RECOMENDACIÓN No. 39 / 2015

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1.

México, D. F., a 12 de noviembre del 2015

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, primer párrafo, 6°, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente número CNDH/5/2013/5972/Q y su acumulado CNDH/5/2013/6096/Q, relacionado con el caso de 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. 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, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 5 de agosto de 2013 se recibió en esta Comisión Nacional el escrito de queja de Q1, en el que señaló que el 27 de julio de ese año llevó a su esposa V1, de 38 años, que cursaba 35 semanas de gestación al Área de Urgencias del Hospital General de Zona N° 3, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en San Juan del Río, Querétaro, debido a que presentaba un ligero sangrado, por lo que se quedó internada.

4. Agregó que le indicaron que el 28 o 29 de julio de 2013 le harían un ultrasonido a V1, siendo que en la mañana del día 28 de ese mes acudió al citado hospital a visitarla, ocasión en la que V1 le manifestó que se encontraba bien y sin sangrado.

5. Q1 refirió que aproximadamente a las 16:00 horas del 28 de julio de 2013 regresó al hospital para ver a V1, momento en el que le informaron que había fallecido, señaló que debido a que el estado de salud de su hija V2 era delicado, el 1° de agosto de 2013 fue trasladada a un hospital de tercer nivel en el Distrito Federal, por lo que también estaba preocupado porque sus hijos V3 y V4 se habían quedado solos en San Juan del Río, Querétaro.

6. El 19 de agosto de 2013 se recibió en esta Comisión Nacional, por razón de competencia, la queja que formuló Q2, por los mismos hechos ante la entonces Comisión Estatal de Derechos Humanos de Querétaro, en la que señaló que aproximadamente a las 19:30 horas del 27 de julio de 2013, su hermana V1 ingresó al referido hospital y que Q1 le manifestó que se encontraba bien de salud; sin embargo, al día siguiente recibió una llamada telefónica de quien dijo ser el médico que operó a V1, para informarle que tenía que acudir al hospital a apoyar a Q1 ya que V1 había fallecido.

7. Con motivo de los citados hechos se iniciaron los expedientes CNDH/5/2013/5972/Q y CNDH/5/2013/6096/Q, acumulándose este último, el 20 de febrero de 2015, al primero de los mencionados por tratarse de los mismos hechos

y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja presentado por Q1, el 5 de agosto de 2013, ante este Organismo Nacional.

9. Queja presentada por Q2, el 2 de agosto de 2013, ante la entonces Comisión Estatal de Derechos Humanos de Querétaro.

10. Correo electrónico del 8 de agosto de 2013, a través del cual personal del Área de Gestión del IMSS, informó a servidores públicos de este Organismo Nacional sobre el estado de salud de V2.

11. Oficios 09 52 17 61 4621/2445 y 09 52 17 61 4621/2520, de 25 de noviembre y 2 de diciembre de 2013, suscritos por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante los cuales remitió copia de la siguiente documentación:

11.1. Oficio sin número, de 20 de noviembre de 2013, suscrito por SP2, a través del cual rindió un informe sobre los hechos materia de la queja.

11.2. Informes rendidos por AR1, AR2, SP1 y SP4, respecto de la atención médica que se le brindó a V1.

11.3. Expediente clínico de V1, del cual destacan las siguientes constancias:

11.3.1. Hoja de Vigilancia y Atención del Parto de 27 de julio de 2013, suscrita por SP4.

11.3.2. Nota médica de 28 de julio de 2013, elaborada por AR1 a las 10:30 horas sobre el estado de salud de V1.

11.3.3. Nota de Evolución Matutina de 28 de julio de 2013, emitida por AR2, en la que señala el estado de salud en el que se encontraba V1 y que estaba pendiente el ultrasonido.

11.3.4. Nota Preoperatoria de 28 de julio de 2013, elaborada por AR1, en la cual menciona que se decidió la interrupción del embarazo de V1.

11.3.5. Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 28 de julio de 2013, elaborada por AR1, en la que menciona el diagnóstico preoperatorio, la operación proyectada y la descripción de la técnica.

11.3.6. Nota Postquirúrgica de 28 de julio de 2013, emitida por AR1, mediante la cual describe los diagnósticos preoperatorio y postoperatorio, la cirugía realizada a V1, los hallazgos e incidentes.

11.3.7. Nota del Servicio de Anestesiología de 28 de julio de 2013, elaborada por SP1, en la que menciona el desarrollo de la cirugía que se le practicó a V1.

11.3.8. Certificado de Defunción de V1, con número de folio 130627193, de 28 de julio de 2013 emitido por AR1, en el que se señaló como causa de la muerte *"choke hipovolémico, hemorragia uterina, atonía uterina y placenta previa total*."

12. Actas Circunstancias de 14 de marzo y 9 de abril de 2014, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar que informó a Q1 sobre el avance en la integración de su queja.

13. Dictamen médico de 23 de mayo de 2014, emitido por el perito médico de esta Comisión Nacional en vinculación con la atención médica brindada a V1 en el Hospital General de Zona Número 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro.

14. Actas Circunstanciadas de 27 de junio y 24 de julio de 2014, elaboradas por personal de este Organismo Nacional, en las que se hicieron constar las conversaciones sostenidas con Q2, sobre el estado de salud de V2, ocasiones en las que señaló que se encontraba bien.

15. Oficio 09 52 17 61 4BB1/0447 de 17 de marzo de 2015, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual informó que respecto del caso de V1 la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, resolvió procedente la queja médica que dio origen al expediente QM1.

16. Oficio 09 52 17 61 4BB1/0618 de 9 de abril de 2015, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó copia del diverso 23.90.01.05.1100/Q/0196 mediante el cual el Coordinador Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación de Querétaro de ese Instituto, en cumplimiento a la determinación emitida por el Consejo Técnico en el expediente QM1 le dio vista al Área de Quejas del Órgano Interno de Control de la citada Delegación.

17. Oficio 09 52 17 61 4BB1/1192, de 25 de junio de 2015, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que anexó copia del diverso 230101200200D/014/15, a través del cual el Director del Hospital General de Zona N° 3 en Querétaro, le informó al Coordinador Delegacional de Atención al Derechohabiente en ese estado, "*las medidas correctivas para evitar casos como el presente*" consistentes, entre otros, en el seguimiento directivo y operativo de pacientes con riesgo obstétrico, capacitación al personal médico y supervisión de insumos para hemorragia obstétrica.

18. Actas Circunstanciadas de 20 de octubre de 2015, en las que constan las diligencias realizadas por personal esta Comisión Nacional con servidores públicos del Órgano Interno de Control y Jefatura del Área de División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, respectivamente, a efecto de conocer si se inició procedimiento administrativo en relación con los hechos materia de la queja y si ya se pagó la indemnización respectiva a los familiares de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El 27 de julio de 2013, V1 mujer de 38 años de edad, que cursaba 33.3 semanas de gestación, acudió al Hospital General de Zona N° 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, toda vez que presentaba sangrado transvaginal, por lo que AR1 decidió interrumpir el embarazo vía abdominal y mediante cesárea nació V2.

20. Durante ese procedimiento V1 tuvo un paro cardiorrespiratorio que fue revertido y después de concluido, a las 16:00 horas, nuevamente cayó en paro cardiorrespiratorio sin obtener respuesta a maniobras de reanimación.

21. El 21 de octubre de 2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS resolvió como procedente la QM1, relativa a la atención médica brindada a V1; a la fecha de emisión de esta Recomendación Q1 no ha solicitado el pago de la indemnización respectiva.

22. El 28 de enero de 2015 el Coordinador Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS remitió copia de la QM1 al Titular del Área Quejas del Órgano Interno de Control en la Delegación Estatal de ese Instituto en Querétaro, por lo que se inició el expediente PA1, el cual se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES

23. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2013/5972/Q y su acumulado, en términos de lo dispuesto en

el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud materna, a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de Zona número 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, ello en atención a las siguientes consideraciones.

Derecho a la Protección de la Salud

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

25. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre *"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", en la que* señaló que la salud es un derecho fundamental reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que tal derecho impone a los Estados Partes la obligación de respetar, que exige a los Estados abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud, se impida que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el citado precepto legal y se adopten las medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.[1]

26. La CrIDH en el "*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*"[2] estableció que "*los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que toda*

[1] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Nº 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Aprobada el 11 de mayo de 2000.
[2] *Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador. Fondo,* Reparaciones y Costas Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43

persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico."

27. La Suprema Corte de Justicia de la Nación,[3] en jurisprudencia firme ha establecido que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.

28. Del análisis de las constancias del expediente se advierte que el 27 de julio de 2013, V1 mujer de 38 años que cursaba 33.3 semanas de gestación, acudió al Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, toda vez que según lo manifestado por Q1 presentaba sangrado transvaginal, por lo que ese día a las 20:50 horas V1 fue ingresada, siendo valorada por SP4, quien asentó en la nota respectiva, que en la exploración física la *encontró "sin datos de edema, no hemorragia, frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, percibiendo movimientos fetales, tacto vaginal diferido, producto único vivo, transverso, dorso inferior, placenta previa, sin datos de sangrado"*; sugiriendo que se realizara un ultrasonido para corroborar la "*edad gestacional e inserción placentaria* (lugar donde se ubica la placenta en el interior del útero)", razón por la cual V1 fue internada.

29. A las 10:30 horas del 28 de julio de 2013, AR1 asentó en la nota médica que V1 bajó a piso para prueba sin estrés y que se tomó rastreo ultrasonográfico en admisión, con lo que se corroboró el diagnóstico de placenta previa total (obstrucción del cuello del útero debido a la placenta).

[3] Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

30. El mismo día en la mañana, V1 fue valorada por AR2, quien la encontró "*consiente, bien hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con útero gestante, frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, sangrado transvaginal leve, sin trabajo de parto*"; asimismo registró que estaba pendiente el ultrasonido de control para corroborar diagnóstico y que bajó a piso por protocolo de estudio.

31. El 28 de julio de 2013 a las 12:50 horas, AR1 revisó a V1 anotando que en la prueba sin estrés V2 presentó bradicardia persistente con basal (disminución de la frecuencia cardiaca), de 90 a 100 latidos por minuto, por lo que decidió interrumpir el embarazo vía abdominal.

32. En la nota elaborada el 28 de julio de 2013 por SP1, se estableció que al iniciar el procedimiento quirúrgico V1 presentó hemorragia profusa (sangrado abundante) al disecar útero de la vejiga (al realizar el corte quirúrgico), por lo que se le canalizaron otras dos vías venosas. A las 13:42 horas nació V2 con un peso de 2,200 Kilógramos, 34 semanas de gestación y Apgar 7,9.

33. SP1 señaló que V1 presenta placenta previa total y acretismo placentario (adherencia anormal de la placenta a la pared uterina), continúa con sangrado agudo, hipotensión arterial (presión sanguínea más baja de lo normal) y atonía uterina (falta de contracción del útero), por lo que AR1 decidió realizar histerectomía.

34. A las 14:45 horas V1 presentó bradicardia ventricular (disminución de latidos) y se realizó cardioversión sincronizada (reanimación del corazón mediante choques eléctricos), se continuó con ciclos hasta que se obtuvo taquicardia monomórfica con pulso y se continuó la cirugía. A las 15:25 horas V1 de nueva cuenta presentó evento de bradicardia ventricular que fue atendido, sin embargo, estaba hipotensa (disminución de la presión arterial) solo con pulso carotídeo, después se realizó cierre de cavidad; y a las 16:00 horas presentó nuevamente paro cardiorrespiratorio con fibrilación ventricular (alteración del ritmo cardiaco), por lo que se le realizaron

maniobras de resucitación durante 10 minutos sin obtener latido, siendo que a esa hora se declaró el fallecimiento de V1.

35. En la Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 28 de julio de 2013, AR1 señaló que realizó a V1 cesárea con técnica Kerr (incisión en la parte más baja del útero), que apreció vascularidad de la vejiga con adherencias hasta el cuerpo uterino y al despegar en el descenso vesical (maniobra para evitar lesionar la vejiga) se presentó hemorragia abundante; además, se mencionó que al efectuar histerectomía encontró placenta en el segmento inferior, la cual extrajo en porciones y efectuó una histerectomía total, presentando V1 paro cardiorrespiratorio sin respuesta satisfactoria.

36. En el dictamen médico emitido por perito médico de esta Comisión Nacional, se establece que transcurrieron 16 horas desde que V1 fue hospitalizada, hasta el momento en que se realizó el ultrasonido que fue indicado para corroborar la edad gestacional e inserción placentaria, por lo que hubo una dilación y retraso en el diagnóstico de certeza, el cual debe realizarse a través de la interpretación y análisis de los estudios complementarios.

37. También se estableció que AR1 y AR2, no comprobaron de forma fehaciente el sangrado transvaginal que V1 manifestó que tenía desde el momento en que ingresó al Hospital, sin que exista anotación alguna en el expediente clínico de la estabilidad tanto del paciente como de su producto; aunado al hecho de que el ultrasonido se lo realizaron hasta el día siguiente y antes de ser sometida al procedimiento quirúrgico, por tanto actuaron sin razonamiento técnico-científico sobre la causa que lo originó.

38. De igual forma, el perito médico consideró que AR1 y AR2 subestimaron el manejo médico de V1, en virtud de que no tomaron en consideración que del ultrasonido que se le practicó se evidenció la presencia de placenta previa, además cursaba su tercer embarazo y previamente fue sometida a una cesárea, lo que implicaba la posible presencia de fibrosis con la formación de adherencias,

situación que dificultaba realizar disecciones en forma óptima, por lo que sobrevinieron las complicaciones que presentó V1.

39. El perito médico de esta Comisión Nacional también refiere que al no controlarse la hemorragia se presentaron alteraciones hemodinámicas (mal funcionamiento celular) que repercutieron en el estado de salud de V1, lo que aunado a la falta de pericia de AR1 para identificar el origen del sangrado y controlarlo, impidió su recuperación y ocasionó hipotensión arterial (disminución de la presión arterial), por lo que después de sufrir un tercer paro cardiorrespiratorio falleció a las 16:00 horas del 28 de julio de 2013.

40. Otra de las complicaciones que presentó V1 fue la placenta acreta (unión profunda de la placenta a la capa muscular de la pared uterina), circunstancia que AR1 no registró como causa de muerte en el certificado de defunción, ya que únicamente fue considerada como un hallazgo y no como una condicionante de su fallecimiento.

41. En el dictamen médico también se advierte que únicamente se realizó un estudio de laboratorio previo a la intervención quirúrgica de V1, en ese sentido, el perito médico de esta Comisión Nacional concluyó que debido a la gravedad del estado de salud de V1, era necesario que le practicaran estudios complementarios para determinar las condiciones en que se encontraba y determinar su manejo médico, como el de biometría hemática, es decir un estudio de conteo sanguíneo completo, para corroborar las condiciones reales en las que se encontraba V1 además del de gasometría, el cual es necesario para medir los gases en la sangre, siendo que una de las complicaciones que V1 presentó fue debido a alteraciones en el intercambio gaseoso, manifestadas por insuficiencia respiratoria, acompañada por choque hipovolémico, por lo que durante la operación fue necesario que la conectaran a un ventilador.

42. En el informe que rindió SP2 a la Coordinadora Técnica de Atención al Derechohabiente del IMSS, señaló que una vez realizada la investigación se

observó que debido a la "*falta de plenitud de certeza en el diagnóstico*", no se determinó que V1 cursaba acretismo placentario, lo que contribuyó a la hemorragia obstétrica que sufrió durante la intervención quirúrgica; al respecto, en opinión del perito médico de este Organismo Nacional, con esa observación no se define con exactitud la responsabilidad profesional médica, ya que se dejó de valorar las circunstancias patológicas que presentó V1 previas a su muerte.

43. En la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Placenta Previa en el Segundo y Tercer Trimestre del Embarazo en el segundo y tercer nivel de atención[4], se establece que toda mujer embarazada con placenta previa y factores de riesgo de acretismo debe tener un manejo planificado, es decir un control prenatal más riguroso para identificar posibles riesgos, situación que en el caso de V1 no se realizó, ya que no se tomó en cuenta los antecedentes ginecoobstétricos, como el hecho de que cursaba su tercer embarazo y que previamente fue sometida a una cesárea, aumentando con ello la posible presencia de fibrosis con la formación de adherencias, aunado a que del ultrasonido que se le practicó se evidenció placenta previa, por todo lo anterior tuvo complicaciones durante la intervención quirúrgica, como sangrado agudo, hipotensión arterial y atonía uterina, lo que llevó a su fallecimiento.

44. Asimismo, el procedimiento quirúrgico mediante la cual nació V2 se realizó con técnica Kerr (incisión en la parte más baja del útero), y al disecar la zona se produjo una hemorragia abundante, misma que AR1 no controló, llevando a V1 a dos paros cardiorrespiratorios, finalmente a las 16:00 horas sufrió otro paro cardiorrespiratorio, causando su fallecimiento.

45. De la opinión médica emitida por perito médico de esta Comisión Nacional, se observó que hubo una dilación en la realización del estudio complementario (ultrasonido) que se le indicó a V1 y por ello hubo un retraso en su diagnóstico,

[4] Guía práctica para el Diagnóstico y Tratamiento oportuno de la Placenta Previa en el Segundo y Tercer Trimestre del embarazo en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. Catalogo Maestro ISSSTE-124-08. De observancia para el Sistema de Salud del Gobierno Federal.

además de que AR1 y AR2 no llevaron a cabo un adecuado manejo médico, pues no tomaron en consideración que presentaba placenta previa, que cursaba su tercer embarazo y previamente fue sometida a una cesárea, lo que implicaba la posible presencia de fibrosis con la formación de adherencias y dificultaba realizar disecciones en forma óptima, por tanto, era factible que sobrevinieran las complicaciones como las que presentó, en particular, la relativa a la "placenta creta"; siendo nula la prevención de las mismas por parte de los médicos que la trataron.

46. Por lo anterior, no se consideró el interés del paciente, toda vez que desde su ingreso los médicos no corroboraron de forma fehaciente el sangrado transvaginal que V1 manifestó que tenía, sin que exista anotación alguna en el expediente clínico de la estabilidad tanto del paciente como de su producto; aunado al hecho de que el ultrasonido se lo realizaron hasta el día siguiente; además de que únicamente se le realizó un estudio de laboratorio previo a la intervención quirúrgica, faltando los estudios de biometría hemática y de gasometría, que eran necesarios para el manejo de la paciente; no consideraron sus antecedentes médicos, y por ende, tampoco previeron las patologías que coadyuvaron a su muerte.

47. Las acciones y omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la "*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio"*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, que establece con claridad que *"La atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria"*; también 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*".

48. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

49. Esta norma ha sido referida en las recomendaciones 37/2011, 1/2013, 6/2013, 46/2013, 5/2015, 10/2015, 19/2015, 24/2015, 25/2015 y 29/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, en la que se hace hincapié en la importancia que tiene, precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal; acciones que en el caso de V1 no se llevaron a cabo.

50. Asimismo, del estudio que se realizó al expediente clínico de V1, se evidenció que AR1 no reportó que V1 presentara hipotensión arterial durante la intervención quirúrgica, contrario a lo que si anotó SP1 en su nota médica, al señalar que V1 continuaba con sangrado agudo y presentaba hipotensión arterial. De igual forma, en algunas notas médicas que se elaboraron por la atención de V1 no existen nombres completos de los médicos, hora, revisiones médicas, estudios de laboratorio y de histopatología, por lo que con tales omisiones se dejó de observar lo establecido en los numerales 5.10, 8.8.8 y 8.8.17, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "*Del Expediente Clínico*", que señalan los requisitos que deben contener las notas médicas de hospitalización.

51. Tampoco consta en dicho expediente clínico que AR1 hubiese enviado al área de patología el útero que el 28 de julio de 2013 le extrajo a V1, a efecto de que se realizaran los estudios histopatológicos necesarios para confirmar el diagnóstico, por lo que también se dejó de observar lo establecido en el numeral 8.8.15 de la citada Norma, que señala como obligación para el cirujano puntualizar en la nota postquirúrgica, que se enviaron las piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.

52. Las irregularidades descritas en el párrafo anterior constituyen preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de los pacientes, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello, el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución de salud.

53. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este organismo nacional, contenidos en las Recomendaciones 1/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 27/2011, 37/2011, 39/2011, 58/2011, 89/2011, 19/2012, 24/2012, 1/2013, 6/2013, 13/2013, 23/2013, 24/2013, 46/2013, 86/2013, 2/2014, 6/2014, 13/2014, 14/2014, 20/2014, 30/2014, 33/2014, 37/2014, 5/2015, 10/2015, 11/2015, 19/2015, 24/2015, 25/2015 y 29/2015.

54. La apropiada integración del expediente clínico de V1 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 la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

55. Resulta aplicable en la especie la sentencia del caso *Albán Cornejo y otros, vs. Ecuador*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, la cual, en el numeral 68, refiere *"la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades".*

56. La irregularidades descritas constituyen un obstáculo para conocer de forma detallada el historial clínico de los pacientes e identificar las responsabilidades correspondientes de los servidores públicos que intervinieron en los hechos,

vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares para conocer la verdad histórica relativa a la atención médica que se les proporcionó en esa institución pública de salud.

57. En tal virtud, AR1 y AR2, adscritos al Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1, contenido en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, primer párrafo; 61, fracciones I y II; 61 Bis, y 63 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 la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *"Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio".*

Derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica

58. De acuerdo con lo establecido en el artículo 5, fracción IV de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se entiende por violencia contra las mujeres, "*cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como público."*

59. En la fracción V del citado precepto legal se establece que las modalidades de violencia son *"las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres."*

60. En el artículo 18 de la referida Ley se prevé que una de las modalidades de la violencia contra las mujeres es la violencia institucional, que consiste en *"los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que*

discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia."

61. En el caso de V1 se acredita la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia institucional y de género, que es una concepción jurídica reciente. En este contexto, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Guanajuato y la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Veracruz, se entiende por violencia obstétrica *"la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas",* entre otras.

62. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud en la Declaración "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" establece que *"…El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos".* [5]

63. Como se precisó en las recomendaciones 19/2015, 20/2015, 29/2015 y 32/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, la violencia obstétrica, al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, ha sido naturalizada e invisibilizada, por lo que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, debido a que al desconocer sus derechos humanos reproducen actitudes de sumisión en algunos

[5] Organización Mundial de la Salud, fecha de publicación septiembre de 2014, número de referencia OMS: WHO/RHR/14.23. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

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 de sus hijos que están por nacer.

64. Esta Comisión 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 el Seminario Internacional *"Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna"* en septiembre de 2014, con el que se inició la "Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica", en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios *"con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad"* en el rubro de la salud.

65. Sobre el particular, los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José); I, y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); 12.1 y 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y 1, 4, 7, inciso b) y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará", confirman el contenido de los preceptos constitucionales citados, al disponer la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres, como también el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

66. Al no corroborar la sospecha de placenta previa, así como el acretismo placentario, además de no tomar en cuenta los antecedentes ginecoobstetricos de V1, AR1 y AR2, en su calidad de servidores públicos del IMSS, omitieron brindarle la atención oportuna y eficaz que requería, lo que constituye violencia institucional y de género, que a su vez vulneró el derecho a la protección de su salud.

Derecho a la vida

67. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfruta 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, 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 29, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

68. 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 las condiciones que los garanticen.

69. 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 instituciones.[6]

[6] "*Caso 'Niños de la Calle' (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala"*, Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

70. En el caso existen evidencias que permiten establecer que desde el ingreso de V1 al Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, manifestó que presentaba sangrado vaginal, sin embargo, no fue examinado de forma adecuada por AR1.

71. Durante el procedimiento quirúrgico mediante la cual nació V2, V1 presentó adherencias que se extendían hasta el cuerpo uterino, por lo que al disecar la zona se produjo una hemorragia abundante, misma que AR1 no controló, llevando a V1 a dos paros cardiorrespiratorios; finalmente a las 16:00 horas sufrió un tercer paro cardiorrespiratorio, que causó su fallecimiento.

72. De la opinión médica emitida por perito médico de esta Comisión Nacional, se observó que hubo una dilación en la realización del estudio complementario (ultrasonido) que se le indicó a V1 y por ello hubo un retraso en su diagnóstico, además de que AR1 y AR2 no tomaron en consideración su manejo médico, en virtud de que presentaba placenta previa, que cursaba su tercer embarazo y previamente fue sometida a una cesárea, lo que implicaba la posible presencia de fibrosis con la formación de adherencias y dificultaba realizar disecciones en forma óptima, por tanto, era factible que sobrevinieran las complicaciones como las que presentó; siendo nula la prevención de las mismas por parte de los médicos que la trataron.

73. También se estableció que debido a la falta de pericia por parte del médico ginecoobstetra para identificar el origen del sangrado y controlar la hemorragia, al continuar ésta se presentaron alteraciones que repercutieron en el estado de salud de V1 y evolucionó hasta que presentó hipotensión arterial.

74. Por lo expuesto, AR1 adscrito al Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, vulneró el derecho a la vida de V1, toda vez que no tomó en consideración los síntomas que presentaba V1 y no actuó con la prontitud y pericia que se requería; aunado al hecho de que se realizó la cesárea con técnica Kerr, no obstante que presentaba placenta previa y factor de riesgo de acretismo

placentario, por lo que al disecar la zona se produjo una hemorragia abundante, misma que no fue controlada, llevando a V1 a tres paros cardiorrespiratorios y finalmente a su fallecimiento.

Responsabilidad

75. Tal y como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la actuación de AR1 y AR2, adscritos al Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, debieron considerar el interés del paciente, toda vez que desde su ingreso no corroboraron de forma fehaciente el sangrado transvaginal que V1 manifestó que tenía, toda vez que no se realizaron tactos de forma subsecuente, sin que exista anotación alguna en el expediente clínico de la estabilidad tanto del paciente como de su producto; aunado al hecho de que el ultrasonido se lo realizaron hasta el día siguiente; que únicamente se le realizó un estudio de laboratorio previo a la intervención quirúrgica, faltando los estudios de biometría hemática y de gasometría, que eran necesarios para el manejo de la paciente; además, no consideraron sus antecedentes médicos y, por ende, tampoco previeron las patologías que coadyuvaron a su muerte.

76. AR1 y AR2 con su actuación incurrieron en incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos que prevén la obligación que tienen 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.

77. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos; 6, 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 caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos

Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre la investigación administrativa correspondiente, además de formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal que intervino en los hechos materia de esta Recomendación.

78. La queja que en su oportunidad formule esta Comisión Nacional deberá glosarse al expediente PA1 iniciado en el Área Quejas del Órgano Interno de Control en la Delegación Estatal del IMSS en Querétaro.

Reparación integral del daño

79. El deber de reparar las violaciones a los derecho humanos de V1 cometidas por servidores públicos del IMSS deriva de diversos ordenamientos y criterios doctrinales y jurisprudenciales, tanto nacionales como internacionales. El artículo 1° Constitucional establece en su párrafo tercero: *"Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley".*

80. Por su parte la Ley General de Víctimas establece en su artículo 7, fracción II, en relación con el artículo 112 del mismo ordenamiento, que las víctimas tienen derecho a la reparación.

81. En el ámbito internacional, el principio 15 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 a través del derecho internacional a interponer recursos y obtener reparaciones,[7] señala *que "una*

[7] *Resolución de la Asamblea General (AG) de las Naciones Unidas. Aprobada y proclamada en la 64 sesión plenaria de la AG, 16 de diciembre de 2005.* Identificación Oficial: Resolución A/RES/60/147.

reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones o al daño sufrido."

82. Por otra parte, la violación a derechos humanos constituye una *"hipótesis normativa acreditable y declarable; la reparación es la consecuencia jurídica de aquélla. La naturaleza y características de la primera determinan las de la segunda, que también se puede y se suele expresar en términos diferentes: así, la reparación reflejará la naturaleza del bien lesionado o asumirá otro carácter, siempre compensatorio."*[8]

83. En este sentido, como lo ha señalado el Tribunal Interamericano, *"la reparación es un término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido.*" Por ello la reparación comprende diversos *"modos específicos"* de reparar que "varían según la lesión producida".[9] Asimismo, ha señalado que *"las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas."*[10]

84. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados a V1 en los términos siguientes:

i. Rehabilitación

85. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a Q1 y demás familiares de V1 que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica que requieran, previo consentimiento informado, el cual debe ser gratuito, inmediato y por el tiempo que sea necesario, inclusive la provisión sin costo de medicamentos,

[8] *García Ramírez, Sergio. La Corte Interamericana de Derechos Humanos*, México, Porrúa, 2007, p. 303.
[9] *Caso Garrido y Baigorría vs. Argentina*. *Fondo,* Reparación y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998, párr. 41
[10] *Caso Carpio Nicolle y otros vs. Guatemala*. Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2014, párr. 89

considerando sus circunstancias y necesidades particulares a fin de contrarrestar el sufrimiento derivado de la muerte de V1.

ii. Satisfacción

86. En el presente caso, la satisfacción comprende que la autoridad recomendada deberá iniciar la investigación respectiva con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, por ello, este Organismo Nacional formulará queja ante el Órgano Interno de Control en ese Instituto de Seguridad Social de conformidad con lo establecido en el párrafo segundo del artículo 72 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como denuncia de hechos ante la Procuraduría General de la República para que en el ámbito de su competencia se inicie e integre la averiguación previa que en derecho corresponda hasta su determinación y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

iii. Garantías de no repetición

87. Éstas 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. Por ello, se considera necesario que las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, implementen medidas específicas para que los servidores públicos de esa institución no repitan situaciones como las mencionadas en este documento, debiendo certificar y recertificar ante los Consejos de Especialidades Médicas a su personal, impartir un curso de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, "*Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*. *Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio*" y NOM-004-SSA3-2012, "*Del Expediente Clínico*" con el objeto de que los servidores públicos cuenten con los

elementos técnicos y científicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta y efectiva, para lo cual deberán enviar constancia que acrediten las medidas implementadas para tal efecto.

88. Cabe mencionar que si bien el Director del Hospital General de Zona número del IMSS informó al Coordinador de la Delegación de Atención al Derechohabiente de ese Instituto en San Juan del Río, Querétaro, que se tomaron las siguientes medidas preventivas para evitar casos como el presente: el seguimiento estrecho directivo y operativo de pacientes con riesgo obstétrico; simulacros semanales de activación del equipo de respuesta inmediata ante emergencia obstétrica en todos los turnos; capacitación a personal médico (ginecoobstetras) en la Guía Práctica Clínica del Manejo de hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio; capacitación a personal médico (ginecoobstetras) en ligadura hipogástrica; supervisión diaria de insumos para hemorragia obstétrica; supervisión diaria del stock de ginecoobstetrica para hemorragia obstétrica, no se remitieron las constancias que acrediten que dichas medidas se hubiesen implementado; por tanto, deberá darse cumplimiento a los puntos segundo, tercero y cuarto Recomendatorios.

iv. Compensación

89. Consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, y permite compensar con un bien útil la pérdida o el menoscabo de un bien de la misma naturaleza e incluso de una diferente. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS a la brevedad otorguen a Q1 y a quien tenga derecho a ello, una indemnización, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal de ese Instituto, en los términos descritos en esta Recomendación.

90. Sobre el particular, esta Comisión Nacional reconoce que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, resolvió procedente la queja médica.

91. 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, 67, 68, 88, fracción II, 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 artículos 38 a 41 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, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, el derecho a una vida libre de violencia (obstétrica) y a la vida en agravio de V1, se deberá inscribir a Q1, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a Q1 y demás familiares de V1, que incluya el pago de una compensación y la atención psicológica que conforme a derecho corresponda, como consecuencia de la responsabilidad profesional e institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Zona No. 3, del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se giren instrucciones a quien corresponda, para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, en la que se solicite entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y, se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñe e imparta en el Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, así como del conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales que se inobservaron en el presente caso, con el objetivo de que los servidores públicos cuenten con los elementos técnicos y científicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta y efectiva, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda a efecto de que se dicten las medidas pertinentes para que los servidores públicos del IMSS, especialmente los adscritos al multicitado hospital, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, y una vez hecho lo anterior, se supervise periódicamente el cumplimiento de esas instrucciones a fin de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales durante un periodo de seis meses, enviando a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite el cumplimiento.

QUINTA. Colaborar debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos

Humanos ante la Procuraduría General de la República, por ser AR1 y AR2 servidores públicos federales y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA: Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS respecto del personal involucrado en los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SÉPTIMA: Se colabore ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo en el seguimiento e inscripción de Q1, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

93. 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 hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida 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 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

94. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

95. Con apoyo en el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a

esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

96. 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, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ