reportó como producto obtenido de parto fortuito, potencialmente infectado y con esquema de antibiótico; solamente se limitó a solicitar exámenes de laboratorio y estar pendientes de los resultados. Si bien a la exploración física únicamente lo reportó sin alteraciones, no se desprende que dicha auscultación se hubiera realizado de forma completa y metódica, ya que solo indicó que se mantuviera a la madre e hijo en habitación conjunta, sustituyendo la Penicilina G procainica intramuscular cada 12 horas por la ampicilina 100 mg vía oral, además de indicar que se recabaran resultados de laboratorio y Pre-Alta.

43. Es necesario señalar que en la nota de evolución a que se hace referencia no consta el nombre completo de AR3, sólo su firma, incumpliendo con lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, situación que será analizada con posterioridad. En virtud de lo anterior fue necesario solicitar información adicional al ISSSTE para establecer la identidad de AR3, lo que también aconteció con AR4.

44. A las 14:55 horas del 24 de septiembre, se hizo constar la nota de evolución, sin nombre y con firma ilegible del médico, que con posterioridad se determinó que fue elaborada por AR4, en la que asentó que: *“se da de alta por mejoría al RN Masc cumpliendo 22 horas VEU-presentó diuresis evacuaciones y tolera la V.O. E.F. OK. I.dx: RNPEG sano... plan: alta por mejoría”.*

45. En relación con la actuación de AR4, en el dictamen emitido por el médico de esta Comisión Nacional, se señaló que: *“Además de quedar demostrado desde el punto de vista médico legal, que existió negligencia médica por parte de (AR4) del turno vespertino del día 24 de septiembre de 2014 y de quien se ignora el nombre ya que en su nota de alta que realizó de misma fecha a las 14:55 horas no es legible su nombre, médico que aun a pesar de que ya se contaba desde las 12:54 horas con*

resultados de laboratorio previamente solicitados desde las 04:00 horas, no los revisó los cuales reportaban Leucocitos de 22,000, (normal: de 4,000-10,000), Neutrófilos de 14.11 (normal: 178-5.38), además de un Recuento de Plaquetas de 81,000 (normal: 182,000-369,000), resultados que reportaban sin lugar a dudas una Leucocitosis (aumento de Leucocitos: 22,000) con Neutrofilia (aumento de Neutrófilos: 14.11), además de Trombocitopenia (disminución de las cifras de Plaquetas por debajo de 182,000)...". Lo que implicaba, según el dictamen referido: "datos de laboratorio altamente sugerentes de sepsis (infección) por la Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido, en el segundo y tercer nivel de atención..."

46. En relación con la responsabilidad de AR4, continuó expresando el médico adscrito a este Organismo Nacional, obedeció a que los resultados de laboratorio no fueron valorados ni tomados en cuenta, no obstante que existía la indicación de recabar dichos resultados, ya que sin ellos no estaba en posibilidad de detectar oportunamente que V1 presentaba Leucocitosis con Neutrofilia y una Trombocitopenia.

47. El médico de esta Comisión Nacional, igualmente estableció que en base a estos resultados, así como a los factores de riesgo para desarrollar proceso infeccioso con los que contaba V1, como lo era el de haber sido producto de un parto fortuito, necesariamente AR4 tendría que haber considerado en su conjunto los factores de riesgo y los resultados de laboratorio antes de haberlo dado de alta inadecuadamente.

48. A consideración del médico adscrito a este Organismo, "...como se establece en la misma guía antes citada, que se deben de considerar los factores de riesgo para desarrollar sepsis en el Recién Nacido, para su vigilancia y manejo oportunos como es el contacto y colonización con microorganismos durante un parto, como lo fue en este caso por tratarse de un caso fortuito con el antecedente de haber defecado la madre previamente al parto y no habersele realizado un aseo adecuado de la región perineal y de las caras internas de ambos músculos, por lo que existía la sospecha

de que el recién nacido desarrollaría un proceso infeccioso, lo cual no fue tomado en consideración por el servicio de pediatría y que trajo como consecuencia que el recién nacido desarrollara Sepsis Neonatal Temprana”.

49. V1 fue inadecuadamente dado de alta por AR4 el día 24 de septiembre del 2014 a las 14:55 horas, lo que según lo expresado en dictamen médico a que se ha hecho referencia, trajo como consecuencia que el proceso infeccioso evolucionara produciéndole al recién nacido complicaciones manifestadas por la presencia de sangrado por la vía urinaria y por la boca, datos clínicos que son compatibles con la presencia de una Coagulación Intravascular Diseminada la cual se da como complicación de la septicemia, y que es consecuencia de una disminución importante de las plaquetas, lo que estaba demostrado desde el 24 de septiembre de 2014, previo a su alta hospitalaria.

50. Toda vez que V1 no recibió el tratamiento oportuno y especializado por parte de AR2, AR3 y AR4, sufrió complicaciones del cuadro séptico que presentaba según expresó el médico de esta Comisión Nacional en su dictamen: *“...con la presencia de trastornos de la coagulación (Coagulación Intravascular diseminada) por lo cual el recién nacido inició con sangrados en la vías urinarias y por la boca, siendo esto último (sangrado por la boca) lo cual explica desde el punto de vista médico legal que (V1) presentara obstrucción en las vías respiratorias por la presencia de sangrado y su causa de muerte se estableciera como un Asfixia por obstrucción de las vías respiratorias, establecida por el médico legista que realizó la necropsia del recién nacido...”*.

51. Finalmente, concluyó que: *“...se puede establecer que la verdadera causa de fallecimiento del recién nacido fue a consecuencia de un choque séptico secundario a Sepsis Neonatal Temprana, no detectadas oportunamente”*.

52. AR2, AR3, y AR4, además, transgredieron lo establecido en el artículo 61, fracción I de la Ley General de Salud que precisa: *“La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: La atención integral de la*

mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio...”, situación que en el presente caso no sucedió, pues la inadecuada atención de V1 repercutió en su derecho a recibir servicios adecuados de atención a su salud.

53. La NOM-007-SSA2-1993 y la actualmente vigente NOM-007-SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”*, han sido señaladas en las recomendaciones 37/2011, 6/2012, 1/2013, 6/2013, 46/2013, 5/2015, 10/2015, 19/2015, 24/2015, 25/2015, 39/2015, 52/2015, 8/2016, 47/2016, 50/2016, 5/2017, 6/2017, 7/2017, 9/2017, 11/2017, 23/2017, 41/2017, 43/2017, 48/2017 y 49/2017 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hizo hincapié sobre la importancia que tiene mantener una adecuada vigilancia obstétrica, señalando la obligación del personal médico de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que, como quedó acreditado en el caso de QV y V1 no se realizaron.

54. En el texto introductorio de la NOM-007-SSA2-1993, y en el numeral 5.1.3 se reconoce que: *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”*, y *“la atención debe ser impartida con calidad y calidez a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido”*.

55. La protección a la salud de V1 se encontraba relacionada con la preservación y el adecuado desarrollo y conclusión del embarazo de QV sin riesgos, por lo que en la medida en que fuera satisfecho con efectividad el derecho de la mujer embarazada al acceso al derecho a la salud, se garantizaría la viabilidad de V1.

56. Dicha relación se encuentra latente en el contenido del artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del niño, al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección

de la salud consiste en “asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”.

57. En conclusión, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con su deber de garantizar con calidad y oportunidad los servicios de salud para QV y V1, lo que constituyó una inadecuada atención médica, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 61 fracción I, 77 bis 9, fracciones V y VIII de la Ley General de Salud; 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, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido” y NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de QV y V1 tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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*”, así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

- **Derecho a la Vida.**

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

59. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas

las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.⁸

60. En el caso “*Niños de la Calle vs. Guatemala*” la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones⁹.

61. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

62. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR2, AR3 y AR4, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación de su derecho a la vida.

63. Esta Comisión Nacional observa que la falta de atención médica adecuada por parte de AR2, AR3, y AR4, contribuyó al desarrollo de una Sepsis Temprana Neonatal que fue la causa directa del fallecimiento de V1, misma que provocó una “*Asfixia por obstrucción de vías respiratorias*”.

64. Durante la estancia de V1 en la Clínica Ensenada-ISSSTE, la intervención del citado personal fue inadecuada, incurriendo en negligencia médica al omitir llevar a cabo la integración de un diagnóstico certero y, consecuentemente, un tratamiento

⁸ CNDH. Recomendación 35/2016. Párr. 180.

⁹ “Caso ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, Sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

oportuno, ya que subestimó las condiciones de nacimiento por parto fortuito, no llevó a cabo la vigilancia estrecha de V1, se omitió turnarlo a cuneros patológicos en donde debió haberse realizado el seguimiento minucioso de su condición y en su caso de la evolución de la infección que presentaba, aunado a ello, se omitió prescribir medicamentos adecuados y suficientes para combatir el citado proceso infeccioso, lo que repercutió en el deterioro de su salud y en su posterior fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida, violando con ello lo establecido en los artículos 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, así como 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

- **Derecho a la Integridad Personal**

65. El derecho a la integridad personal es aquél que tiene toda persona para no sufrir actuaciones que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento graves con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero. Está relacionado con el derecho a la protección de la salud, puesto que deben proporcionarse servicios de salud adecuados y oportunos de salud materna para garantizar el derecho a la integridad personal del binomio madre-hijo.

66. La violación al referido derecho en agravio de QV y V1 implicó no haber garantizado una atención médica adecuada, en el caso de QV, al no proveerle de los cuidados necesarios durante el traslado a la Clínica Ensenada-ISSSTE, ya que AR1 no realizó el aseo necesario de la región perineal y de la cara interna de ambos muslos, lo que derivó en la contaminación de V1 y que este desarrollara a la postre una Sepsis Neonatal Temprana; adicionalmente, a pesar de que AR2 estableció que V1 fue producto de parto fortuito, esta situación fue subestimada tanto por AR2, como por AR3 y AR4, ya que no se ordenó alojar a V1 en un cunero patológico, se omitió proveerle de un tratamiento médico adecuado y suficiente para combatir la infección

que había adquirido, lo cual repercutió en su integridad física de manera grave, pues finalmente derivó en la pérdida de su vida, por ello dichos servidores públicos pasaron por alto lo establecido en el artículo 1º, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

- **Derecho a la libertad y autonomía reproductiva.**

67. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que indica: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

68. Por su parte, el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

69. En el *“Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”*, la CrIDH señaló que los derechos reproductivos *“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”*. Asimismo, sostuvo que: *“ (...) la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”*.¹⁰

70. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva de QV se afectó, toda vez que el Estado no le garantizó una atención médica de calidad durante su parto, por tanto,

¹⁰ “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No 257. Párr. 147 y 148.

tal circunstancia repercutió en su derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento.

71. En el presente caso, esta Comisión Nacional igualmente observó que la atención médica que se brindó a QV fue inadecuada como se analizó en el apartado correspondiente, toda vez que la actuación del personal médico y de enfermería incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos, pues de las constancias que integran el expediente se advierte que el embarazo de QV era viable y la inadecuada atención médica que recibió influyó en la gravedad del estado de salud y la pérdida de la vida de V1, lo que evidencia la vulneración al derecho a la libertad y autonomía reproductiva de QV, pues repercutió en su derecho a decidir el número de hijos, trasgrediendo con ello lo previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

- **Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.**

72. Los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señalan que: *“Los Estados Parte deben adoptar 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”, garantizando “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”.*

73. En los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), se establece el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer y de actuar con la debida

diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

74. La Organización de las Naciones Unidas 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”*.¹¹

75. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional en el documento *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*¹², publicado en 2014, declaró -respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud- que: *“El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.”*

¹¹ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 47.

¹² Declaración de la OMS: *“Prevención y erradicación de la falta y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, (2014).

76. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.

77. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.

78. Este Organismo Nacional con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, en la Recomendación General 31 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*, evidenció que algunos hospitales de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud *“no cuentan con recursos humanos y materiales necesarios para que el personal de salud efectúe su trabajo. Para esta Comisión Nacional, la falta de estos recursos técnicos y humanos en algunos hospitales constituye un obstáculo para la adecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, con lo cual el Estado incumple con la obligación de poner a disposición de toda la población los medios necesarios*

*para que pueda ejercer su derecho a la salud, lo que implica la existencia de responsabilidad institucional”.*¹³

79. Al considerar los diversos conceptos que existen en las diversas leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia citadas y lo establecido por la OMS, se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llega a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.

80. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo establecida en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud materna. Lo anterior se robustece con la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, que prevé en los artículos 35 y 46 la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género 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 a las víctimas”*, y *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

81. De las evidencias descritas se advierte que en el presente caso AR1 que atendió a QV, omitió proporcionarle la atención con la calidad y la oportunidad que requería,

¹³ CNDH. Recomendación General 31 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, del 31 de julio de 2017, párr. 216.

toda vez que durante el traslado de QV a la Clínica Ensenada-ISSSTE no realizó el aseo necesario de la región perineal y de la cara interna de ambos muslos, y limitándose a indicarle que no pujara. Las acciones y omisiones de AR1, le causaron a QV sufrimientos que configuran la violencia institucional y de género, que a su vez vulneró el derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, tienen la obligación de evitar “ (...) *dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como (...) prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia*”, entre ellas, la obstétrica y debieron aplicar “*las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres*”.

82. Respecto de los hechos que constituyeron violación obstétrica, se advierte que AR1 la cometió al haber brindado una atención inadecuada a QV, lo que además originó complicaciones que trascendieron en la pérdida de la vida de V1, por lo que las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3 y AR4 se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de QV.

83. No pasa desapercibido que, QV señaló en su queja que durante el traslado a la Clínica Ensenada-ISSSTE, al preguntarle a AR1 también si había una clínica cercana porque ya no aguantaba el dolor, le decía que se “aguantara”; que cuando le pidió papel para limpiarse después de haber defecado solamente le dio una bata y no la auxilió en el aseo, finalmente QV también expresó: “...*entonces yo le dije: ‘prepárate con un trapo limpio’ y (AR1) me contestó: ‘Para qué?’ , entonces yo le dije: ‘para que recibas a mi bebé por si nace’, pero él me seguía diciendo: ‘aguántese, aguántese, respire profundo, o quiere que nazca su bebé aquí’ por lo que me seguí aguantado, empecé a sudar muchísimo, y vi la línea regresiva de mi vida, y ya no sabía si llegaría al hospital viva con mi bebé o ya sería demasiado tarde...*”. Sobre esta alegación, AR1 en su informe, no realizó pronunciamiento alguno, por lo que en términos del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tiene por cierto este hecho.

84. Sobre el particular, este Organismo Nacional ha reiterado que la actitud de enojo y las expresiones inapropiadas a la paciente así como el trato descortés y violento consistente en gritos, regaños e insultos, también constituyen actos de violencia obstétrica.¹⁴ En el caso que nos ocupa, fue evidente el trato descortés que recibió QV por parte de AR1, al expresarle que “*se aguantara*”, cuando QV había iniciado el trabajo de parto. Al igual que lo expresado con anterioridad AR1 en su informe no realizó pronunciamiento alguno, por lo que en términos del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tiene por cierto este hecho.

85. De lo expuesto, es de concluirse que las acciones y omisiones desplegadas por AR1, AR2, AR3 y AR4 se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de QV, con lo que contravienen lo dispuesto en los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

- **Derecho a la información en materia de salud.**

86. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “*comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud*”¹⁵.

87. La Corte Interamericana precisó que un “*aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información sobre los escenarios que permitan sobrellevar en mejor forma la enfermedad*”¹⁶.

88. Este Organismo Nacional tiene presente, que el derecho a la protección a la salud supone el cumplimiento de diversos elementos como son: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad; específicamente la accesibilidad presupone el

¹⁴ CNDH. Recomendaciones 19/2015, 20/2015, 45/2015 y 6/2017.

¹⁵ Observación General 14, párr. 12, inciso b, fracción IV

¹⁶ Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1º de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párrafo 198.

acceso a la información, mismo que *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*.

89. Esta Comisión Nacional advierte que en su escrito de queja QV señaló: *“Al llegar al IMSS núm. 69...me revisó la doctora en turno...les dijo a (AR1) ... que si me esperaba en una hora y media me atendería porque tenía tres pacientes, pero qué si en ese tiempo calculaban ellos en llegar conmigo a Ensenada pues que la decisión quedaba en ellos, a mí no se me consultó, ni a mi esposo, nomás nos dijeron que nos iríamos a Ensenada”*.

90. En el referido escrito también señaló QV que: *“El día 25 de septiembre del 2014 a las 08:00 de la mañana se presentó una doctora, dijo que ya me darían de alta, y que el bebé y yo estábamos bien, pero el estado de salud del bebé a mí no me constaba, porque no me mostraron en ningún momento los estudios, solo de palabra me lo dijeron...”*

91. Sobre esta alegación, en su informe el ISSSTE no realizó pronunciamiento alguno, por lo que en términos del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tiene por cierto este hecho, los cuales deberán ser investigados, toda vez que al omitir brindar información completa y oportuna sobre el estado de salud de QV y V1, se vulneró su derecho a la información en materia de salud.

- **Derecho a la igualdad y no discriminación**

92. El derecho a la igualdad consiste en que todas las personas tienen derecho a gozar y disfrutar de la misma manera los derechos reconocidos por la Constitución, los tratados internacionales y las leyes, por lo tanto, queda prohibida toda exclusión o trato diferenciado motivado por razones del origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

93. Aunado a lo anterior, el derecho a la igualdad prohíbe toda práctica de exclusión que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos humanos consagrados en nuestro orden jurídico.

94. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 1 señala que “[...] *Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros* [...]”; a su vez el artículo 2 establece que “[...] *Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición* [...]”.

95. Asimismo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, señala en su artículo 24 que “[...] *Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección ante la ley* [...]”.

96. La CrIDH en el caso “Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile”, sentencia de fondo de 24 de febrero de 2012, párrafo 106, en relación al derecho a la igualdad ha establecido que “[...] *la noción de igualdad se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incursos en tal situación* [...]”.

97. En el presente caso, este Organismo Nacional contó con elementos para acreditar violaciones al derecho a la igualdad sustantiva, toda vez que a pesar de la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba QV, mujer mixteca, después de dar a luz por parto fortuito, fuera de su lugar de residencia y con carencia de recursos económicos, se le negó el acceso a un traslado en ambulancia bajo el argumento que dicho servicio no estaba disponible ya que no le fue practicada una cirugía, por lo que

V2 se vio en la necesidad de acudir a solicitar apoyo económico a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en donde les proveyeron de los recursos para la compra de los boletos de autobús y así regresar a su lugar de residencia en la comunidad de San Quintín, municipio de Ensenada, Baja California. Sobre el particular el ISSSTE no realizó pronunciamiento alguno en su informe, por lo que en términos del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tiene por cierto este hecho.

- **Derecho a conocer la verdad respecto a la atención médica de QV y V1. Extravío e inadecuada integración del expediente clínico.**

98. Las víctimas, sus familiares y la sociedad tienen derecho a la verdad para conocer las causas, hechos, motivos, identidad, localización, detención y procesamiento de los perpetradores de las violaciones a sus derechos humanos.

99. El derecho a la verdad está previsto en los artículos 20, 21 y 102 constitucionales; y 18, 19, 20, 21 y 22 de la Ley General de Víctimas, que particularmente en el artículo 18 señala que es una prerrogativa de *“las víctimas y la sociedad en general a conocer [la verdad de los acontecimientos], los hechos constitutivos del delito y de las violaciones a derechos humanos de que fueron objeto, la identidad de los responsables, las circunstancias que hayan propiciado su comisión, así como a tener acceso a la justicia en condiciones de igualdad”*.

100. En el presente caso mediante oficio de 18 de noviembre de 2014, SP4 informó a este Organismo Nacional, entre otras cosas, que el expediente provisional generado con las notas médicas relativas a la atención médica proporcionada a QV después del 26 de septiembre de 2014 se encuentra extraviado.

101. Esta situación de extravío también fue objeto de análisis en las Recomendaciones 27/2011, 37/2011, 89/2011 y 14/2016 emitidas por esta Comisión Nacional, y evidencia la irresponsabilidad por parte del personal encargado del cuidado de los expedientes, siendo que los expedientes médicos son elementos

indispensables y fundamentales para conocer la verdad de la atención brindada a un paciente, y al no contar con el mismo por la omisión de la autoridad en su resguardo y cuidado hace nugatorio el derecho a la verdad de QV y V2.

102. Ante dicha circunstancia, el personal de la Clínica San Quintín-SSSTE encargado del manejo y control de los expedientes clínicos no cumplió con lo dispuesto en el punto 5.4 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, que prevé que los citados expedientes *“...por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.”*

103. En el presente análisis se destaca el hecho de que la pérdida de las notas médicas que integran un expediente clínico por servidores públicos que laboran en centros de atención médica y que tienen la obligación de custodiarlas, constituye, en sí misma, una violación al derecho a la protección de la salud de los pacientes, toda vez que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también, como ya se indicó, el derecho que tienen las víctimas a conocer la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones públicas de salud.

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

105. Por lo que hace al expediente clínico tanto de QV como de V1, del análisis realizado el médico especialista de esta Comisión Nacional advirtió que hay notas médicas que incumplen con la norma pre-citada, pues en algunas no tienen hora de realización, carecen del nombre del responsable o tiene anotaciones ilegibles por parte de AR2, AR3 y AR4, infringiendo con ello los lineamientos establecidos en el numeral 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“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.”, así como el diverso 5.11 de la citada norma que indica: *“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”*. De manera nominativa mas no restrictiva, se reseñan, entre otras, las siguientes:

Evidencia	Nota Médica	Omisión	Punto Incumplido de la Norma¹⁷
12.4.1	Nota de referencia y contra referencia de fecha 24 de septiembre de 2014.	No especifica la unidad médica receptora.	5.2.1
12.4.4	Nota de pediatría realizada a las 10:20 horas del 24 de septiembre de 2014.	Sin nombre del médico que la realiza.	5.11
12.4.4	Nota de alta elaborada a las 14:55 horas del 24 de septiembre de 2014.	Uso de abreviaturas Sin nombre del médico que la realiza.	5.11
12.4.3	Nota de alta elaborada a las 14:55 horas del 24	Sin nombre del médico que la realiza.	5.11

¹⁷ NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”.

	de septiembre de 2014.		
--	---------------------------	--	--

106. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las irregularidades descritas en el párrafo anterior vulneran el derecho de las víctimas y sus familiares de conocer la verdad, respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, siendo esto un obstáculo para conocer el expediente clínico de forma detallada de los pacientes con el fin de deslindar las responsabilidades correspondientes.

107. También se ha enfatizado en la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 1/2011, 14/2012, 13/2013, 20/2014, 39/2015, 8/2016 y 40/2016 en los siguientes términos:

“La apropiada integración del expediente clínico (...) [en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”, es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.”

108. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*¹⁸.

109. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”* del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: *“...la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”*; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

110. En consecuencia, es de concluir que hubo un manejo inadecuado del expediente clínico de QV, atribuible al personal de la Clínica San Quintín-ISSSTE, dado que extraviaron las notas médicas relativas a la atención que se le brindó a QV con posterioridad al parto, omitiendo con ello cumplir con las obligaciones contenidas en la citada Norma Oficial Mexicana y en los artículos 77 Bis 9, fracción V, de la Ley General de Salud; 32 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 3, fracción XXII, 55 y 59 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, que en su parte conducente establecen que la calidad de los servicios prestados debe considerar al menos la integración de los expedientes clínicos, en los que se deberá dejar constancia sobre todos los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes, además de que los mismos sólo serán manejados por el personal médico autorizado y resguardados de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012.

¹⁸ CNDH. Recomendación General 29 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, del 31 de enero de 2017, párr. 35.

- **Principio del Interés Superior de la Niñez**

111. Al tratarse V1 de un niño de dos días de nacido perteneciente a un grupo en situación de vulnerabilidad por su corta edad, en este caso son aplicables los artículos: 14 de la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, vigente en la época de los hechos; 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, que en términos generales establecen los derechos de los niños a la máxima medida posible de supervivencia y desarrollo, al más alto nivel de salud y a las medidas de protección que en su condición de menores de edad debe garantizar el Estado.

112. De conformidad con lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “...*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...*”.

113. De igual forma, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 3º, establece que en todas las medidas que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos concernientes a los niños, se atenderá su interés superior.

114. En concordancia con lo anterior, el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos refiere que las autoridades del Estado tienen el deber no sólo de respetar los derechos humanos de las personas, sino de tomar las medidas de cualquier naturaleza que resulten necesarias para salvaguardar sus derechos atendiendo a sus necesidades particulares o a su tipo de vulnerabilidad.

115. La CrIDH en el “*Caso Furlán y Familiares vs. Argentina*”¹⁹ ha establecido que el interés superior del niño como “*principio regulador de la normativa de los derechos*

¹⁹ Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 126.

del niño 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". Asimismo, que el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo el requerimiento de medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente.

116. La "*Observación General número 14*", sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial del Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, en el Artículo 3, párrafo 1²⁰ señala que "*la plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holística del niño y promover su dignidad humana...*"

117. En jurisprudencia firme, la Suprema Corte de Justicia de la Nación²¹ 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.

118. Del análisis de las evidencias reseñadas y analizadas se advierte que no obstante que V1 en su calidad de niño requería de una mayor protección, no sólo por su situación de vulnerabilidad, sino también por el interés específico de la sociedad en velar porque los niños, niñas y adolescentes alcancen su pleno desarrollo, AR2, AR3, AR4 no atendieron la condición de V1, pues no le proporcionaron una atención con calidad para proteger y restaurar su salud y evitar la pérdida de su vida al ser

²⁰ Introducción, inciso A, numeral 5.

²¹ "*INTERÉS SUPERIOR DE LOS MENORES DE EDAD. NECESIDAD DE UN ESCRUTINIO ESTRICTO CUANDO SE AFECTEN SUS INTERESES.*" Pleno, septiembre de 2016. Semanario Judicial de la Federación, registro 2012592.

omisos en brindarle atención integral, considerar los antecedentes médicos previos y no vigilar adecuadamente su estado, entre otras que fueron reseñadas en los párrafos que anteceden.

119. Por lo expuesto, AR2, AR3, AR4 transgredieron los artículos 4º, párrafo noveno, constitucional; 1, 3 inciso A y 4, de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, vigente al momento de los hechos; 3 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos; 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados menores de edad, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez.

- **Derecho de Acceso a la Justicia en su modalidad de Procuración.**

120. El acceso a la justicia es un derecho fundamental que reconoce el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y constituye la prerrogativa a favor de los gobernados de acudir y promover ante las instituciones del estado competentes, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sobre sus pretensiones o derechos que estime le fueron violentados, en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa, imparcial y gratuita.²²

121. Este derecho también se encuentra reconocido en el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual precisa, en términos generales, que toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la determinación de sus derechos y obligaciones. Asimismo, el artículo 25.1. del mismo ordenamiento, señala que: *“Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra*

²² Recomendación 48/2016, párrafo 164.

*actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales”.*²³

122. En materia penal, debe superarse la práctica de que el acceso a la justicia sólo se le garantice al inculpado, pues también constituye una obligación con respecto a las víctimas de un delito o sus familiares. La CrIDH ha sostenido, si bien en un caso con un contexto diferente al del presente, que: *“...las víctimas de violaciones de derechos humanos, o sus familiares, deben contar con amplias posibilidades de ser oídos y actuar en los respectivos procesos, tanto en la procuración del esclarecimiento de los hechos y del castigo de los responsables, como en la búsqueda de una debida reparación. En este sentido, la Corte ha señalado que en un caso de ejecución extrajudicial los derechos afectados corresponden a los familiares de la víctima fallecida, quienes son la parte interesada en la búsqueda de justicia...”*²⁴ En esta tesitura, como bien lo sostiene la Corte, es el Estado quien tiene la obligación de proveerle a la víctima *“...los recursos efectivos para garantizarles el acceso a la justicia, la investigación y, en su caso, la eventual sanción de los responsables y la reparación integral de las consecuencias de las violaciones...”*²⁵

123. En el caso que nos ocupa, la PGR, institución responsable de la procuración de justicia en el presente caso, debió realizar acciones tendentes a investigar los hechos cometidos en contra de QV y V1, realizando una investigación diligente de los actos denunciados por V1 el 7 de octubre de 2014, determinando, en su caso, la correspondiente responsabilidad penal y procurando los derechos de las víctimas, lo que en el presente asunto no sucedió, tal como se evidencia en los párrafos subsecuentes.

▪ **Inadecuada Procuración de Justicia**

²³ Ídem, párrafo 165.

²⁴ Caso “*Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana*”. Sentencia de 24 de octubre de 2012, párr. 199.

²⁵ Ídem.

124. La CrIDH se ha pronunciado insistentemente respecto de la importancia de que las autoridades encargadas de la procuración de justicia lleven a cabo una adecuada investigación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, como en los siguientes casos: caso Heliodoro Portugal vs. Panamá,²⁶ caso Anzualdo Castro vs. Perú,²⁷ caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia,²⁸ en los que el tribunal internacional explica la necesidad de que las autoridades actúen con diligencia con el objeto de tutelar eficazmente los derechos humanos de víctimas y ofendidos.

125. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 14 Sobre los Derechos de las Víctimas de Delitos, estableció que el *“trabajo de investigación del delito en la averiguación previa, constituye una etapa medular en la fase de procuración de justicia, porque de ésta dependen el ejercicio de la acción penal respecto del probable responsable, o bien, para ubicarlo y lograr la solicitud de la reparación del daño.”*

126. Sobre el particular, la CrIDH ha sostenido que la obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad, *“...una vez que las autoridades estatales tengan conocimiento del hecho, deben iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la persecución, captura, enjuiciamiento y eventual castigo de todos los autores de los hechos...”*²⁹

127. El artículo 21, párrafo primero y segundo, de la Constitución Federal prevé la obligación del Ministerio Público de tomar las medidas jurídicas necesarias para la integración de la averiguación previa tan pronto como tenga conocimiento de la posible existencia de un delito, así como dar seguimiento a las denuncias que se

²⁶ Sentencia de 12 de agosto de 2008, párr. 144.

²⁷ Sentencia de 22 de septiembre de 2009, párr. 123

²⁸ Sentencia de 27 de noviembre de 2008, párr.100.

²⁹ Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 289 y 290.

presenten y allegarse de todos los elementos necesarios, de manera oportuna, para lograr el esclarecimiento de los hechos.

128. En el numeral 2, fracción II, del Código Federal de Procedimientos Penales, vigente en la época de los hechos, así como 4, fracción I, apartado A, inciso b, de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, se establecen que *“compete al Ministerio Público Federal llevar a cabo la averiguación previa y ejercer, en su caso, la acción penal ante los tribunales,”* practicar y ordenar la realización de todos los actos conducentes a la acreditación del cuerpo del delito y la probable responsabilidad del inculpado, así como reparar el daño.

129. Esta Comisión Nacional acreditó que en el caso en análisis existe violación al derecho humano al acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia por parte de servidores públicos de la PGR, que omitieron realizar las acciones necesarias para la adecuada integración de la AP2, tal y como se precisa a continuación.

130. QV presentó denuncia el 7 de octubre de 2014 ante la Agencia Receptora del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California en San Quintín, municipio de Ensenada, Baja California, contra quien resultara responsable por los hechos cometidos en su contra y de V1, a la que se le asignó el número de indagatoria AP1, misma que por razones de competencia fue remitida a la PGR, en donde el 3 de noviembre de 2014 se radicó la AP2, en la Mesa Única de Averiguaciones Previas de la PGR en San Quintín, Baja California, que actualmente se encuentra radicada en la Agencia Dos del Ministerio Público Federal del Sistema Procesal Penal Inquisitivo Mixto de la PGR en Ensenada, Baja California.

131. El 17 de octubre de 2017, personal de este Organismo Nacional se constituyó en las oficinas de la citada agencia Dos del Ministerio Público Federal en Ensenada, Baja California, a fin de consultar la AP2, ocasión en la que el titular de dicha Agencia proporcionó copia certificada de la misma.

132. De las constancias que integran la AP2 se advirtió que el 12 de junio de 2015, AR5 solicitó al Coordinador de Servicios Periciales de la PGR, la designación de un perito en materia de Medicina Forense a efecto de determinar si *“existe responsabilidad por negligencia, impericia falta de atención médica, ausencia de indicaciones médicas u omisión de responsabilidad como profesional por parte de (SP1) ...”*. No obstante, de la lectura de la denuncia interpuesta por QV ante la Agencia Investigadora del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, se advierte que QV solicitó se investigaran los hechos narrados en su escrito, que incluyen la atención médica recibida desde su llegada a la Clínica San Quintín-ISSSTE hasta el fallecimiento de V1. A pesar de ello, AR5 se limitó a pedir la opinión del especialista solamente por lo que hace a la actuación de SP1.

133. El 20 de agosto de 2015, el Coordinador Estatal de Servicios Periciales en Baja California de la PGR, designó a AR6 para emitir opinión de su área de especialidad, mismo que el 13 de octubre de la misma anualidad solicitó a AR5 la realización de diversas diligencias con la finalidad de estar en posibilidad de rendir el dictamen solicitado. En respuesta a lo anterior, el 17 de diciembre de 2015 AR5 remitió copia certificada de la AP2.

134. Al 8 de diciembre de 2017, fecha en la que personal de este Organismo Nacional recibió copia certificada de las últimas actuaciones practicadas en la AP2, AR6 no había emitido el dictamen correspondiente a pesar de haber transcurrido un año y once meses, desde que AR5 le proporcionó los elementos que solicitó para tal efecto.

135. Por otra parte, consta en la AP2 que desde el 22 de julio de 2015 AR5 solicitó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que emitiera dictamen médico institucional respecto de las constancias de la atención médica proporcionada a QV y V1, sin que conste en la AP2 dicho dictamen, o en su caso, las constancias de que AR5 hubiera girado los oficios recordatorios necesarios para solicitar la emisión del mismo, el que resulta indispensable para la determinación de la responsabilidad penal que se investiga.

136. El 18 de diciembre de 2015, AR5 dictó acuerdo solicitando la consulta de Reserva de la AP2, aduciendo, entre otras cosas, en el apartado denominado “*CONSIDERANDO*”, que: “*Del estudio y análisis de las actuaciones que integran la averiguación previa, se advierte que se están practicando todas y cada una de las diligencias necesarias para la debida integración y perfeccionamiento legal de la misma, no resultando suficientes ni bastantes los elementos de prueba hasta el momento recabados, para poder ejercer acción penal ante los Tribunales de la Federación...*”. El 28 de diciembre de 2015, se dictaminó como procedente la reserva solicitada.

137. De lo señalado anteriormente, se puede advertir que AR5 pasó por alto el contenido de la denuncia de QV y la necesidad de insistir en la obtención de los dictámenes médicos correspondientes, omisiones que contribuyeron a una irregular integración de la averiguación previa al no desahogar elementos de prueba básicos para su debida integración y correspondiente comprobación de los hechos.

138. Igualmente, se advierte que AR5, encargado en su momento del trámite de la AP2, no realizó las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, toda vez que una vez que se autorizó la consulta de Reserva, y después de transcurrido el término de 80 días hábiles señalado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, ante la falta de rendición del dictamen por parte de perito médico oficial que se señaló para tal efecto, debió actuar nuevamente y girar los recordatorios correspondientes, con la finalidad de allegarse de los elementos de prueba necesarios para determinar la AP2 y en su caso consignar el expediente a la autoridad jurisdiccional, o determinar el no ejercicio de la acción penal.

139. Dichas deficiencias en la integración de la AP2 obstaculizaron la función de investigación, vulnerando con ello el derecho a una debida procuración de justicia, ya que era indispensable que AR5 que tuvo a su cargo la integración de la referida indagatoria, radicada en la Delegación de la PGR en Ensenada, Baja California, ejerciera las acciones para obtener la información necesaria para dilucidar lo ocurrido

con la atención médica proporcionada a QV y V1, en el caso concreto, una opinión médica especializada tanto de perito médico oficial adscrito a PGR como de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

140. Por todo lo señalado, se concluye que en el caso existió omisión por parte de AR5, encargado en su momento de la integración de la AP2, toda vez que no efectuó las diligencias de investigación tendentes al esclarecimiento de los hechos denunciados por QV.

141. Por lo anterior, AR5 incumplió con lo dispuesto en el artículo 21, párrafo primero y segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevé la obligación del Ministerio Público de tomar las medidas jurídicas necesarias para la integración adecuada de la averiguación previa tan pronto como tuvieran conocimiento de la posible existencia de un delito y allegarse de todos los elementos necesarios, de manera oportuna, para lograr el esclarecimiento de los hechos, por lo que de conformidad con los artículos 62, fracción VI, de la Ley Orgánica de la PGR, el citado servidor público incurrió en responsabilidad al omitir practicar las diligencias necesarias en la AP2 hasta contar con los elementos suficientes para su determinación conforme a derecho.

142. La Recomendación General número 16/2009, “Sobre el Plazo para resolver una Averiguación Previa”, emitida por este Organismo Nacional el 21 de mayo de 2009, detalló que desde el punto de vista jurídico los agentes del Ministerio Público, a fin de garantizar una adecuada procuración de justicia, deben cumplir en el desarrollo de su labor con las diligencias mínimas para: a) evitar la dilación en el trámite de la averiguación previa, de tal manera que no existan omisiones en la práctica de diligencias por periodos prolongados, b) garantizar el desahogo de las diligencias de investigaciones necesarias para acreditar el delito y la probable responsabilidad del sujeto, c) preservar los indicios del delito, a fin de asegurar que las líneas de investigación puedan agotarse, d) propiciar el desahogo de los análisis y dictámenes periciales, e) dictar las medidas de auxilio y protección a las víctimas del delito y a los testigos, f) garantizar el acceso a la justicia a las víctimas del delito mediante la

eliminación de la práctica de elaborar actas circunstanciadas en lugar de averiguaciones previas, g) evitar enviar al archivo o a la reserva las averiguaciones previas si no se han agotado las líneas de investigación y h) propiciar una mayor elaboración de investigación por parte de los elementos de la policía que tengan a su cargo esa función.

143. En el Segundo Informe Especial de la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre el Ejercicio Efectivo del Derecho Fundamental a la Seguridad en Nuestro País, emitido en el año 2008, se establece que la investigación de los delitos y persecución de los probables responsables no puede diferirse en el tiempo de manera ilimitada, debido a que la imposibilidad material para obtener los elementos de prueba para acreditar la probable responsabilidad del indiciado se diluye conforme transcurre el tiempo, y es por ello que el límite de actuación de los servidores públicos se encuentra en la posibilidad real de allegarse nuevos elementos de juicio, de lo contrario, mantener una investigación abierta sin que se realicen las diligencias pertinentes, puede arrojar información poco confiable sobre la eficacia con la que se desempeñan las instancias de procuración de justicia, sobre todo cuando el paso del tiempo es el principal enemigo de las investigaciones. Existe, por tanto, la necesidad de tener un control estricto de las actuaciones que realizan los distintos servidores públicos en torno a la averiguación previa, ya que omitir una diligencia o bien practicarla de forma inapropiada puede traer graves consecuencias en el desarrollo del procedimiento.

144. La omisión en la práctica de diligencias se traduce en una falta de eficacia por parte de las instituciones encargadas de procurar justicia para la identificación de los probables responsables y la pronta investigación de los hechos para que los mismos no queden impunes, por lo que no se realizó una efectiva labor de investigación.

145. En suma, este organismo observó que AR5 y AR6 dejaron de observar lo previsto en los artículos 62, fracciones I y VI, y 63, fracción I, de la Ley Orgánica de la PGR, al haber incumplido con sus obligaciones en el desempeño de su cargo e incurrir en responsabilidades de acuerdo con la citados ordenamientos, trasgrediendo en consecuencia el derecho humano de las víctimas en este caso de QV y V2, del

adecuado acceso a la justicia, previsto en el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el diverso 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

- **Responsabilidad**

146. Conforme a lo expuesto, AR1, adscrito a la Clínica San Quintín-ISSSTE, brindó una atención inadecuada a QV, en razón de que durante el traslado a la Clínica Ensenada-ISSSTE omitió realizar el aseo de la región perineal y de la cara interna de ambos muslos de QV, para evitar la contaminación de V1, que como ya se demostró, a consecuencia de ello desarrolló una Sepsis Neonatal Temprana que derivó en su fallecimiento.

147. La responsabilidad de AR2 proviene de la omisión de considerar las condiciones en las que se dio el nacimiento de V1, y en consecuencia, no se le proporcionó atención médica acorde a su estado de potencialmente infectado, además de que el medicamento que le prescribió no fue suficiente para contrarrestar la probable infección a la que estuvo expuesto después de nacer en condiciones no idóneas.

148. AR2, AR3 y AR4 no proporcionaron tratamiento oportuno y especializado a V1 por lo que sufrió complicaciones del cuadro séptico que presentaba, lo que determinó el desarrollo de una Sepsis Temprana Neonatal que fue la causa directa del fallecimiento de V1, ya que le provocó una Asfixia por obstrucción de vías respiratorias.

149. Por su parte, AR4 incurrió en negligencia por omisión ya que no efectuó el diagnóstico adecuado, considerando los antecedentes médicos de V1 y lo dio de alta inadecuadamente, dicha negligencia contribuyó directamente en el deterioro del estado de salud de V1 y en su posterior fallecimiento.

150. AR5 incurrió en responsabilidad, toda vez que no llevó a cabo las diligencias necesarias para la correcta integración de la AP2 y con ello vulneró el derecho a la adecuada procuración de justicia en agravio de QV al integrar de manera irregular la AP2, con lo que incumplió lo establecido en los artículos 62, fracciones I, IV y VI y 63 fracción I de la Ley Orgánica de la PGR; y 1, 2, 3 y 5 del Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley de las Naciones Unidas, que obligan a su cumplimiento.

151. La responsabilidad de AR6 proviene de que en más de 1 año 11 meses no ha emitido el dictamen médico que le fue solicitado por AR5 para la debida integración de la AP2, con lo que incumplió lo establecido en los artículos 62, fracciones I y VI y 63 fracción I de la Ley Orgánica de la PGR.

152. Asimismo, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, en los que se prevé la obligación que tienen los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

153. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE y la Visitaduría General de la PGR, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación, así como la denuncia en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y quien resulte responsable ante la PGR.

- **Reparación integral del daño a la víctima. Formas de dar cumplimiento a la Recomendación.**

154. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para obtener la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales.

155. Asimismo, de conformidad con el artículo 1º, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

156. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción IV y V, 74, 88, fracciones II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del

Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas³⁰, al acreditarse violaciones a los derechos humanos que han quedado precisados en la presente Recomendación, que derivaron en la pérdida de la vida de V1, se deberá inscribir a QV y V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

158. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“...toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“...las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”*³¹

³⁰ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

³¹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

159. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que:“(…) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).*”³² En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de QV y V1, que derivó en la pérdida de la vida de este último, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Daño al proyecto de vida.

160. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos mencionados causaron un daño al proyecto de vida de QV, puesto que la pérdida de la vida de V1, originó un menoscabo de su desarrollo personal, puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accedería a las mismas con su familia. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “*el proyecto de vida*” como “(…) *la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar*

³² Sentencia del 29 de julio de 1988, “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” (Fondo), párrafo 175.

*su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial (...)*³³

II. Medidas de Rehabilitación.

161. Para reparar el daño que se establece en el punto primero recomendatorio dirigido al ISSSTE deberá considerarse el daño psicológico que sufrieron QV y V2 por el fallecimiento de V1, por lo que se les tiene que localizar y tener un acercamiento con ambos para determinar la atención psicológica y tanatológica que sea indispensable, la que deberá ser proporcionada por profesionales especializados hasta la total rehabilitación de los familiares. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible para ellos.

III. Medidas de satisfacción.

162. Por lo que hace al punto primero recomendatorio dirigido a PGR, se tendrá por cumplido cuando se remitan las constancias que acrediten la determinación de la AP2 que confirme a derecho proceda, una vez realizadas las diligencias procedentes.

163. Con respecto a los puntos segundo y tercero recomendatorios dirigidos al ISSSTE, así como segundo formulado a PGR, relacionados con la colaboración en la presentación de la queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE y la integración y seguimiento de la denuncia ante la Procuraduría General de la República, deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de esas instancias de forma oportuna y completa.

³³ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrafos 147 y 148.

IV. Garantías de no repetición

164. Consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

165. Para efecto de tener por cumplido el punto cuarto y quinto recomendatorio dirigido al ISSSTE y tercero recomendatorio formulado a la PGR, las autoridades responsables deberán implementar un curso integral en materia de derechos humanos; por lo que respecta al ISSSTE dirigido a personal de la Clínica San Quintín-ISSSTE y la Clínica Ensenada-ISSSTE, mismos que deberán ser impartidos con perspectiva de género, y deberán versar sobre derechos reproductivos, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, durante la atención médica; lo anterior para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento. Por cuanto hace a PGR, deberá impartirse a personal ministerial y pericial de la Delegación Estatal en Baja California. Este punto se tendrá por cumplido una vez que se envíe a esta Comisión Nacional la documentación que acredite que se impartieron los citados cursos y que se emitió la circular correspondiente al punto cuarto recomendatorio dirigido al ISSSTE.

166. Para efecto de tener por cumplido el punto sexto recomendatorio dirigido al ISSSTE, deberán tomarse las medidas necesarias para verificar que Clínica San Quintín-ISSSTE y la Clínica Ensenada-ISSSTE, cuenten con los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud con calidad; de no contar con ello, realizar las acciones pertinentes para su debido equipamiento. Este punto se tendrá por cumplido una vez que se envíe a esta Comisión Nacional la documentación que acredite que se tomaron las medidas de verificación a que se hace referencia y en su caso los documentos en los que consten las acciones para dotar de equipamiento a las mencionadas clínicas.

V. Compensación.

167. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que el ISSSTE en cumplimiento a los puntos primero y séptimo recomendatorio otorgue una indemnización a QV y V2, y sean inscritos en el Registro Nacional de Víctimas, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; por las violaciones a sus derechos humanos evidenciadas, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la CEAV, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal de esa dependencia en los términos descritos en esta Recomendación, mismo que se dará por cumplido cuando se remitan a este Organismo Nacional las pruebas con las que se acredite su cumplimiento.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos les formula, respetuosamente, las siguientes:

VI. RECOMENDACIONES.

A usted señor Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar de forma integral el daño ocasionado a QV y V2, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal de la Clínica San Quintín-ISSSTE y de la Clínica Ensenada-ISSSTE, involucrado en los hechos que derivaron en la pérdida de la vida de V1, conforme a la Ley General de Víctimas; que incluya una compensación, se le proporcione atención médica, psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, contra AR1, AR2, AR3, AR4, relacionados con los hechos de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República en contra del personal médico y de enfermería, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de QV y V1, que derivaron en la pérdida de la vida de V1, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. En el término de tres meses, se diseñe e imparta a todo el personal de la Clínica San Quintín-ISSSTE y de la Clínica Ensenada-ISSSTE un curso de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de la violencia obstétrica, así como en la debida observancia de la NOM-004-SSA3-2012 y NOM-007-SSA2-2016. Éste deberá ser impartido por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de un mes, se emita una circular a través de la cual se instruya a los servidores públicos de Clínica San Quintín-ISSSTE que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar el resguardo de los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, los cuales deben estar debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, en la norma oficial mexicana citada, en particular las actividades que se deben de realizar en el caso de que no se localice un expediente clínico, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de establecer un programa para que se supervise, verifique y realice un informe sobre las condiciones en que se brinda la atención médica en la Clínica San Quintín-ISSSTE y la Clínica Ensenada-ISSSTE, a efecto de comprobar que cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para su operación; de no ser así, se tomen las medidas para dotarlo de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud a los usuarios, enviando a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Inscribir a QV y V2 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, se deberá anexar al expediente de los servidores públicos señalados como responsables de violaciones a derechos humanos, copia de la determinación que emita el respectivo Órgano Interno de Control, así como de la presente recomendación.

NOVENA. Se designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted C. Subprocurador Jurídico y de Asuntos Internacionales, en suplencia del Procurador General de la República:

PRIMERA. Se giren las instrucciones que correspondan a e efecto que se continúe con la práctica de diligencias que sean legal y materialmente necesarias para que en

su momento se determine la AP2 conforme a derecho, hecho lo cual se remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se dé trámite a la queja administrativa que se promueva ante la Visitaduría General de la PGR, respecto de los servidores públicos involucrados en el caso, por los hechos detallados en la presente Recomendación y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

TERCERA. En el término de tres meses se giren instrucciones, a quien corresponda, a efecto de que el personal ministerial y pericial de la Delegación Estatal en Baja California de la Procuraduría General de la República, reciba un curso de capacitación sobre derechos humanos y sea efectivo para combatir hechos como los que dieron origen a la presente Recomendación, mismo que se dará por cumplido cuando se envíen las constancias de que los cursos fueron efectivamente proporcionados con posterioridad a la Recomendación.

CUARTA. Se designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

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

169. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación

de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

171. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ