

**RECOMENDACIÓN No. 62 /2021**



**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, A LA VIDA DE V2, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V1, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 2 Y EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NÚMERO 15 DEL IMSS EN CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.**

Ciudad de México, a 19 de Octubre de 2021.

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO.  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2018/1397/Q**, relacionadas con violaciones al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, a la vida de V2 y a una vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información en materia de salud de V1.

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 en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos 78 y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la

Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintos lugares y personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

<b>CLAVE</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
QM	Queja Médica
SP	Persona Servidora Pública

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

#### **INSTITUCIONES**

<b>NOMBRE</b>	<b>ACRÓNIMO</b>
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Unidad de Medicina Familiar número 2 del IMSS en Nombre de Dios, Chihuahua.	UMF-2
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Hospital de Gineco Obstetricia número 15 del IMSS en Chihuahua, Chihuahua.	HGO-15
Fecha de la última menstruación	FUM

**NORMATIVIDAD**

NOMBRE	ACRÓNIMO
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.	NOM-004-SSA3-2012
Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo.	Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal

**I. HECHOS.**

5. El 6 de febrero de 2018, por razón de competencia, se recibió en este Organismo Nacional escrito de queja de V1, a través del cual narró violaciones a sus derechos humanos atribuibles a personal de la UMF-2 y del HGO-15, con motivo del deficiente cuidado prenatal que recibió, y posteriores complicaciones que derivaron en la muerte del producto de la concepción V2.

6. V1, de 29 años de edad, quien llevó su control prenatal en la UMF-2, acudió a ocho consultas prenatales entre el 27 de mayo y 24 de noviembre de 2017, en las que se determinó que el embarazo de V1 evolucionaba de manera normal sin factores de riesgo obstétrico, por lo que, de manera ordinaria, fue referida al HGO-15, donde recibió distintas valoraciones hasta el 18 de diciembre del mismo año.

7. El 10 de enero de 2018 a las 09:00 horas, V1 acudió al servicio de Urgencias Tocoquirúrgicas del HGO-15, toda vez que minutos antes había expulsado un tapón mucoso y presentaba cólicos irregulares con movimientos fetales presentes, por lo que hasta ese momento le fue realizado un Partograma para monitoreo estrecho

del trabajo de parto, el cual arrojó como resultado “...*producto único sin frecuencia cardíaca fetal...*”. Debido a ello, ese mismo día se solicitó la toma de un ultrasonido obstétrico, mediante el cual se estableció el diagnóstico de óbito<sup>1</sup> en embarazo de 41 semanas de gestación, indicándose como plan de manejo el ingreso de V1 al área de labor, donde fue sometida a una cesárea por no haber progresado el trabajo de parto, obteniéndose en esa ocasión un producto único muerto del sexo masculino, con placenta calcificada y con anhidramnios<sup>2</sup>, así como dos circulares de cordón; la primera al cuello y la segunda al tobillo izquierdo.

8. Para documentar las violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, se obtuvieron los informes y expedientes clínicos del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

## II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de V1 a través del cual manifestó posibles omisiones atribuibles a personas servidoras públicas de la UMF-2 y el HGO-15, presentado en la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua, mismo que por razón de competencia, fue remitido a la oficina foránea de este Organismo Nacional en Ciudad Juárez, Chihuahua, donde se recibió el 6 de febrero de 2018.

10. Oficio 095217614C21/057 recibido en este Organismo Nacional, el 13 de marzo de 2018, a través del cual el IMSS remitió las constancias siguientes:

10.1. Oficio 080113142151/D/378, de 19 de febrero de 2018, con el cual la Dirección del HGO-15 de la Delegación del IMSS en el estado de Chihuahua, rindió un informe respecto de la atención médica que se proporcionó a V1 y V2.

---

<sup>1</sup> Muerte del feto dentro del útero.

<sup>2</sup> Ausencia de líquido amniótico.

**10.2.** Expediente clínico de V1 y V2 con motivo de la atención médica que se les brindó en la UMF-2 y HGO-15, del que destaca lo siguiente:

**Unidad de Medicina Familiar número 2.**

**10.2.1.** Hoja de Vigilancia prenatal y riesgo obstétrico, con antecedentes ilegibles.

**10.2.2.** Nota de referencia y contrarreferencia de V1, de 24 de noviembre de 2017.

**Hospital de Ginecoobstetricia número 15.**

**10.2.3.** Nota médica de 18 de diciembre de 2017 sin hora y nombre del médico que la elaboró, en la que consta: “29 a, *Fum* (fecha de última menstruación) ?, *FPP 02-01-2018. 37.5 SDG* (semanas de gestación)...[...]*PA* (padecimiento actual): *Mov. fetales +, Act* (actividad). *uterina (-), Sx* (síndrome) *urinarios (-)*...[...]*Dx 37.5, Plan: CPH, Datos de alarma y cita abierta a urgencias.*”

**10.2.4.** Nota médica de las 11:50 horas del 26 de diciembre de 2017, con nombre ilegible del médico que la redactó, en la que se consignó: “*Femenino de 29 años de edad, G* (gesta) *1*...[...]*FUM ??? FPP xUSG 28-12-2017. Dolor: no, Sangrado: no, Hipomotilidad: no. Circular de cordón al cuello. IDx: emb: 39.5 SDG, Sin trabajo de parto. Plan: 1) Cita en 3 días a revisión, antes si es necesario. 2) Indicaciones de alarma obstétrica...*”.

**10.2.5.** Nota médica de las 12:48 horas del 28 de diciembre de 2017, con nombre ilegible del médico que la suscribe, en la que consta: “*Femenino de 29 años, G* (gesta) *1*...[...]*FUM ??? FPP x USG 28-12-17*...[...]*Dolor: no, Sangrado: no, Hipomotilidad:*

*no...(...)...PUVI: Cef (cefálico), Dorso der (derecho), FCF: 150 x min, Movs: activos, L.A. normal, Placenta II, Contracciones: no, Tono Uterino: normal, Cérvix: formado central, Perdidas tv: NO, IDX: 40 semanas, sin trabajo de parto. 1) Cita c/ 3er día...(ilegible)...o antes si es necesario, 2) Indicaciones de urgencia obstétrica.”*

**10.2.6.** Nota de revaloración de las 13:00 horas del 30 de diciembre de 2017, elaborada y suscrita por AR3, médica ginecobstetra, en la que estableció: “(TA) 90/60, Dolor irregular, mov fetal +...(ilegible)...cérvix post, corto, dehisciente...(ilegible)...IDX: emb de 40.2...(ilegible)...ECO + TDPI. Plan: cita abierta o 48 hrs, ind urgencia.”

**10.2.7.** Nota médica de 1 de enero de 2018, sin hora y con nombre ilegible del médico que la signó, en la que se consignó: “(TA) 110/70, Fem: 29 años, FUM: ??? G (gesta) 1, No tiene USG hoy, tiene de Salud Digna?? Edad Gestacional Incierta, Sangrado: no, Mov (movimientos) fetales: sí...(ilegible)...EF: FCF 140, Cefálico, TV 1 Dilatación posterior, Blando. Pido USG (ultrasonografía) obstétrica a Rayos X y revalorar. Cita Abierta a Urgencias. Datos de alarma.”

**10.2.8.** Reporte USG (ultrasonográfico) de 2 de enero de 2018, elaborado por SP1, en el que consta: “**P.U.V.I. CEFALICO CON EL DORSO A LA DERECHA Y FRECUENCIA CARDIACA NORMORRÍTMICA DE 126 X’FETOMETRÍA PROMEDIO PARA 37.7 SG. LOS MOVIMIENTOS DEL PRODUCTO ACTIVOS Y DE BUEN TONO. LIQ (LÍQUIDO) AMNIÓTICO CHAMBERLAIN DE 4.4 CM. PLACENTA FÚNDICA POSTERIOR CON GRADO DE MADUREZ DE 11, NO COLECCIONES PERIPLACENTARIAS. EL EQUIPO SONOGRÁFICO NO CUENTA PARA IMPRIMIR FOTOS DEL**

***ESTUDIO SONOGRÁFICO, EL CUAL SIRVE PARA RESPALDO DEL ESTUDIO Y DEL MÉDICO. EL CONOCIMIENTO LO TIENE LOS DIRECTIVOS.”***

**10.2.9.** Nota médica de admisión de las 09:09 horas del 2 de enero de 2018, con nombre ilegible del médico que la signó, en la que se hizo constar: *“Acude c/ ECO solicitado, Reporta Fetom (fetometría) 37.7 ?? Plac (placenta) Il post, líquido NI. ECO ´S Previos de su UMF-28/07/17, Emb 17.2 sem traspola 39.6 sem. ECO Salud Digna 28/07/17 SDG17.5 traspola 40.2 sem. Dx: Emb 40 sem, Plan: Cita c/ 3er día hasta cumplir 41 sem. Cita abierta a Urg (Urgencias) x Sgs (signos) alarma. Explico ampliamente. Regreso ECO ´S para que los cargue.”*

**10.2.10.** Nota médica de admisión de las 11:50 horas de 3 de enero de 2018, con nombre ilegible del médico que la elaboró, en la que se estableció: *“Pac (paciente) 29 años, G (gesta) 1, C/Emb (embarazo) 40 sem (semanas)...(ilegible)...EF Estable, PUVI FCF (frecuencia cardiaca fetal) 131x, tono nl, cérvix post (posterior), largo, blando, dehiscente, no PTV. Dx (diagnóstico): Emb 40 sem. Plan: Cita C/3er día. Cita abierta a Urg (Urgencias) x Sgs (signos) alarma (Explico los signos de alarma ampliamente).”*

**10.2.11.** Nota médica de admisión de las 11:55 horas del 5 de enero de 2018, sin nombre legible del médico que la redactó, en la que se consignó: *“Pac (paciente) 29 años, G (gesta) 1, c/Emb 40.2 sms...(ilegible)...ocasional cólico, No PTV (perdidas transvaginales)...(ilegible)...tono nl, cérvix post largo blando dehiscente, No PTV, Rastreo USG normal, Plac ant III. Dx: Emb 40.2 sem...(ilegible)...Plan: cita c/3er día, cita abierta a Urg x Sgs alarma (Explico ampliamente).”*

**10.2.12.** Notas médicas de las 12:01 y 13:43 horas del 8 de enero de 2018, sin nombre legible del médico que la elaboró, en la que se consignó: *“Femenino de 29 años, G (gesta) 1...(ilegible)...FUM (fecha de última menstruación): ???, FDP (fecha probable de parto):28-12-17 x USG. Dolor: sí, Sangrado: Sí, Hipomotilidad: No, PUVI: Cefálico, Dorso: Der (derecho), FCF: 140 x min, Movs: activos, LA: normal, Placenta: II, Contracciones: no. Tono uterino: normal, Cérvix: fondo cent (central) post (posterior). IDX: emb de 41.4 SDG. Trae USG de su clínica con FPP del 03-01-18 (del 28 de julio). IDX: Emb (embarazo) 41.4 SDG...(ilegible)...40.5 x reporte de su UMF, sin trab de parto. ADD...(ilegible)...Plan: cita en 3 días para valorar...(ilegible)...Cita abierta a Ug (Urgencias) x sgs alarma. (insisto en los signos de alar).”*

**10.2.13.** Nota médica de las 09:00 horas del 10 de enero de 2018, sin nombre legible del médico que la suscribió, en la que se asentó: *“Pac 29 años, G (gesta) 1, c/Emb 41 sem x ECO traspol. Acude refiriendo expulsión de tapón mucoso, cólico irregular...(ilegible)...1 cm dilatación, 70% borramiento, amnios integro, abocado. IDX: Emb 4 sem x ECO trasp/Óbito. Plan: Pasa a labor.”*

**11.** Oficio 095217614C21/593 recibido en esta Comisión Nacional el 3 de mayo de 2018, a través del cual el IMSS informó que, el 3 de abril del mismo año, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, desde el punto de vista médico, declaró improcedente la queja radicada con el número de expediente QM.

**12.** Dictamen Médico de 26 de junio de 2019 emitido por una especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, respecto de la atención brindada a V1 en la UMF-2 y HGO-15, concluyendo en términos generales, que ésta fue inadecuada.

**13.** Oficio 095217614C20/2593 de 31 de octubre de 2019, mediante el cual el IMSS requirió información relativa a la queja presentada por V1 ante este Organismo Nacional.

**14.** Acta circunstanciada de 11 de febrero de 2020, en la que un visitador adjunto de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V1, quien en relación con los informes rendidos por el IMSS, ratificaba lo señalado en su escrito de queja y consideraba que la atención médica que se le brindó fue negligente, precisando que presenta diversas afectaciones psicológicas a causa de los hechos que derivaron en la pérdida de V2.

**15.** Acta circunstanciada de 14 de abril de 2020, con la que se hace constar una diligencia telefónica sostenida con V1, a quien se le explicó la forma en que, de así convenir a sus intereses, podría presentar una denuncia penal, por los hechos de los que se duele, ofreciéndole acompañamiento, de ser el caso.

**16.** Acta circunstanciada de 10 de junio de 2020, en la que se certificó una comunicación telefónica con V1, quien manifestó que esperaría la resolución de esta Comisión Nacional para, de ser el caso, presentar una denuncia penal.

**17.** Acta circunstanciada de 26 de agosto de 2020, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación telefónica establecida con V1, quien preguntó si el IMSS había sancionado administrativamente a los especialistas involucrados en los hechos motivo de su queja, a lo cual se le hizo del conocimiento que no existe información de que el Órgano Interno de Control en ese Instituto hubiera iniciado investigación alguna.

**18.** Acta circunstanciada de 23 de noviembre de 2020, en la que personal adscrito a este Organismo Nacional asentó la comunicación telefónica que se entabló con V1, a quien se le informó que la Comisión Bipartita del IMSS determinó como

improcedente desde el punto de vista médico su queja, refiriendo que no había recibido notificación alguna.

**19.** Acta circunstanciada de 26 de enero de 2021, en la que un visitador de esta Comisión Nacional asentó la comunicación telefónica sostenida con V1, quien manifestó que hasta esa fecha el IMSS no le había ofrecido algún tipo de apoyo psicológico o tanatológico, por lo que se le ofreció atención por parte de un psicólogo adscrito a este Organismo Nacional, a lo cual V1 respondió en sentido negativo, señalando que se encontraba en tratamiento con un especialista privado.

**20.** Actas circunstanciadas de 22 y 27 de abril de 2021, relativas a las actuaciones en la que un fedatario de este Organismo Nacional constató la llamada telefónica sostenida con V1, quien indicó no continuar con la atención por parte del psicólogo privado, solicitando apoyo para que le sea proporcionada terapia psicológica de manera presencial, por lo que se gestionó con la Directora del Instituto Chihuahuense de la Mujer, para que se le brindara.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**21.** El 3 de abril de 2018, la Comisión Bipartita de de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS resolvió como improcedente la queja médica QM, relacionada con el caso de V1.

**22.** A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de carpeta de investigación y/o procedimiento de responsabilidades administrativas relacionados con los hechos materia de queja.

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

**23.** Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2018/1397/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de

máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, a la vida de V2, a una vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información en materia de salud de V1, en atención a las siguientes consideraciones:

#### **A. Derecho a la protección de la salud.**

**24.** El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

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

**26.** 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*”.

**27.** La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección<sup>3</sup>, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “*la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”.

**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 las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

**29.** El párrafo 7 de la Observación General No. 1511 del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “*(...) El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (...)*”, a su vez, en el párrafo 25, indica que “*(...) Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...)*”.

**30.** En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“*Protocolo de San Salvador*”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el

---

<sup>3</sup> “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.*” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

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

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

**33.** La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su *“Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”*, ha enfatizado que es *“(...) deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

34. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”<sup>5</sup> 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 (...)”.

35. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico de la UMF No. 2 y del HGO-15, en su calidad de garantes de los servicios médicos brindados a V1 y V2, incumplieron con lo previsto en las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que en términos generales establecen que las actividades de atención médica son preventivas y curativas, y que los médicos y el IMSS serán corresponsables por los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada laboral; incumplimiento que se tradujo en violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2.

36. Previo al análisis de las acciones y omisiones del personal médico que intervino en la atención de V1 y V2, se detallarán los antecedentes prenatales de V1.

- **Atención médica prenatal en la Unidad de Medicina Familiar número 2.**

37. Con base en la nota de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico, extraído del informe de 3 de abril de 2018 realizado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, se advierte que V1 acudió a ocho citas previas de seguimiento, las cuales se esquematizan de la siguiente manera:

---

<sup>5</sup> Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Fecha</b>	27 mayo	30 mayo	28 junio	28 julio	30 agosto	29 sept	27 octubre	24 nov.
<b>Semanas de gestación</b>	17 sdg	17 sdg	21 sdg	26 sdg	30 sdg	34 sdg	38 sdg	42 sdg
<b>Peso</b>	57	57	57	58.2	60.3	62.7	64	67.5
<b>Tensión arterial</b>	110/70	100/70	100/70	100/70	100/70	90/70	100/60	100/70
<b>Ta media</b>	83.33	80	80	80	80	76.66	73.33	80
<b>Frecuencia Cardíaca Fetal</b>	0	0	0	137	136	147	155	142

**38.** En este informe se asentó que V1 acudió a ocho consultas de control prenatal en la UMF-2, a saber, los días 27 y 30 de mayo, 28 de junio, 28 de julio, 30 de agosto, 29 de septiembre, 27 de octubre y 24 de noviembre de 2017; destacando que en la última consulta de control prenatal fue establecida una edad gestacional de cuarenta y dos semanas con base en la fecha de última menstruación, la cual desde las primeras notas se indicó que se desconocía la fecha exacta, debido a que V1 no la recordaba de manera precisa.

**39.** En ese sentido, la especialista de esta Comisión Nacional señaló que la bibliografía médica menciona que la estimación de la duración del periodo gestacional basado en el último periodo menstrual es dependiente de la capacidad

de la mujer de recordar los datos exactamente, la regularidad o irregularidad del ciclo menstrual y variación en el intervalo entre sangrado y anovulación. Entre el 11 y 22% de edad gestacional estimada por fecha de la última menstruación es inexacta.

**40.** A este respecto, también la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal establece que, en la primera cita del control prenatal, se debe calcular la fecha probable de parto por fecha de último periodo menstrual, y en caso de duda sobre la edad gestacional, como en el caso de V1, se debe solicitar un ultrasonido, el cual se desconoce si fue realizado a la víctima, toda vez que se encuentran ilegibles las constancias que integran el expediente clínico correspondiente a la atención prenatal brindada a la víctima.

**41.** Tomando como base la edad gestacional, tanto en la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal, como en la NOM-007-SSA2-2016, existen tablas para evaluar la altura del fondo uterino considerando la estatura, peso, paridad y grupo étnico materno, como método de detección de alteraciones del crecimiento fetal; la incongruencia de la altura de fondo uterino con la edad gestacional puede obedecer a lo siguiente: Técnica deficiente, productos pequeños para edad gestacional, gestaciones múltiples, embarazos molares, error en la estimación de la edad gestacional, polihidramnios; por ello, en caso de detectar alguna situación como las descritas, se debe enviar a la paciente a ginecoobstetricia, situación que en la guía de práctica clínica de control prenatal se considera como punto de buena práctica y que en el presente caso no ocurrió, ya que aunque se llevó a cabo la medición de la altura del fondo uterino y se anotó en el cuadro de seguimiento de V1, nunca se realizó una correlación clínica del crecimiento uterino con la supuesta edad gestacional y consecuentemente nunca se identificó la discordancia existente entre ambos parámetros.

42. Con la siguiente tabla extraída de la NOM-007-SSA2-2016, la especialista de esta Comisión Nacional evidenció con el símbolo ● el desarrollo de V2 -producto de la concepción de V1- y la discordancia señalada previamente:



43. De la gráfica que antecede, es evidente que tomando en cuenta las semanas de gestación referidas en las consultas médicas de la UMF-2, el crecimiento de V2 no era el adecuado, toda vez que se encontraba persistentemente por debajo del promedio establecido; sin embargo, esta situación nunca fue identificada o señalada en las consultas de valoración practicadas a V1, para consecuentemente haber solicitado su envío a una unidad de segundo nivel para su valoración.

44. La NOM-007-SSA2-2016 señala en su artículo 5.4.4, que para detectar la restricción del crecimiento intrauterino o cualquier otra alteración del desarrollo se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso

materno, altura del fondo uterino y del estudio ultrasonográfico, efectuado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las veinte semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, o cualquier otra alteración, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención, situación que en el presente caso no ocurrió.

**45.** Del dictamen médico practicado por la médica legista de este Organismo Nacional se desprende que la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal se pronuncia en este mismo sentido, respecto a que en caso de detectarse incongruencias de la altura de fondo uterino con la edad gestacional se debe enviar a la paciente para su valoración al servicio de Ginecoobstetricia; también se indica que deben ser llevadas a segundo nivel de atención médica a aquellas que cursen con embarazo de 41 semanas de gestación sin trabajo de parto, lo cual no ocurrió en el caso de V1, toda vez que de acuerdo al cuadro descrito de las consultas de control prenatal, fue valorada en la UMF-2 los días 27 de octubre y 24 de noviembre de 2017, cuando cursaba con treinta y ocho, y cuarenta y dos semanas de gestación, respectivamente, y pese a este diagnóstico de probable post madurez del embarazo, fue remitida de manera ordinaria al HGO-15, donde fue valorada hasta el día 18 de diciembre de 2017, en el entendido de que siguiendo la evolución del embarazo, V1 contaba para esta última fecha con una gestación de cuarenta y cinco semanas, lo cual resulta inverosímil, incompatible con la vida y completamente inviable.

**46.** Por lo anterior, es posible determinar desde el punto de vista médico legal, que la atención médica proporcionada a V1 en la UMF-2 -durante el control prenatal- fue inadecuada al no brindar una atención médica integral que permitiera identificar la discordancia entre el desarrollo del producto de la concepción y la edad gestacional,

lo cual a su vez repercutió en que no fuera remitida oportunamente a una unidad de segundo nivel de atención médica para corroborar las condiciones y desarrollo del producto de la concepción, situación que contribuyó al deterioro de sus condiciones generales.

**47.** La omisión de brindar una atención médica especializada a V1 constituye transgresión a lo establecido en el artículo 61, fracción I de la Ley General de Salud que ordena: *“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...”*, ya que el no referir a V1 a un segundo nivel de atención, repercutió en su derecho de recibir servicios adecuados de atención a su salud, que le hubiesen permitido tener un embarazo y parto sin riesgos, conforme al punto 3.52 de la NOM-007-SSA2-2016, que define la urgencia obstétrica como la *“complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención”*.

- **Atención médica especializada en el Hospital del Ginecobstetricia número 15.**

**48.** El 18 de diciembre de 2017, veinticuatro días después de haberse realizado la hoja de referencia de la UMF-2, V1 fue valorada en el servicio de Urgencias Tocoquirúrgicas del HGO-15, donde mediante una nota que carece de hora, AR1 asentó que V1 no recordaba la fecha de su última menstruación y que la fecha probable de parto era el 2 de enero de 2018, por último, ultrasonido.

**49.** Es importante hacer mención que tomando en cuenta el cuadro de crecimiento fetal elaborado en la UMF-2, si el día 24 de noviembre de 2017 V1 cursaba con cuarenta y dos semanas de gestación, para el día 2 de enero de 2018 estaría cursando tentativamente con cuarenta y siete semanas, situación que nunca fue señalada como inconsistencia en el desarrollo fetal o falta de concordancia en los datos de registro del crecimiento, circunstancia que obligaba a los médicos a profundizar en el estudio de V1 o a reevaluar la edad gestacional en un hospital de segundo nivel, toda vez que entre las acciones establecidas a cumplir en cada consulta se encuentra la realización de un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas de laboratorio y, en su caso, de gabinete; por lo que a decir del especialista de esta Comisión Nacional, la NOM-007-SSA2-2016 establece que una adecuada consulta prenatal contribuye a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana, permitiendo tomar medidas preventivas o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria; acciones que como ha quedado descrito, en el presente caso no se llevaron a cabo.

**50.** Ahora bien, en la misma nota de 18 de diciembre de 2017, AR1 indicó que V1 cursaba con un embarazo de 37.5 semanas de gestación por ultrasonido; sin embargo, omitió precisar a qué ultrasonido se refería para llegar a esta determinación de la edad gestacional, y no resulta posible corroborarlo con el reporte de ultrasonido indicado en la UMF-2, ya que las notas existentes en el expediente clínico son ilegibles, además de que no existe registro alguno tocante a la discordancia de las edades gestacionales identificadas en esa unidad (37.5) y la registrada en la hoja de referencia de aquella (42).

**51.** A las 11:50 horas del 26 de diciembre de 2017, se llevó a cabo una nueva valoración a V1, ocasión en que AR2 la describió con embarazo de producto único

vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto, líquido amniótico normal, placenta grado II y sin actividad uterina, y diagnosticando embarazo de 39.5 semanas de gestación sin trabajo de parto, agregando que V1 refería circular de cordón, a pesar de ello, no se hizo mención al estudio que sustentara la circular del cordón, ni qué ultrasonido tomaron como base para establecer la edad gestacional, citando a V1 para que acudiera a valoración dos días después.

**52.** Así, el 28 de diciembre de 2017, V1 fue valorada por AR2, quien, en la nota médica respectiva estableció como hallazgo de la exploración física, un producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minutos, con movimientos activos, líquido amniótico y placenta grado II normales, sin contracciones ni pérdidas transvaginales, concluyendo que V1 presentaba embarazo de cuarenta semanas de gestación sin trabajo de parto. AR2, al igual que AR1 omitió especificar el parámetro que se empleó como base para establecer la edad gestacional, esto es, fecha de última menstruación o ultrasonido.

**53.** Dos días después, a las 13:00 horas, V1 acudió a revaloración, en esa ocasión AR3 hizo constar que V1 refirió dolor irregular sin otros datos agregados, manteniendo movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal de 147 latidos por minuto y cambios cervicales incipientes por cérvix corto y dehiscente; estableciendo el diagnóstico de embarazo de 40.2 semanas de gestación por ultrasonido con trabajo de parto en fase latente, esto es, periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los cuatro centímetros de dilatación, citando a V1 para que acudiera a revaloración cuarenta y ocho horas después.

**54.** En relación con el trabajo de parto en fase latente, la especialista de esta Comisión Nacional externó que el numeral 5.5.2 de la NOM-007-SSA2-2016,

menciona que, al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico y se integrará el partograma correspondiente.

**55.** En el presente caso, es posible determinar que existió una inobservancia a dicha norma oficial, toda vez que, aunque se había establecido un trabajo de parto en fase latente, no se realizó el partograma en ese momento, por lo que no existió un seguimiento adecuado a la evolución del trabajo de parto establecido en V1.

**56.** El 1 de enero de 2018, V1 regresó al servicio de Tococirugía donde fue valorada por AR4, quien reiteró que V1 tenía una edad gestacional incierta debido a que no recordaba la fecha de su última menstruación y que continuaba con embarazo con producto único vivo de 140 latidos por minuto y con un centímetro de dilatación cervical (igual que la cita de valoración previa), ante estas circunstancias, AR4, adecuadamente, solicitó la toma de un ultrasonido obstétrico para revalorar las condiciones generales del binomio materno fetal, no obstante, de la misma manera que en la consulta anterior, no realizó algún registro, ni hizo observación alguna a la determinación de trabajo de parto en fase latente de la valoración previa.

**57.** La ecografía fue realizada al día siguiente por SP1, quien concluyó como diagnóstico por imagen producto único vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 126 por minuto, y una edad gestacional aproximada por fetometría de 37.7 semanas, con liquido amniótico Chamberlain 4.4 (normal), placenta fúndica posterior con grado de madurez II<sup>6</sup>, sin colecciones agregadas.

---

▪ <sup>6</sup>Los grados de madurez placentaria se establecen de la siguiente manera de acuerdo a sus características físicas, ecográficas e histológicas: **Grado 0:** es el nivel más joven y corresponde al primer y segundo trimestre de embarazo. Se caracteriza porque la placa basal (aquella que está más cerca del útero) es igual que la placa corial (la que está más cerca del feto). **Grado I:** corresponde a la semana 31 de gestación. En esta etapa la placenta deja de tener un aspecto homogéneo, y se ven calcificaciones en la placa corial. **Grado II:** se desarrolla alrededor de la semana 36 y va hasta el final del embarazo. No es homogénea debido a los depósitos de calcio. La placa corial es discontinua y ondulada, y la basal ya se ha separado del miometrio (capa muscular que constituye el grueso del espesor de cuello uterino). **Grado III:** aquellas calcificadas o envejecidas en su totalidad.

**58.** Cabe destacar que en el expediente clínico de V1 únicamente existe el reporte escrito y no se cuenta con la imagen impresa del estudio ultrasonográfico, esto debido a que *“EL EQUIPO SONOGRÁFICO NO CUENTA PARA IMPRIMIR FOTOS DEL ESTUDIO SONOGRÁFICO, EL CUAL SIRVE PARA RESPALDO DEL ESTUDIO Y DEL MÉDICO. EL CONOCIMIENTO LO TIENE LOS DIRECTIVOS”*, según lo consignó SP1 en la ecografía de mérito.

**59.** Es importante recordar que conforme al último párrafo del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, dicho *“Instituto será corresponsable con el personal (médicos, enfermeras y servicios auxiliares)...de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes”*, en relación con el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que prevé: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*, por lo que se advierte responsabilidad institucional del IMSS, que debió procurar la disponibilidad y calidad en los servicios de salud del HGO-15, y así asegurar una atención obstétrica acorde con el estado de gravidez de V1.

**60.** A las 09:00 horas del 2 de enero de 2018, AR5 valoró a V1, evidenciando la discordancia existente en los reportes de los distintos ultrasonidos y la FUM los cuales oscilaban entre 37.7 a 39.6 semanas de gestación y no mostraban ningún tipo de correlación con la fecha de última menstruación reportada por V1 y de la que se partió para establecer las semanas de gestación en la UMF-2.

**61.** Sobre lo cual, el especialista de esta Comisión Nacional señaló que la bibliografía médica aplicable al caso refiere que es común que exista discordancia entre la edad gestacional referida por ecografía y la alusiva tomando en cuenta la

fecha de la última menstruación, por lo que se debe tomar en cuenta que existen factores que pueden modificar los valores para realizar este tipo de mediciones.

**62.** Es decir, en una paciente que se encuentra en el primer trimestre de gestación, si se identifica una discordancia de 5 días o menos entre la edad gestacional por fecha de última menstruación y la referida por ultrasonido, se debe considerar como válida la edad del embrión o producto por fecha de última menstruación. Por otro lado, si la paciente se encuentra en el segundo trimestre de gestación, y se identifica una diferencia de menos de 7 días entre el ultrasonido y la fecha de última menstruación, se debe considerar como válida la fecha de última menstruación.

**63.** Así, dicha especialista precisó que en el caso de V1 ocurrió todo lo contrario, ante la data incierta de última menstruación de V1, las fechas probables de parto se modificaron tomando en cuenta las ecografías subsecuentes; sin embargo, también llama la atención que la primera data probable de parto fue el 2 de enero de 2018, es decir, para el día en que ocurrió esa revaloración, V1 presentaba un embarazo de término por fetometría de primer trimestre de gestación transpolada.

**64.** Tomando en cuenta lo descrito previamente, tocante a que la determinación de la fecha probable de parto (2 de enero de 2018) resulta más correspondiente con la medición de un ultrasonido del primer trimestre (40.2 SDG), y que la gráfica de crecimiento fetal, así como el último ultrasonido mostraban que el producto de la concepción (V2) presentaba una edad gestacional y desarrollo por debajo de lo esperado (37.7 SDG), en opinión de la especialista de este Organismo Nacional, fue posible establecer la factibilidad de que el producto de V1, cursara con alteraciones del crecimiento, que no fueron identificadas oportunamente tanto en la UMF-2 como en el HGO-15, lo cual contribuyó al deterioro de las condiciones

clínicas del producto de la concepción V2, aunado a la falta de registro adecuado del trabajo de parto señalado previamente.

**65.** V1 continuó con sus valoraciones periódicas en el servicio de toco cirugía, y el día 8 de enero de 2018 acudió refiriendo dolor al HGO-15, ocasión en que le fue practicada una prueba sin estrés fetal, la cual fue reportada como reactiva, es decir, normal, por lo que le fue indicado acudir tres días después para ser revalorada.

**66.** A las 09:00 horas del 10 de enero de 2018, V1 acudió al servicio de urgencias toco cirugía del HGO-15 debido a que, minutos antes había expulsado un “*tapón mucoso*” y presentaba cólicos irregulares con movimientos fetales presentes, siendo hasta ese momento en que se le realizó el partograma para monitoreo estrecho del trabajo de parto.

**67.** Mediante valoración física que le fue realizada a V1 ese mismo día, SP2 identificó un producto único sin frecuencia cardiaca fetal, con tono uterino normal, tacto vaginal con cérvix central, blando, 1 centímetro de dilatación, 70% de borramiento, membranas íntegras, por lo que ante estos hallazgos clínicos solicitó la toma de un ultrasonido obstétrico, mismo del que no existe reporte en el expediente clínico, y el cual concluyó como diagnóstico, óbito en embarazo de 41 semanas de gestación por ultrasonido transplado, ordenándose el ingreso de V1 al área de labor, donde fue descrita con membranas íntegras, tono uterino normal, sin frecuencia cardiaca fetal auscultable, identificando cuello del útero central de ½ centímetro de longitud, un centímetro de dilatación y 70% de borramiento, ordenando como plan de tratamiento la administración de soluciones intravenosas y toma de muestras para exámenes preoperatorios, por lo que al no progresar la inducción del trabajo de parto, V1 fue programada para cesárea, obteniéndose mediante inducción del trabajo de parto un producto único muerto del sexo

masculino, de 41 semanas de gestación, 3030 kilogramos de peso, placenta calcificada y con anhidramnios<sup>7</sup>, así como dos circulares de cordón, el primero al cuello y el segundo al tobillo izquierdo.

**68.** De estos hallazgos del trabajo de parto llaman la atención que en la hoja de vigilancia y atención del parto suscrita por SP3, además del óbito, se establecieron como diagnósticos desproporción cefalopélvica (DCP) por factor materno; sin embargo, en ninguna nota de las consultas de valoración previa a esta fecha que tuvo V1 en el servicio de tococirugía, se identificó o hizo mención de algún factor materno que pudiera derivar en un resultado adverso o que ameritara de una valoración más estrecha, por lo que se desconoce el tipo de factor materno al que le atribuyó la distocia<sup>8</sup>.

**69.** La desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica establecida como diagnóstico, se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis; cuando se habla de desproporción por causas maternas como en el presente caso, se está haciendo referencia a que existen alteraciones de tipo óseas en la pelvis (estrechez pélvica), tejidos blandos (cicatrices previas en cérvix, alteraciones anatómicas genitales), o alteraciones dinámicas (contractilidad anormal o insuficiente).

**70.** Tomando en cuenta este diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica de causas maternas, la especialista de esta Comisión Nacional determinó que en el presente caso, esta alteración no se identificó de manera oportuna, ya que no existe ningún

---

<sup>7</sup> Ausencia de líquido amniótico.

<sup>8</sup> Parto lento, doloroso y difícil.

tipo de referencia en las notas medicas previas de revaloración, que permitieran hacerlo a los médicos tratantes y dado que tampoco existe ninguna anotación posterior no es posible conocer el tipo de distocia de la que se trató. Esta situación, también se encuentra descrita en el informe de fecha 19 de febrero de 2018 signada por el Director del HGO-15, en el que asentó que *“la paciente fue valorada en múltiples ocasiones durante la consulta externa y servicio de admisión continua... (...)...no se encontraron condiciones para interrupción del embarazo por indicación materna o fetal, en espera de desencadenar trabajo de parto y llegar al término completo”*.

**71.** Es de llamar la atención, también, lo descrito por SP3 en hallazgos como *“Placenta pequeña, calcificada, anhidramnios (ausencia de líquido amniótico), cordón con circulares a cuello y tobillo izquierdo”*, toda vez que en el ultrasonido practicado ocho días antes a V1, se había reportado datos prácticamente contrarios por *“líquido amniótico normal (Chamberlain 4.4), placenta con grado de madurez II, sin colecciones peri- placentarias”*.

**72.** Sobre lo cual la especialista de este Organismo Nacional, indicó que el reporte de las condiciones placentarias resulta importante, toda vez que la bibliografía médica indica que en las gestantes con embarazo prolongado, como lo fue V1, el oligohidramnios<sup>9</sup> y el anhidramnios son marcadores perinatales patológicos siempre que estén presentes, máxime si se prolonga la gravidez y existe senescencia placentaria<sup>10</sup>, que en el presente caso, no solamente se identificó la disminución del líquido amniótico, sino su ausencia en el saco gestacional, por lo que fue posible determinar que existió una discordancia entre los datos arrojados por el estudio

---

<sup>9</sup> Disminución de líquido amniótico.

<sup>10</sup> Placenta caracterizada por calcificaciones, infartos y depósitos de fibrina, junto con vellosidades con capilares escasos, sinusoidales y dilatados, que puede llevar a comprometer la oxigenación fetal. El envejecimiento placentario con la presencia de calcificaciones en gestación a término no altera de modo alguno el funcionamiento placentario; sin embargo, en gestaciones posttérmino, conlleva una insuficiencia placentaria y una hipoxia.

ultrasonográfico y los identificados durante la obtención del producto; concluyendo que la actuación del obstetra para decidir el momento de la terminación de la gestación, debe radicar en balancear entre los riesgos de la prematuridad y los riesgos de dejar el feto en un ambiente hostil, que pueden llevar a complicaciones a corto y largo plazo, lo cual, en el presente caso, no ocurrió.

**73.** En el dictamen médico de esta Comisión Nacional se estableció que, las valoraciones médicas realizadas a V1 en el HGO-15, desde el día 18 de diciembre de 2017 y hasta el día 8 de enero de 2018, fueron omisas y poco exhaustivas, ya que no permitieron valorar de forma oportuna la viabilidad del trabajo de parto e identificar de forma oportuna la desproporción céfalo-pélvica, por lo que los médicos tratantes AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 no estuvieron en posición de identificar oportunamente esta alteración del trabajo de parto finalmente descrita, situación que contribuyó al deterioro de las condiciones generales de V2 y su posterior fallecimiento, aunado a que la falta de identificación oportuna de la alteración en la dinámica del trabajo de parto y la distocia “por factor materno”, se consideran un factor necesario para que las condiciones de detención del trabajo de parto persistan, y dicha alteración es suficiente para que el trabajo de parto evolucione de manera anormal hasta la aparición de calcificaciones placentarias y pérdida completa de líquido amniótico, tal y como se identificaron en el caso que nos ocupa.

**74.** En conclusión, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, incumplieron con su deber de garantizar con calidad y oportunidad la atención médica en el HGO-15, lo que repercutió en el deterioro de la salud y fallecimiento de V2, 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; 51, 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, la norma oficial mexicana

NOM-007-SSA2-2016 y la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), así como la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

### **B. Derecho a la vida.**

**75.** Esta Comisión Nacional recuerda que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida<sup>11</sup>-. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

**76.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

---

<sup>11</sup> La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

**77.** 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.

**78.** La SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”*<sup>12</sup>.

**79.** 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 clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la “Declaración de Ginebra” de 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” de 1949, y la “Declaración de Lisboa” de 1981, adoptados por la Asociación Médica Mundial, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

**80.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 en la UMF y en el HGO-

---

<sup>12</sup> “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, pág. 24.

15 del IMSS, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V2.

**81.** La atención médica brindada a V1 durante el control prenatal en la UMF-2 y en las valoraciones médicas realizadas del 18 de diciembre de 2017 al 8 de enero de 2018 en el HGO-15, fueron omisas y poco exhaustivas, toda vez que en la UMF-2 no se investigó a profundidad las discordancias de la edad gestacional de V2, y en el HGO-15 no se estableció de forma oportuna la viabilidad del trabajo de parto e identificó la alteración en la dinámica del trabajo de parto y la distocia -por factor materno-; omisiones que contribuyeron al deterioro de las condiciones generales de V2 y su posterior fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

### **C. Derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica.**

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

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

**84.** En la Recomendación General 31/2017, emitida por este Organismo Nacional el 31 de julio de 2017, se estableció que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal

médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer y conlleva, entre otros, la afectación al derecho humano a la integridad personal en su aspecto físico como psicológico.

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

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

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

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

**89.** La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica “(...) *el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (...) en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto*”.<sup>13</sup>

**90.** En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a 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 (...)*”.

**91.** En la precitada Recomendación General 31/2017, se estableció que “*una de las consecuencias más graves de la violencia obstétrica, es la que tiene como resultado*

---

<sup>13</sup> Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 28.

*la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación, situación que pudiera evitarse en algunas ocasiones con una atención médica oportuna”.<sup>14</sup>*

**92.** Respecto de los hechos que constituyeron violación obstétrica, se advierte que el personal médico de la UMF-2 que tuvo a su cargo el control prenatal de V1, omitió proporcionarle la atención médica con la calidad y la oportunidad que permitiera identificar la discordancia entre el desarrollo del producto de la concepción y la edad gestacional, lo que repercutió en que V1 no fuera referido a un segundo nivel de atención de manera prioritaria.

**93.** AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 del HGO 12, fueron omisos y poco exhaustivos, toda vez que no valoraron de forma oportuna la viabilidad del trabajo de parto, a efecto de identificar previamente la imposibilidad de parto por vía vaginal por causas maternas de V1, situación que contribuyó al deterioro de las condiciones generales del producto V2.

**94.** En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 y el personal médico a cargo del control prenatal de V1, contravinieron los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, por los que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia, así como la supracitada Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal, en la que se establece que durante el trabajo de parto, se debe ofrecer a la paciente información amplia y detallada, así como atender su bienestar físico y emocional partiendo siempre del

---

<sup>14</sup> CNDH. Recomendación General 31 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud”, de 31 de julio de 2017, párrafo 196.

respeto a sus derechos humanos y al no hacerlo vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de V1, lo que trajo aparejado el padecimiento de V2.

#### **D. Derecho de acceso a la información en materia de salud.**

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

**96.** La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.<sup>15</sup>

**97.** 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.”*<sup>16</sup>

**98.** Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-004-SSA3-2012 advierte que *“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente;*

---

<sup>15</sup> CNDH. Recomendación 23/2020 párr 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

<sup>16</sup> Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

*además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

**99.** 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.”*<sup>17</sup>

**100.** También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.<sup>18</sup>

**101.** Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-004-SSA3-2012, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del

---

<sup>17</sup> CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

<sup>18</sup> CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 5/2021, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 21/2019 y 26/2019.

**102.** De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V1 en el HGO-15, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la citada Norma Oficial Mexicana, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

**103.** En el dictamen médico de este Organismo Nacional se concluyó que existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012 en el HGO-15, debido a que en diversas notas médicas se omitió plasmar el nombre completo y firma del médico que elaboró la nota médica correspondiente; algunas de ellas ilegibles, así como uso excesivo de abreviaturas.

**104.** La idónea 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 la paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad

responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.

### **E. Responsabilidad.**

**105.** Tal y como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la actuación del personal médico de la UMF-2 y del HGO-15, fue omisa en proporcionar a V1 la atención médica oportuna y adecuada que permitiera prevenir las complicaciones que desencadenaron con la muerte de V2, incumpliendo con lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal y en la NOM-007-SSA2-2016.

**106.** En el caso existen evidencias que permiten establecer que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 omitieron desempeñar con la debida diligencia las obligaciones contenidas en los artículos 7, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de las personas servidoras públicas de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

**107.** Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V1, respecto de la inadecuada elaboración de las notas médicas del HGO-15, que repercute en la integración apropiada de dicho instrumento, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-004-SSA3-2012, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

**108.** De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la 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 el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, cuya intervención y responsabilidad se describen en esta Recomendación.

**109.** Si bien del expediente clínico integrado en la UMF-2 no es factible precisar qué personal médico obstaculizó u omitió tomar acciones tendentes a garantizar un control prenatal adecuado para V1, a efecto de dar plena efectividad al derecho a la protección de la salud del binomio materno-fetal, existen elementos para que el Órgano Interno de Control en el IMSS inicie una investigación para deslindar responsabilidades y que las personas servidoras públicas responsables, respondan en la medida de su propia responsabilidad y sean sancionados por omitir garantizar a V1 y V2 el disfrute del derecho humano aludido, a fin de que esas conductas no se repitan.

#### **F. Reparación integral del daño.**

**110.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la

posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

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

**112.** Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es

necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

**113.** Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de V1, para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fue objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

**a) Medidas de Rehabilitación.**

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

**115.** En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS, deberá proporcionar a V1 la atención médica, psicológica y tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas de edad y género.

**116.** Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y

suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

**117.** De igual modo, con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, el IMSS deberá efectuar a V1 una valoración psicológica que sirva para detectar las secuelas que pudiera actualmente presentar derivadas de la pérdida de la vida de V2, a efecto que se le brinde atención y seguimiento acorde a los resultados obtenidos.

#### **b) Medidas de Compensación.**

**118.** Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.<sup>19</sup>

**119.** La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, así como, por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenído de los hechos violatorios de derechos humanos.

---

<sup>19</sup> Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.

**120.** Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1, por la mala práctica que derivó en la pérdida de la vida de V2, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio.

**c) Medidas de Satisfacción.**

**121.** Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

**122.** En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación , así como en la denuncia que se interponga ante la Fiscalía General de la República, a efecto de dar cumplimiento a los puntos cuarto y quinto recomendatorios.

**123.** Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto y quinto, se deberán informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

**d) Medidas de no Repetición.**

**124.** Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas; y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.

**125.** Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guía de Práctica Clínica, citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo de la UMF-2 y del HGO-15, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como a los galenos que tuvieron a su cargo el control prenatal de V1, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto sexto recomendatorio.

**126.** Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de la UMF-2 y del HGO-15, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, para garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten. Asimismo, se deberán remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten el cumplimiento al punto recomendatorio séptimo.

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

## **V. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación y en términos de la Ley General de Víctimas, se brinde la reparación integral por los daños causados a V1, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica que derivó en la pérdida de vida de V2, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue la atención médica, psicológica y tanatológica que requiera V1, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Que los servicios institucionales del IMSS, efectúen a V1 una valoración psicológica que sirva para detectar las secuelas que pudiera actualmente presentar derivadas de la pérdida de la vida de V2, y se le brinde atención y seguimiento acorde a los resultados obtenidos, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**CUARTA.** Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como del personal médico que tuvo a cargo el control prenatal de V1, ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente ante la Fiscalía General de la República, en contra del personal médico, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención médica de V1 y control prenatal de V2, que derivaron en la pérdida de su vida, se aporten todas las evidencias necesarias en la carpeta de investigación que se inicie, y se remitan a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

**SEXTA.** Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico de la UMF-2 y del HGO-15, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como el personal médico que tuvo a cargo el control prenatal de V1, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SÉPTIMA.** En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en el estado de Chihuahua, particularmente de la UMF-2 y HGO-15, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, para garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

**OCTAVA.** Se designe a la persona servidora pública 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 sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

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

**129.** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de



quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

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

**PRESIDENTA**

**MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA**