

**RECOMENDACIÓN NO. 80 /2022**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, Y A LA VIDA E INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2 EN EL HOSPITAL RURAL DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR EN MAPASTEPEC Y EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 EN TAPACHULA, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN CHIAPAS.**

**Ciudad de México, a 20 de abril de 2022.**

**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, 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/3506/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.

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; 1, 3, 9 y 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 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 el que se describe el significado de las claves, siglas, acrónimos o abreviaturas 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 son las siguientes:

Denominación	Siglas, acrónimos o clave
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Médico Pasante del Servicio Social	MPSS
Carpeta de Investigación	CI

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno y expedientes, se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Nombre	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Organismo Nacional/ Comisión Nacional /CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Cridh
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales	UCIN
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita
Hospital Rural del Programa IMSS-BIENESTAR (antes PROSPERA) en Mapastepec, Chiapas	Hospital Rural
Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tapachula, Chiapas	HGZ 1
Hospital General de Tapachula de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas	Hospital Estatal
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

## I. HECHOS

5. Por escrito de fecha 8 de marzo de 2019, V1 y V3 presentaron ante esta CNDH una queja, mediante la cual expusieron que a los seis meses de embarazo, V1, de 29 años de edad, comenzó su control prenatal en el Hospital Rural en Mapastepec, Chiapas, sin presentar molestia alguna. Sin embargo, por la noche el 26 de mayo de 2018, V1 y V3 acudieron al dicho nosocomio, ya que desde el día anterior V1 sintió un dolor “*debajo de su ombligo*”, el cual se intensificó ese día.

6. V3 narró que se comunicó con AR2, de ese hospital, a quien planteó la situación de V1, y éste contestó que AR3 la atendería. Personal de enfermería dijo a V3 que ya tenían que operar a V1 porque “*la vieron mal*”, pero no había médicos debido a que era sábado, por lo que nuevamente habló con AR2, quien le indicó que acudirían PSP1 y PSP2. Cuando éstas llegaron, V1 ingresó a quirófano, registrándose que el 27 de mayo de 2018 a las 02:59 horas nació V2.

7. Agrega V3 que PSP1 y PSP2 le mencionaron que V1 estaba bien, pero V2 tenía problemas respiratorios: “*se había hecho popó adentro y había comido meconio*” durante el trabajo de parto. A las 08:00 horas de esa fecha, PSP3 informó a V3 que V2 estaba mal; después le refirió que sería trasladada al “*IMSS en Tapachula, Chiapas*”, y se realizaron los trámites para ello. Al llegar al HGZ 1, personal de enfermería recibió a V2, la introdujeron al área de pediatría, le colocaron una pulsera de identificación, y a V3 le preguntaron datos de V2.

8. Sin embargo, llegó AR4 y le dijo que no podían brindar a V2 el servicio porque no estaba “*dada de alta*” en el IMSS, salvo que pagara una cantidad de dinero. V3 le insistió que la recibieran con el compromiso de registrarla al día hábil siguiente, ya que era domingo, y él sí era derechohabiente de ese Instituto, a pesar de implorarle que “*tuviera voluntad de atendérmela porque era una vida y no un enganche de un vehículo*”, AR4 se negó; por lo que V3 salió del hospital y pidió al personal de la ambulancia que trasladó a V2, la llevaran al Hospital Estatal de Tapachula, Chiapas, lo cual hicieron.

9. V3 consideró que V2 fue atendida de manera adecuada en el área de pediatría de ese Hospital Estatal. Al día siguiente, 28 de mayo de 2018, tramitó el registro de afiliación de V2 en el IMSS y el 29 de ese mes y año, regresó al HGZ 1 en una ambulancia que demoró varias horas en llegar. El 30 de mayo de 2018, el médico de turno, PSP5, le dijo que V2 estaba grave; tres minutos después informó que acababa de fallecer, por lo que ambos padres han señalado que fue por “*negligencia médica*” que V2 perdió la vida.

## II.EVIDENCIAS.

10. Escrito de queja, presentado el 8 de marzo de 2019 en este Organismo Nacional, suscrito por V1 y V3.

11. Oficios V4/37338 y V4/43275, de 13 de junio y 8 de julio de 2018, por los que este Organismo Nacional solicitó al IMSS el informe sobre los hechos motivo de la queja.

12. Oficio 095217614C21/1743, de 5 de julio de 2019, mediante el cual la Jefatura del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS remitió el oficio 070202260200/D.H/0234/2019, de 1 de julio de 2019, por el cual AR5 del HGZ 1 en Tapachula, rindió el informe respecto a la atención que se dio a V2 los días 29 y 30 de mayo de 2018.

13. Oficio 095217614C21/1869, de 22 de julio de 2019, por el que el IMSS remitió las siguientes documentales:

**13.1** Informes de 7 y 8 de julio de 2019, suscritos por PSP1, adscrito a Cirugía para los servicios rurales de salud, y por PSP2, médico anesthesiólogo para los servicios rurales de salud, ambos del Hospital Rural Mapastepec.

**13.2** Oficio DHRB 153/2019, de 9 de julio de 2019, mediante el cual personal del Hospital Rural emitió una Opinión Técnico Médica sobre el servicio médico que se brindó a V1 y a V2 en dicho nosocomio.

**13.3** Copia del expediente clínico de V2 integrado en el HGZ 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, de la que destaca la siguiente documentación:



**13.3.1** Nota de ingreso del servicio de urgencias pediátricas, de 29 de mayo de 2018, de las 00:45 horas, suscrita por PSP4.

**13.3.2** Nota médica de 30 de mayo de 2018, de las 08:00 horas, suscrita por PSP5.

**13.3.3** Nota médica del 30 de mayo de 2018, estableciendo su defunción a las 10:30 horas, indicando como causas de muerte síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de aspiración de meconio y asfixia perinatal, sin nombre y firma.

**13.3.4** Certificado de defunción de V2 del 30 de mayo de 2018, señalando como causa de muerte síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de aspiración de meconio, asfixia perinatal y sufrimiento fetal, firmado por PSP5.

**13.3.5** Nota de traslado de V2 del Servicio Pediátrico del Hospital General Tapachula de la Secretaría de Salud de Chiapas al HGZ 1 del IMSS.

**14.** Oficio 095217614C21/2176, de 16 de agosto de 2019, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, copia de los expedientes clínicos de V1 y V2 integrados en el Hospital Rural, de los que destacan las siguientes constancias:

**14.1** Resultados de tres ultrasonidos obstétricos, de fechas: 30 de noviembre de 2017, 19 de marzo y 15 de mayo de 2018, realizados a V1 en consultorio particular.

**14.2** Cuatro notas médicas del servicio de ginecología y obstetricia, 2 de abril y del 14 y 21 de mayo todas de 2018, sobre la atención a V1 por AR1.

**14.3** Nota de valoración de V1 en el área de urgencias del Hospital Rural del 26 de mayo de 2018 a las 23:50 horas, suscrita por AR3.

**14.4** Hoja de Vigilancia y Atención del Parto de V1, del 26 de mayo de 2018 a las 23:50 horas, elaborada por AR3.

**14.5** Hoja de Evaluación y Monitoreo del trabajo de parto de V1 del 26 de mayo de 2018, en que se señala la frecuencia cardiaca fetal de V2 cada 20 minutos, sin firma.

**14.6** Notas de atención médica a V1 del servicio de cirugía del Hospital Rural, con error en fecha de “7 de mayo de 2018”, siendo la correcta el 27 de mayo de 2018), de las 02:00 horas, suscrita por PSP1, en la que refiere que acude a petición de AR2, por no contar con ginecólogo en turno, “*paciente con alto riesgo de complicaciones y muerte materna*”, y nota del servicio de anestesiología de 27 de mayo de 2018, de PSP2.

**14.7** Nota postquirúrgica de 27 de mayo de 2018, de las 04:15 horas, en la que se menciona: “... *se observa meconio+++; RN femenino...*” y Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, de esa fecha, suscritas por PSP1.

**14.8** Historia Clínica de V1, de 27 de mayo de 2018, de las 06:00 horas, y nota de ingreso al servicio de ginecología de esa fecha y hora, suscritas por un MPSS.

**14.9** Nota de evolución del servicio de ginecología y obstetricia de V1, de 27 de mayo de 2018, de las 09:00 horas, suscrita por PSP1.

**14.10** Certificado de nacimiento de V2 del 27 de mayo de 2018, señalando como hora las 02:59, de sexo mujer, firmada por el MPSS.

**14.11** Nota de ingreso de V2 a cunero patológico, de 27 de mayo de 2018, de las 05:00 horas, en la que se menciona: “*sin médico de base pediatría*” y las condiciones de su ingreso a esa área, entre otros datos, elaborada por un MPSS.

**14.12** Historia Clínica Perinatal de V2 sin fecha, elaborada por AR1.

**14.13** Nota de evolución de V2, de 27 de mayo de 2018, de las 08:07 horas, en la que se asienta “*RN femenino 5 horas... dificultad respiratoria secundaria Pb SAM, no se cuenta con Rx tórax, pendiente estudios... pronóstico reservado GRAVE.*”

**14.14** Solicitud de interconsulta al servicio de UCIN para V2, de 27 de mayo de 2018, suscrita por PSP3, autorizada por AR2, en la que se indican los diagnósticos de “*RN de 40 semanas/PAEG/Síndrome dificultad respiratoria aguda/Descartar síndrome de aspiración de meconio*”; “*amerita atención hospital cuenta con UCIN*”.



**15.** Oficio 095217614C21/3593, de 9 de diciembre de 2019, por medio cual el IMSS remitió copia del Acuerdo de 11 de octubre de 2019, en sentido improcedente, que sobre el caso emitió la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto.

**16.** Acta Circunstanciada de 8 de septiembre de 2020, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida con personal adscrito a la Subdirección Jurídica de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, quien refirió que PSP6, del Hospital Estatal informó que no era posible remitir a este Organismo Nacional, copia del expediente clínico de V2, debido a su extravío.

**17.** Acta Circunstanciada de 8 de octubre de 2020, en la que se hizo constar la recepción de un correo electrónico del IMSS, al que adjuntó copia de diversa documentación, entre la que destaca la Hoja de traslado de V2 del Hospital Estatal de Tapachula del estado de Chiapas al HGZ 1 del IMSS en esa localidad.

**18.** Oficio DG/SAJ/DNC/5003/8102/2020, de 28 de octubre de 2020, por el cual el Instituto de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas comunicó que el extravío del expediente clínico de V2 se hizo del conocimiento de la Fiscalía General del Estado de Chiapas, y adjuntó la constancia respectiva.

**19.** Opinión Médica de 30 de junio de 2021, emitida por una especialista en medicina forense adscrita a este Organismo Nacional.

**20.** Acta Circunstanciada de 2 de julio de 2021, en la que se asentó la comunicación telefónica sostenida con la persona representante legal de V1 y V3, quien refirió que la Carpeta de Investigación radicada en la Fiscalía General de la República en Tapachula, Chiapas, aún continúa en trámite.

**21.** Acta Circunstanciada de 10 de agosto de 2021, en la que se hace constar la solicitud que mediante correo electrónico de esa fecha se formuló a personal del IMSS, relativa a los informes de los conductores de las ambulancias relacionadas con el caso de V2; así como la respuesta del IMSS, por el mismo medio, a la que adjuntó copia de una tarjeta informativa de PSP8 del Hospital Rural.



### III. SITUACIÓN JURÍDICA

**22.** El 8 de marzo de 2018, se recibió en este Organismo Nacional el escrito de queja de V1 y V3, a través de su representante legal, integrante de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas delegación Tapachula, Chiapas, en contra de personal del HGZ 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, y de AR4, por lo que se inició el expediente de queja CNDH/4/2019/3506/Q; en consecuencia, para documentar las violaciones a los Derechos Humanos se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

**23.** V1 y V3 en su queja, mencionaron que por los mismos hechos el 25 de junio de 2018 presentaron una denuncia ante la Fiscalía General de la República en Tapachula, Chiapas, cuya C.I aún se encuentra en integración.

**24.** Derivado de la queja que V1 y V3 presentaron en contra de personas servidoras públicas del HGZ 1 del IMSS, el 11 de octubre de 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, respecto al caso de V1 y V2, emitió Acuerdo de improcedencia de queja desde el punto de vista médico.

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

**25.** En atención a los hechos mencionados y a las evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/3506/Q, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida e interés superior de la niñez en agravio de V2, y a la protección de la salud en agravio de V1, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

## A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

**26.** El derecho de protección a la salud está previsto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en su artículo 12 señala: *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”*, y reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud. Además, considera que el Estado y las Instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.<sup>1</sup>

**27.** La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 1º, establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ésta y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es Parte, así como de las garantías para su protección.

**28.** También señala que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales de la materia, favoreciendo en todo momento a las personas la protección más amplia y, las autoridades en el ámbito de sus competencias están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

**29.** Específicamente, la protección de la salud es un derecho humano que se encuentra previsto en el artículo 4, párrafo cuarto, de la citada Constitución Federal. Y, acorde con lo expuesto en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que

---

<sup>1</sup> “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General N° 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, del 11 de agosto de 2000, párr. 33.



se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

**30.** Ahora bien, el mencionado artículo 4 de la Constitución Federal, en su párrafo noveno ordena que, en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos, entre estos, está el derecho a la protección de la salud.

**31.** Por su parte el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" reconoce el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, destacando dos cuestiones fundamentales como obligaciones del Estado: a) *“La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad”*, y f) *“La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”*.

**32.** El acceso al goce del más alto nivel posible de salud, *“implica el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, que es la exigencia de que los servicios en la materia sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado, así como las condiciones sanitarias adecuadas”*<sup>2</sup>.

**33.** Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, 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

---

<sup>2</sup> SCJN. Amparo en revisión 378/2014, Párr. 11 y 12.

la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

**34.** 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 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que prevé: *“En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo”*; así como en el diverso 26 del mismo ordenamiento que decreta: *“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 Hospital Rural.

#### **A.1. Derecho a la salud materna e infantil**

**35.** El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General No. 24 *“La mujer y la salud”*, afirma que *“[...] el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*<sup>3</sup> y que es *“obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) Recomendación General 24. La Mujer y la Salud; 2 de febrero de 1999, Párr. 1.

<sup>4</sup> *Ídem*, Párr. 27.

**36.** En concordancia, es conveniente destacar que en la Observación General No. 15 “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, del Comité de los Derechos del Niño se señala, “[...] *los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, [...] la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto*”<sup>5</sup>.

**37.** De igual modo, como parte del tercer Objetivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de la Organización de las Naciones Unidas, se ha contemplado el tema de niñez y salud para: “*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”; dicha Agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “*estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*”<sup>6</sup>, garantizando su salud y bienestar.

**38.** Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “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/o 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>7</sup>.

**39.** Al respecto, es necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como se ha sostenido en la

---

<sup>5</sup> Observación General No.15 *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

<sup>6</sup> ONU. “*Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente*” (2016-2030), 2015.

<sup>7</sup> CIDH. Informe “*Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

Recomendación General 31/2017, Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, *“existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro<sup>8</sup>, por lo que al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal<sup>9</sup>”*.

**40.** Complementariamente el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño, respecto al derecho de protección de la salud de la niñez, que señala que *“los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”*. De manera complementaria, en el párrafo 2 establece que se adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil de salud. En este sentido el I Comité de los Derechos del Niño, y la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, de la ONU en la Observación General No. 15 *“Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, establece que todas las mujeres, niños y adolescentes tienen el derecho humano de alcanzar el grado más alto posible de salud.

---

<sup>8</sup> CNDH. Observación General no. 31/2017 *“Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”*, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

<sup>9</sup> *Ibidem*, párr. 181.



**A.2. Deficiente e inadecuada atención médica prenatal y en el parto que se brindó a V1 en el Hospital Rural IMSS-BIENESTAR en Mapastepec, Chiapas, así como precaria la infraestructura del mismo.**

41. Es de suma importancia hacer notar que, si bien los hechos motivo de la queja se refieren a lo ocurrido en el HGZ No. 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, para este Organismo Nacional protector de Derechos Humanos no pasó inadvertido que, a pesar de haberseles proporcionado el servicio médico a V1 y a V2 en el Hospital Rural, incluso previo al parto, éste fue deficiente e inadecuado, lo que originó e incrementó las complicaciones en la salud de V2, que derivaron en la pérdida de la vida, así como en el riesgo que de manera innecesaria se colocó a V1 en la afectación de su integridad física, incluso de vida, ya que además, dicho nosocomio no contaba con los recursos humanos y materiales necesarios que el caso requería siendo un hospital de atención primaria, ni se tomaron las medidas correctas para garantizar el derecho a la protección de la salud, como lo establecen las normas internacionales y nacionales referidas en párrafos precedentes.

42. V3 en su queja afirmó que a los seis meses de embarazo, V1 llevó el control prenatal en el Hospital Rural, ya que anteriormente su control lo hacía en una instancia médica particular y durante el mismo *“todo marchaba bien”*.

43. Sin embargo, conforme a las constancias que integran el expediente clínico de V1, el 14 de mayo de 2018 fue valorada por AR1 y un médico pasante del servicio social (MPSS), en el servicio de ginecología y obstetricia de ese nosocomio, y en su nota médica asentaron que se encontró a la paciente con “[...] *secreción transvaginal blanquecina, grumosa y fétida*”, lo cual en Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional, son signos clínicos compatibles con una infección cérvico vaginal como factor de riesgo obstétricos, y omitieron prescribir de acuerdo con las características clínicas y la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres en edad Reproductiva en el Primer Nivel de Atención, el tratamiento correspondiente a base de antibióticos, por lo que expusieron a V1 a que desarrollara trabajo de parto y endometriosis.



**44.** Acorde con la citada Opinión Médica, AR1 y el MPSS omitieron realizar medición, registro e interpretación del crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y de la persona recién nacida; por lo que se afirma que la atención no fue completa ni adecuada e incrementó el riesgo de V1 a desencadenar parto y endometriosis.

**45.** En la consulta prenatal del 21 de mayo de 2018, AR1, y el MPSS revaloraron la evolución de V1, anotando en nota médica que cursaba con un embarazo de 36.3 a 38.3 semanas de gestación por ultrasonidos, cesárea previa con periodo intergenésico corto, por lo que programaron la interrupción de este mediante cesárea para el 29 de ese mes y año.

**46.** De acuerdo con la referida Opinión Médica, AR1 y el MPSS tampoco interpretaron resultados de estudios de laboratorio, no se advirtió en la nota que se haya orientado a V1 sobre la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna como lo dispone la citada NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y de la persona recién nacida, por lo que no fue completa ni adecuada la atención médica que se le brindó en esa ocasión, impidiendo identificar factores de riesgo y prevenir complicaciones, como le sucedió.

**47.** Tres días antes de la fecha programada para la práctica de la cesárea (29 de mayo de 2018), el 26 de ese mes y año, a las 23:50 horas, V1 acudió al Hospital Rural por presentar dolor abdominal tipo obstétrico desde las 18:00 horas de ese día, siendo valorada por AR3, quien previa exploración física, determinó que estaba en trabajo de parto en fase latente y que el feto presentaba taquicardia de 195 latidos por minuto, lo que en Opinión Médica de personal de este Organismo Nacional y de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y de la persona recién nacida, los valores por arriba de 160 latidos por minuto, son indicativos de hipoxia leve.



**48.** AR3 en su nota médica también señaló que la taquicardia era un dato de sufrimiento fetal y V1 estaba en riesgo inminente de ruptura uterina debido a una cesárea previa menor a 18 meses; factores que, de acuerdo con la citada Opinión Médica, incrementaron el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal y, conforme a la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea, son indicaciones absolutas fetales y maternas que ameritan la práctica urgente de una cesárea, a fin de prevenir complicaciones en ese sentido, lo que V1 requería con prontitud.

**49.** Conforme a dicha Opinión Médica sobre el caso, la bibliografía médica “[...] describe que la mayor parte de la morbimortalidad perinatal se encuentra relacionada a trastornos hipóxicos traumáticos, infecciosos y farmacológicos, siendo los más frecuentes los asociados con la falta de oxígeno”, tales como “[...] encefalopatía hipóxico-isquémica”, dejando consecuencias como parálisis cerebral, entre otros daños.

**50.** Por otra parte, AR3 asentó en su nota que no contaban con el servicio de laboratorio en turno, por lo que se solicitó a un medio particular; en ese momento tampoco había médico ginecólogo; todo lo que comunicó a AR2 del Hospital Rural, a fin de normar conducta a seguir.

**51.** Sobre ello, es conveniente asentar lo expuesto por V3 en su queja respecto a que, si bien V1 fue atendida por AR3, las enfermeras externaron que la paciente requería de una cesárea urgente porque “*la veían mal*” y él señaló que aún no llegaban los médicos que AR2 aseguró le asistirían (PSP1 y PSP2).

**52.** Por su cuenta, PSP1 y PSP2 en sus respectivos informes señalaron que entre la 01:30 y 01:45 horas del 27 de mayo de 2018, cada uno recibió la llamada de AR2, quien solicitó su apoyo para atender a V1, por lo que aun estando fuera de su horario laboral, arribaron al Hospital Rural alrededor de las 02:00 horas de ese día.



53. PSP1, en su informe de 7 de julio de 2019, precisó que valoró y diagnosticó a V1, con: “[...] embarazo de 37 semanas por ultrasonido del tercer trimestre, con trabajo de parto en fase latente, periodo intergenésico corto, cesárea previa (1 año y 3 meses), con alto riesgo de ruptura uterina por presencia de dolor intenso en región suprapúbica, **taquicardia fetal persistente, sufrimiento fetal**, integrándose como urgencia absoluta”. Agregó que, se solicitó a V1 y a V3 su autorización para “[...] el pase [de V1] a quirófano de urgencia, previa información del diagnóstico, riesgos del procedimiento quirúrgico” para el binomio materno-fetal y con la “[...] ausencia de pediatra en turno por no ser horario laboral del mismo”.

54. En la nota médica de PSP1, de las 02:00 horas, del 27 de mayo de 2018, asentó que acudía a petición de AR2 para la atención, por no contar con ginecólogo en turno, y asentó: “[...] apoyo para atención de paciente con alto riesgo de complicaciones y muerte materna.

55. Asimismo, señaló que se tuvieron como hallazgos quirúrgicos “[...] segmento uterino muy adelgazado con peritoneo vesical impregnado de meconio +++, ruptura parcial de histerorrafia de cesárea previa y desgarro en trayecto del cérvix de 4 centímetros aproximadamente, se extrae recién nacido del sexo femenino siendo las 02:59 hrs. del día 27 de mayo de 2018, entregándole al médico para su pronta atención quien nos informa de 40 semanas por Capurro, peso de 3735 gr y calificación de Apgar de 6 y 8 al minuto y cinco minutos respectivamente, se concluye acto quirúrgico... reparación del desgarro cervical. Se informa ampliamente a paciente y esposo [...]” V1 fue dada de alta médica el 29 de mayo de 2018, por mejoría.

56. En la Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 27 de mayo de 2018, suscrita por PSP1, en el apartado de “Descripción Técnica”, mencionó que se extrajo recién nacida y se entregó al MPSS para su atención.

57. Sin embargo, de lo antes referido se evidencia que V1 presentó riesgo inminente de ruptura uterina y considerando la Opinión Médica precitada, cursó de manera

innecesaria con trabajo de parto que aumentó el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal, ya que requería de una cesárea urgente, previa a presentar dicho trabajo de parto. A pesar de ello y de que presentó un desgarro uterino, que si bien no fue grave y se reparó, aún fue oportuna la práctica de esa cirugía, pero es incuestionable que V1 tuvo una afección en su integridad física y fue expuesta a tales riesgos.

**58.** En el presente caso se advierte inadecuada atención médica, toda vez que a pesar de las condiciones en que V1 se encontraba al arribar al Hospital Rural (con urgencia obstétrica, atribuible a una cesárea previa con periodo corto, riesgo inminente de ruptura uterina y sufrimiento fetal) y que AR3 tenía conocimiento que dicho nosocomio no cuenta con la capacidad, recursos e infraestructura necesarios (falta de personal de ginecología, pediatría, laboratorio en turno, ni unidad de cuidados intensivos neonatales) para la debida atención del binomio materno-fetal, debió de realizar de manera inmediata las acciones conducentes para trasladarla a un establecimiento médico que contara con el equipo necesario para ello, pero no se llevó a cabo, siendo atendida por personal no especializado después de más de 3 horas de haber ingresado, tiempo en el que se pudo llevar a cabo el traslado al HGZ 1, siendo un hospital de segundo nivel cercano que pertenece al IMSS.

**59.** Cabe mencionar que AR3 comunicó a AR2 las condiciones de V1 para normar la conducta a seguir; sin embargo, esta autoridad tampoco dio la instrucción ni obra constancia alguna en la que se mencione que se haya indicado o intentado su traslado inmediato a un hospital con el equipo necesario para brindar el óptimo servicio al binomio, lo que en opinión de personal médico de este Organismo Nacional, fue una omisión que se relaciona directamente con el fallecimiento de V2, quien ameritaba de atención médica especializada al nacer, como se mencionará más adelante.

**60.** En este sentido, es conveniente resaltar que el caso de V1 era una urgencia obstétrica que AR2 debió priorizar para referirla de inmediato a una institución hospitalaria que contara con el equipo especializado necesario para la atención de

dicha urgencia, independientemente que fuese del IMSS o no, en términos de lo establecido en el artículo 115 bis, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que regula la atención médica que se debe brindar a las mujeres que presenten esa urgencia “[...] *solicitada de manera directa o a través de la Referencia que realice una Unidad Médica Receptora, en las Unidades Hospitalarias, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento*”.

**61.** En concordancia con tal precepto, el referido Reglamento señala: “*Artículo 74. Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo. Artículo 75. El traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas*”.

**62.** En lugar de dar cumplimiento a tales preceptos legales, AR2 decidió solicitar el apoyo de dos médicos en servicios rurales, que si bien esta Comisión Nacional reconoce que acudieron al llamado fuera de su horario laboral; intervinieron en la práctica de la cesárea a V1 y, atendieron la emergencia, no se contó con el personal médico especializado que V1 y V2 necesitaban, desde que V1 arribó al Hospital Rural y fue valorada, exponiéndola a que durante más de dos horas presentara taquicardia y sufrimiento fetales, teniendo como consecuencia las condiciones de salud en que nació V2. Tiempo en el que pudo ser trasladada al siguiente nivel de atención con las condiciones que se requerían.

**63.** Es de destacar que, el Hospital Rural no contaba con el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, de acuerdo con el *Lineamiento Técnico Triage Obstétrico*<sup>10</sup>,

---

<sup>10</sup> Triage Obstétrico. Es un proceso de valoración técnica médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante el sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia, a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta. Pág. 17.

*Código Mater*<sup>11</sup> y *Equipo de respuesta Inmediata Obstétrica*<sup>12</sup>, de 2016 emitido por la Secretaría de Salud, para atender la urgencia obstétrica que presentó V1, ni la refirieron de inmediato a un hospital que contara con el equipo que se requería, como lo señala la citada Opinión Médica, manteniendo a V2 en condiciones adversas en el vientre materno.

**64.** Por lo antes mencionado, esta Comisión Nacional considera que AR2 y AR3 incumplieron lo establecido en el artículo 115 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que en su fracción I establece como atención de la urgencia obstétrica: *“Los servicios de atención médica que deben brindarse a la mujer que presente una Urgencia Obstétrica, por el personal médico de las Unidades Hospitalarias. Dichos servicios deberán prestarse de manera inmediata, continua y de calidad, las veinticuatro horas del día, todos los días del año”*; ello, acorde con la fracción VI del citado Reglamento, que define como *“Urgencia Obstétrica: 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”*. Considerando además que dicho Hospital Rural su cobertura es a las personas que son enviadas para recibir atención de especialidad de 91 unidades médicas rurales de la región.

**65.** En cuanto a la inadecuada atención médica, por la omisión de AR1 para brindar el tratamiento correspondiente por los signos clínicos compatibles con una infección cérvico vaginal que detectó en V1 y no prescribió, como se mencionó en párrafos precedentes, exponiéndola a desarrollar trabajo de parto, así como endometriosis, se incumplió con lo dispuesto en el artículo 48 del citado Reglamento de la Ley

---

<sup>11</sup> Código Mater o Sistema de Alerta. *Es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.* P. 26.

<sup>12</sup> Equipo de reacción inmediata. *En los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, está dirigida a la detección, control y tratamiento inmediato e integral de las emergencias obstétricas, de las enfermedades preexistentes, intercurrentes o concomitantes que se presentan durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y/o puerperio y que causan atención de emergencia.* P. 27.

General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea, a recibir atención profesional y éticamente responsable.

66. Asimismo, en el caso se incumplió con lo dispuesto en las normas nacionales e internacionales referidas en el apartado A del Derecho a la Protección de la Salud del presente documento, y se destaca que el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud.

### **A.3. Deficiente e inadecuada atención médica brindada a V2 en el Hospital Rural IMSS-BIENESTAR en Mapastepec, Chiapas**

67. V2 nació a las 02:59 horas del 27 de mayo de 2018 mediante cesárea, PSP1 la entregó a un médico pasante de servicio social y no a un pediatra como debió de ser, ya que el nosocomio no contaba con dicho especialista en turno, conforme a lo también asentado en la Hoja de Historia Clínica Perinatal de V2: *Clasificación y diagnóstico Recién nacido femenino, término de 40 SDG (semanas de gestación), con peso adecuado ... asfixia neonatal, sin médico de base pediatra/MPSS.*

68. Conforme a lo expuesto en la referida Opinión Médica, en la citada Historia Clínica Perinatal se establecieron como factores de riesgo asociados a asfixia, que el líquido amniótico se encontró teñido de meconio espeso en una escala de tres cruces de cuatro; como signo de dificultad respiratoria al minuto de vida presentó quejido espiratorio leve e inconstante; se calificó con un *“Apgar de 6 puntos a expensas de una frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minuto (bradicardia), esfuerzo respiratorio irregular y lento, tono muscular solo presente en sus extremidades, sin llanto, pero con respuesta al estímulo a través de muecas y coloración azulosa [...] como signos de hipoperfusión o faltas de oxigenación en partes distales de sus extremidades, recuperando a los cinco minutos de vida una frecuencia cardíaca normal, llanto vigoroso y la coloración normal rosada en sus*



*extremidades*". Además, se señaló que V2 ameritó de reanimación inmediata con ventilación a presión positiva.

**69.** A las 05:00 horas, del 27 de mayo de 2018, V2 ingresó al servicio de cunero patológico, en donde por falta de médico pediatra de base, fue atendida por un MPSS, quien reportó haberla recibido con frecuencia cardíaca, respiratoria, temperatura, peso, talla y perímetros cefálico, torácico y abdominales dentro de parámetros normales, pero de acuerdo con la multicitada Opinión Médica, no registró su tensión arterial y saturación de oxígeno; parámetros que eran vitales por las alteraciones relacionadas con la asfixia que presentó, e integró los diagnósticos iguales a los expuestos en la Historia Clínica Perinatal.

**70.** De igual modo, conforme a la precitada Opinión Médica, un MPSS indicó el manejo a seguir, pero omitió solicitar gasometría de cordón umbilical al nacimiento, arterial o capilar dentro de los primeros 30 minutos de vida, determinación de electrolitos séricos, examen general de orina, entre otros marcadores bioquímicos específicos (*DHL, CK-MB*), electrocardiograma y ultrasonido renal, para documentar el diagnóstico de asfixia y sus repercusiones, tal y como lo recomienda la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, para normar conducta ante sus factores de riesgo.

**71.** Asimismo, de acuerdo con dicha Opinión Médica, el Hospital Rural al no contar con los recursos humanos y materiales adecuados para una valoración y atención de una recién nacida asfixiada, como V2, se omitió enviarla de inmediato a una unidad médica que sí tuviera tales recursos, con capacidad resolutive, verificando que el personal médico estuviese capacitado en reanimación neonatal.

**72.** Aunado a lo anterior, a las 08:07 horas del 27 de mayo de 2018, es decir, cinco horas después del nacimiento de V2, PSP3 la valoró y refirió que presentaba síndrome de dificultad respiratoria secundaria a probable aspiración de meconio, no contaba con radiografía de tórax; el reporte de los estudios de laboratorio estaba pendiente, y la reportó grave.



**73.** Dos horas después, PSP3 elaboró una Solicitud de Interconsulta, que autorizó AR2, para que V2 fuese enviada de manera urgente a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del HGZ 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, debido a que cursaba con datos de dificultad respiratoria aguda secundaria a probable síndrome de aspiración de meconio, refiriéndola por falta de respuesta favorable al tratamiento brindado; presencia de complicaciones y para realizarle estudios auxiliares de diagnóstico especiales, a fin de complementar su diagnóstico y proporcionar tratamiento especializado.

**74.** En dicha solicitud se mencionó que V2 cursaba siete horas de vida extrauterina; que presentó datos de sufrimiento fetal agudo, por lo que se decidió la interrupción del embarazo –de V1– vía abdominal, obteniéndola sin llanto, flácida, teñida de meconio y bradicardia menor a 100 latidos por minuto; se manejó con aspiración de boca y fosas nasales, sin efectuar laringoscopia; se le dio un ciclo de ventilación a presión positiva, con lo que mejoró el esfuerzo respiratorio y la frecuencia cardíaca fetal. Pasó a cunero patológico en donde presentó deterioro del patrón respiratorio, con disminución de la saturación de oxígeno a menos de 90% que se trató con apoyo de oxígeno por puntas nasales mejorando dicha saturación.

**75.** De acuerdo con la citada Opinión Médica, la solicitud de envío de V2 al HGZ 1 que formuló PSP3, fue de manera adecuada, pero inoportuna por el tiempo que había transcurrido desde su nacimiento; además, tampoco fue oportuna la práctica de la cesárea para V2, ya que permaneció en un medio adverso durante aproximadamente tres horas, lo que incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad, como se expuso en párrafos precedentes, y que sí se relaciona directamente con la causa de la pérdida de vida de la recién nacida.

**76.** Este tiempo de tres horas debe tomarse en cuenta, para analizar el debido traslado al hospital del siguiente nivel más cercano, en este sentido se observa que el HGZ 1 del IMSS se encontraba a hora y media de camino por carretera, pudiendo haber sido atendida en mejores condiciones y con la infraestructura necesaria, si se hubiera tramitado el traslado.



**77.** Por lo expuesto, para este Organismo Nacional ha quedado evidenciado que en el Hospital Rural, V2 recibió inadecuada y deficiente atención médica por parte de AR1, AR2 y AR3, en los términos descritos en el presente apartado A, aunado a la falta de recursos humanos y materiales especializados para su atención y por la dilación para canalizarla a otro hospital para una atención especializada.

**78.** En virtud de lo anteriormente señalo, esta Comisión nacional acreditó violaciones por parte de AR1, AR2 y AR3, al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, artículo 4, párrafo cuarto y noveno de la citada Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en relación con el artículo 1º, artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", artículo 12 de la CEDAW y artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

## **B. DERECHO A LA VIDA**

**79.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo, el cual es tutelado en nuestra normativa nacional.

**80.** Su protección se encuentra contemplada en diversos instrumentos internacionales, como en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3º de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre<sup>13</sup>, y 43 y 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

**81.** De tales preceptos se desprende el deber del Estado para respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, y el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de

---

<sup>13</sup> CNDH. Recomendación 66/2016. Párr. 33.

quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

**82.** El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas en la Observación General No.7 *Realización de los derechos del niño en la primera infancia*, en su párrafo 10 señala: “*El artículo 6 [de la Convención de los derechos del niño] se refiere al derecho intrínseco del niño a la vida*”, así como a la obligación de los Estados Partes de garantizar “*en la máxima medida posible, la supervivencia*”, además del desarrollo del niño. “*Se insta a los Estados Partes a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés*”, reducir la mortalidad de lactantes, la mortalidad infantil, amén de “*crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas*”.

**83.** En el párrafo 2 inciso a) de dicha Observación General, dispone el compromiso de reducir la mortalidad infantil, siendo una obligación del Estado realizar las “*acciones tendentes a que los recién nacidos sobrevivan y se eviten prácticas por las que su vida se vea comprometida*”. Mismo que se relaciona directamente con la afectación al derecho a la protección a la salud y al incumplimiento de la en el artículo 71 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, como se acreditó en el apartado A de la presente Recomendación.

**B.1 Negativa del HGZ No. 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, a recibir a V2, recién nacida, por no estar registrada en el IMSS**

**84.** Como se mencionó en los apartados A.2 y A.3 precedentes, V2 nació el 27 de mayo de 2018, siendo domingo, día inhábil para oficinas administrativas del IMSS, y por la gravedad de su estado de salud, PSP3 con autorización de AR2 solicitó para V2 interconsulta en el HGZ 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas.



**85.** Al respecto, V3 en su queja expuso que PSP3 le refirió que V2 sería trasladada al “*IMSS en Tapachula, Chiapas*”, en donde contaban con “*todos los aparatos*”; iniciaron los trámites para su traslado al HGZ 1, y señala que pensó que se habrían comunicado con personal del hospital receptor para informar sobre ello y la recién nacida fuese recibida para su atención.

**86.** V3 abundó que, entre las 09:00 y 10:00 horas del 27 de mayo de 2018, subieron a V2 a una ambulancia con una máscara de oxígeno, y él la acompañó. Al llegar al HGZ 1, personal de enfermería la recibió y atendió, colocándola en una camilla; acomodaron el suero que llevaba; preguntaron datos de la bebé, además, le pusieron una pulsera de identificación.

**87.** No obstante lo anterior, de acuerdo con la narración de V3, momentos después llegó AR4, quien lo condujo hacia la salida del área de Urgencias, en donde le dijo que no podían brindar el servicio a V2, recién nacida, porque no estaba *dada de alta*, y si quería que se le proporcionara la atención médica debía de darle una cantidad de dinero. Agregó que a pesar de insistirle en que la recibieran, comprometiéndose a registrar a V2 en el IMSS al día hábil siguiente, ya que era domingo, y él era derechohabiente de ese Instituto, además de pedirle que: “*tuviera voluntad de atendérmela porque era una vida y no un enganche de un vehículo*”, AR4 se negó argumentando que V2 no estaba afiliada a ese Instituto. También señaló que personal del área de Urgencias de pediatría que estaba presente se dio cuenta de lo sucedido.

**88.** V3 añadió que, ante la respuesta de AR4, salió del nosocomio y pidió al personal de la ambulancia que había trasladado a V2 que la llevaran al Hospital Estatal de Tapachula, dependiente del Gobierno del Estado de Chiapas, a lo cual accedieron.

**89.** Al respecto, AR5 del HGZ 1, en su informe de 1 de julio de 2019, señaló que en ese hospital no existe registro de que V2 haya ingresado el 27 de mayo de 2018, sino que fue referida del citado Hospital Estatal, el 29 de ese mes y año; tampoco

hay nota de la atención que sustente la negativa de servicio, y aclaró que el personal médico directivo no tiene facultad para afiliar derechohabientes.

**90.** Sobre ello, este Organismo Nacional advierte irregularidades que denotan la intención de evadir alguna responsabilidad de AR4 en los hechos motivo de la queja, ya que resulta particularmente grave que no se haya registrado el arribo de V2 en la ambulancia del propio IMSS, procedente del Hospital Rural, cuando AR2 afirmó que sí se realizó el traslado, incluso, V3 describe en su queja el servicio inicial que se le brindó a V2 al llegar al HGZ 1, el cual fue suspendido al negar AR4 su atención.

**91.** A mayor abundamiento, en el Acuerdo de la Comisión Bipartita del 11 de octubre de 2019, se afirma que V2 fue referida del Hospital Rural al siguiente nivel de atención por su gravedad y, para tal efecto, las autoridades de ese nosocomio realizaron las gestiones correspondientes, lo que confirma la narrativa de V3 en su queja. Además, en el contenido de dicho Acuerdo no se advierte que se haya solicitado la referencia al Hospital Estatal.

**92.** Al respecto PSP6, del Hospital Estatal, afirmó que V2 recibió atención médica del 27 al 29 de mayo de 2018, es decir, coincide con la fecha de la hoja de referencia del Hospital Rural al HGZ 1 (27 de mayo de 2018), aunque considerando lo expuesto por V3, al no recibir AR4 a V2 fue trasladada al Hospital Estatal en esa misma fecha.

**93.** Además, conforme a la hoja de referencia de 29 de mayo de 2018, de ese nosocomio local para el HGZ 1 del IMSS, se observó que es la fecha en que sí se registró el ingreso de V2 a este último, como lo afirmó AR5; lo cual se entiende, porque ya se encontraba afiliada al IMSS.

**94.** De lo anteriormente descrito, esta Comisión Nacional considera que lo expuesto por V3 en su queja adquiere veracidad respecto a que V2 arribó al HGZ 1, así como la negativa de AR4 para brindarle el servicio médico por no haber estado afiliada al

IMSS, toda vez que, además, existe la hoja de solicitud de interconsulta del Hospital Rural al HGZ 1 del IMSS no al Hospital Estatal, y la afirmación de AR2 del Hospital Rural, de que se realizó el traslado de V2 a ese nosocomio del IMSS, ya que V3 es derechohabiente de esa Institución de Seguridad Social.

**95.** Por otra parte, llama la atención que a pesar de que este Organismo Nacional solicitó al IMSS copia completa de los expedientes clínicos del Hospital Rural y del HGZ 1, y estos fueron remitidos, no se observaron en tales constancias los informes del personal de las ambulancias de ese Instituto que trasladaron a V2 al HGZ 1, tanto el 27 como el 29 de mayo de 2018. Omisiones que resultan cuestionables, ya que se habría informado del motivo del trayecto que realizaron al HGZ1 y al Hospital Estatal.

**96.** A razón de lo anterior, el 15 de julio de 2021, este Organismo Nacional solicitó al IMSS el envío de los informes del personal de las ambulancias relacionadas con los traslados de V2 al Hospital Estatal y al HGZ 1, los días 27 y 29 de mayo de 2018. El 10 de agosto del mismo año, se recibió únicamente copia de una tarjeta informativa emitida por PSP8, del Hospital Rural, en la que menciona que en la bitácora del servicio de ambulancia de ese nosocomio, se reportó el traslado de V2 “de la sede hacia la Ciudad de Tapachula”, siendo la salida del vehículo a las 12:10 horas del 27 de mayo de 2018, “llegando a Tapachula” a las 13:30 horas, e inició el regreso a la sede a las 15:30 horas, “arribando a las 17:00 horas”, sin indicar alguna escala a otra unidad médica. Y, que desconocen cualquier información respecto de algún traslado adicional que se haya realizado a V2.

**97.** Lo antes expuesto pone de manifiesto dos cuestionamientos. El primero, que PSP8 no remitió copia del reporte del personal de la ambulancia, únicamente informó, y no precisó que el destino fue el HGZ 1, sólo que llegó la ambulancia a Tapachula, Chiapas. No obstante, conforme a la solicitud de interconsulta que realizó PSP3, se entiende que fue a ese nosocomio. Segundo, que no se reportó el traslado al Hospital Estatal, ni la negativa de personal del HGZ 1 para recibir a V2.

**98.** Para este Organismo Nacional no pasan inadvertidas tales omisiones en la información del personal de la ambulancia, así como la de PSP8 para remitir a este Organismo Nacional copia del reporte de dichas personas servidoras públicas, y no precisar que arribó al HGZ 1, sino únicamente a la ciudad de Tapachula, lo que pone en duda la veracidad de la información proporcionada por autoridades del IMSS en los hechos relacionados con las violaciones a derechos humanos cometidos en agravio de V2, en los términos descritos con antelación, respecto de la negativa de AR4 para que V2 fuese atendida en el HGZ 1.

**99.** De igual modo, de las constancias remitidas a esta Comisión Nacional por parte del IMSS, no se encuentra constancia alguna sobre la participación de AR4 y su presencia, sólo AR5 manifestó que no hay registro de atención que sustente la negativa del servicio. Tampoco mencionó que al tener conocimiento de tales hechos, se hubiese investigado o preguntado al respecto, sobre todo porque también se le imputa a AR4 que para atender a V2 debía de pagar una cantidad de dinero, ni mucho menos el resultado de ello, además de que V3 refirió que personal del área de Urgencias se dio cuenta de la negativa de AR4 para brindar el servicio médico, y tampoco pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que AR4 no informó sobre la imputación que V1 y V3 le hicieron, a pesar de haber tenido la oportunidad de manifestar lo que a su derecho conviniera.

**100.** Al respecto es importante referir que, conforme a lo establecido en el artículo 38, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 104, párrafo segundo, de su Reglamento Interno, la falta de rendición del informe requerido sobre los hechos motivo de la queja, tendrá el efecto de dar por ciertos los mismos, salvo prueba en contrario. Apercebimiento que se hizo del conocimiento del IMSS mediante el oficio de solicitud de informe V4/37338, de 13 de junio de 2019 y del oficio de segundo requerimiento V4/43275, de 8 de julio de 2019. En este caso, específicamente la imputación hecha a AR4 no fue respondida, como se señala en el párrafo que antecede, por ende, se hace efectivo dicho apercebimiento en los términos descritos.

**101.** Lo anterior, pone de manifiesto las violaciones a derechos humanos y omisiones por parte de la autoridad del HGZ 1 ante un acontecimiento de la relevancia que tiene el caso expuesto, en el que una recién nacida de horas, en estado grave de salud, con riesgo de perder la vida –lo cual sucedió–, para la que el tiempo era vital, no haya recibido la atención médica que requería, por el solo hecho de haber nacido en fin de semana, día inhábil de oficinas del IMSS para su afiliación, anteponiendo un trámite administrativo burocrático, a la salud y vida de V2, ya que V3 es derechohabiente de ese Instituto, y tampoco se plantearon opciones viables para garantizar los derechos de la recién nacida.

**102.** En este sentido, es conveniente acotar que este Organismo Nacional ha reiterado que el derecho a la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones dependerá la eficacia con que este se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>14</sup>

**103.** En el presente caso, la negativa de recibir a V2 en el HGZ 1, al que se canalizó para una mejor atención médica, evidencia que no se protegió ni veló por el restablecimiento de la salud de V2, por parte de AR4.

## **B.2. Atención de V2 en el HGZ No.1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, y la pérdida de vida de la recién nacida**

**104.** Para este Organismo Nacional resulta de suma importancia la consideración de las circunstancias que debió enfrentar V3 ante la negativa de AR4 de brindarle el servicio médico urgente que requería V2, lo que motivó que se viera obligado a recurrir a otro establecimiento médico que pudiera recibirla, en este caso fue en el

---

<sup>14</sup> CNDH. Recomendación General 15, *Sobre el derecho a la protección de la salud*, 23 de abril de 2009, *Observaciones*, párrafo 3, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto de 2016 CNDH.



Hospital Estatal de Tapachula, Chiapas, lo que implicó mayor tiempo en que V2 estuviera sin recibir la atención médica apremiante que necesitaba, además de estarla moviendo constantemente de lugar. La demora fue deteriorando su salud, como se mencionó en párrafos precedentes, y se relaciona como causa directa de la pérdida de vida.

**105.** Cabe hacer notar que, si bien no se pudo contar con el expediente clínico de V2 integrado en el Hospital Estatal, solo se obtuvo la “*Nota de Traslado del Servicio Pediátrico*” de 29 de mayo de 2018, de ese nosocomio al HGZ 1, en la que PSP7 señaló entre otros datos, que V2 ingresó al Hospital Estatal el 27 de ese mes y año, con los diagnósticos de asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio y riesgo de enterocolitis necrotizante. La describió con dificultad respiratoria, disminución importante de saturación de oxígeno a 68%, a pesar de contar con apoyo de oxígeno, pálida, con ruidos respiratorios agregados en ambos campos pulmonares, retracción xifoidea, aleteo nasal y tiraje intercostal como signos de dificultad respiratoria, sin más alteraciones aparentes.

**106.** PSP7 mencionó que V2 egresó de ese Hospital Estatal, el 29 de mayo de 2018, con intubación orotraqueal para el aporte de oxígeno, con parámetros altos de ventilación a presión positiva, clínicamente con buena coloración de piel y mucosas, excretando orina, con apoyo de aminos (dopamina) desde el día anterior para mantener presión de perfusión, rudeza respiratoria, sin más alteraciones clínicas, y que por resultado de estudios de laboratorio del 27 de ese mes y año, de acuerdo con la Opinión Médica precitada, presentó “*parámetros de sepsis por leucocitosis de 29 mil (normal en el recién nacido: 10 000-25 000/mm<sup>3</sup>), infarto y/o lesión por niveles altos de CPK 1600 (normal <170) e insuficiencia hepática por transaminasa elevadas*”.

**107.** El 29 de mayo de 2018, a las 00:45 horas, una vez que V2 ya había sido inscrita en el IMSS, ingresó al servicio de urgencias pediátricas del HGZ 1, en donde fue recibida por PSP4, quien en su nota médica describió sus antecedentes, y señaló que el interrogatorio fue contestado por V3. También PSP4 señaló que se





realizó el traslado de V2 a una unidad médica que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), pero aclaró que en ese nosocomio del IMSS no tenían *propiamente UCIN* sino un área de “*Cunero Patológico*”, ni tenían oxímetro para determinar la saturación de oxígeno, lo que, en Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional, ese establecimiento médico tampoco contaba con los recursos que necesitaba V2 para su debida atención. Lo cual resulta cuestionable en este caso, dado que se trata de un hospital de segundo nivel de atención médica del IMSS.

**108.** Sobre la UCIN es importante precisar que conforme al artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, permite establecer que la unidad médica en donde perdió la vida V2 se clasifica como un Hospital General, en ese tenor, si se considera que el Reglamento Interior de Servicios de Salud de Chihuahua se estipula que las unidades de tal naturaleza deben proporcionar atención médica en las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediátrica, luego entonces, de conformidad con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 “*Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*”, la cual es de observancia obligatoria para todos los establecimientos hospitalarios de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, que tengan como finalidad la atención de pacientes que se internen para su diagnóstico, tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitación; así como para los consultorios de atención médica especializada, todas las unidades nosocomiales consideradas como tal deben contar con una UCIN, que “es el área del hospital, en la que se encuentran médicos y enfermeras especializados y entrenados, que cuenta con equipo de monitoreo, diagnóstico, tratamiento y otros elementos necesarios para la adecuada atención de pacientes en estado agudo crítico que ameritan atención inmediata e intensiva, con posibilidades razonables de recuperación”.

**109.** De igual modo, PSP4 también describió haber recibido a V2 intubada, fría, con coloración azulosa en la parte distal de las extremidades como signos de hipoperfusión tisular, y con labios secos, con descamación, campos pulmonares ventilados, *“auscultando el disparo del ventilador hasta ambas fases pulmonares y llenado de capilar lento de cuatro segundos”*, sin más alteraciones aparentes; reportó el resultado de una gasometría, sin precisar la fecha de su elaboración, pero era compatible con parámetros de alcalosis metabólica. Hallazgos por los que determinó que V2 cursaba con riesgo de presentar secuelas pulmonares y neurológicas asociadas a su condición de nacimiento, el cual ocurrió en el citado Hospital Rural del IMSS.

**110.** Conforme a la citada Opinión Médica, PSP4 integró los diagnósticos de *“... asfixia perinatal, sufrimiento fetal agudo, síndrome de dificultad respiratoria moderada [...] sepsis temprana sin germen aislado y alcalosis metabólica compensada, e indicó que continuara en ayuno, con aporte de electrolitos, doble esquema de antibiótico y sedación”*, además, reportó que *“cursaba con riesgo de enterocolitis, hiperbilirrubinemia, coagulopatía, choque y muerte”*.

**111.** Asimismo, en la referida Opinión Médica se menciona que, de lo antes expuesto, es posible advertir que la condición clínica y metabólica de V2 era grave, desde antes de su ingreso al Hospital Estatal.

**112.** El 30 de mayo de 2018, a las 08:00 horas, PSP5, del HGZ 1 valoró a V2 y la encontró con apoyo ventilatorio con altos parámetros de ventilación, pero su saturación de oxígeno era muy baja (71%), sus ruidos cardiacos eran débiles y disminuidos en frecuencia de 80 latidos por minuto (bradicardia) que manejó con reanimación avanzada, entre otros. Sin embargo, a las 09:10 horas, PSP5 señaló que continuaba sin mejoría, con desaturación de oxígeno y bradicardia que manejó con amins. A las 10:30 horas, refirió que V2 presentó desaturación hasta llegar al paro; realizó maniobras de reanimación avanzada, siendo irreversible, por lo que determinó el fallecimiento de la recién nacida a esa hora, a causa de una asfixia

perinatal que produjo síndrome de aspiración de meconio y de dificultad respiratoria.

**113.** Cabe mencionar que en la nota de defunción de las 10:30 horas, PSP5 señaló que V2 fue trasladada a un hospital “*en fase uno*” de ventilación y “*por no ser derechohabiente la trasladaron a Salubridad*” el mismo día; que hacía unas horas había ingresado –al HGZ 1– para continuar con su manejo, en un estado de salud grave y crítico. Lo que, de acuerdo con la Opinión Médica precitada, sí se relaciona con el motivo de la queja y la causa de su deceso, puesto que V2 fue enviada durante sus primeras horas de vida del Hospital Rural al HGZ 1, de manera urgente, debido a que no contaba con los recursos necesarios para su atención, sin embargo no fue recibida en el HGZ 1, en donde debía de contar con una UCIN como se requería.

**114.** En razón de lo anteriormente expuesto, y conforme a la Opinión Médica antes referida, este Organismo Nacional protector de derechos humanos considera que AR5 del HGZ 1 –responsable del funcionamiento del mismo– y AR4 incumplieron con lo dispuesto en el artículo 71 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que dispone: “*Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos*”.

**115.** Ello, en concordancia con lo establecido en el artículo 72 de dicho Reglamento que señala: “*Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata*”, como fue el caso de V2, estaba grave, con riesgo de perder la vida, y por no estar afiliada al IMSS, pese a que V3 sí lo estaba, se le negó el servicio médico conforme a lo expuestos en párrafos y apartados precedentes.

**116.** De acuerdo con la Opinión Médica antes referida, las omisiones señaladas en el presente documento por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en los términos descritos con antelación, se relacionan de manera directa con el deterioro de la salud de V2 y su fallecimiento, por lo que para esta Comisión Nacional ha quedado evidenciada la violación al derecho a la protección de la salud en su agravio, que tuvo como consecuencia la pérdida de vida, por tanto, también se vulneró el derecho a la vida.

### **C.PRINCIPIO DE INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ**

**117.** Este principio está reconocido en el artículo 4º, párrafo noveno, de la Constitución Federal, que establece: *“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez... Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.”* Asimismo, el artículo 18 de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, ordena: *“En todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”*. Sobre lo cual, en la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 3, párrafo 1 también se prevé.

**118.** Por otra parte, la CrIDH en su jurisprudencia ha definido el contenido y los alcances de las obligaciones que ha asumido el Estado cuando se analizan los derechos de las niñas y los niños.<sup>15</sup> Cabe señalar que los niños y las niñas son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana, *“además de contar con las medidas especiales de protección contempladas en su artículo 19, las cuales deben ser definidas según las circunstancias particulares de cada caso concreto”*. La adopción de medidas especiales para la protección de la niñez

---

<sup>15</sup> CrIDH. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, Párr. 194, Párr. 194, y “Caso Forneron e hija Vs. Argentina” Sentencia de 27 de abril de 2012 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párr. 44.



corresponde tanto al Estado como a la familia, la comunidad y la sociedad a la que pertenece.

**119.** Es así que, en el presente caso, la víctima se trata de una recién nacida, V2, a la que se le privó su derecho a la protección de la salud al más alto nivel posible, como lo establecen las normas legales e instrumentos internacionales invocados en el presente documento, por la falta de recursos humanos y materiales especializados en el Hospital Rural en donde ocurrió el parto de V1 y el nacimiento de V2, así como en el HGZ 1, a donde fue canalizada para una atención médica especializada por la gravedad de su salud, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**120.** Lo anterior, aunado a la negativa de AR4 a atender a V2 en el citado HGZ 1, anteponiendo un trámite administrativo a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al interés superior de la niñez, en agravio de V2.

**121.** Pero, además, AR4 condicionó el servicio médico a un trámite administrativo que resultaba incongruente, de imposible realización para ser atendido por V3 de manera inmediata, toda vez que era fin de semana, día inhábil para gestiones de oficina, además, no era imputable a V3 que V2 no se encontrara aún afiliada al IMSS, considerando que tenía horas de haber nacido. En cambio, cabe resaltar que V3 sí estaba registrado como derechohabiente de ese Instituto. Tan es así que, en el Hospital Rural se le brindó el servicio, y el propio AR2 afirmó haber canalizado a V2, además de su gravedad, porque V3 es derechohabiente del IMSS.

**122.** Asimismo, se reitera que, independientemente de que fuera derechohabiente de ese Instituto o no, V2 debió de ser atendida en dicho nosocomio conforme a lo dispuesto en el citado Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**123.** En ese tenor, este Organismo Nacional considera particularmente grave que el IMSS y específicamente el Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente



del Consejo Técnico del IMSS, no hayan reconocido responsabilidad del personal involucrado en los hechos materia de la queja ni responsabilidad institucional, relativos a los acontecimientos médicos y administrativos que concatenados, como se ha venido explicando, derivaron en el deterioro de V2 que desencadenó en su fallecimiento.

**124.** En efecto, la Comisión Bipartita del Consejo Técnico del IMSS, previo análisis del caso, emitió un Acuerdo en sentido improcedente desde el punto de vista médico, ya que consideró que el deceso de V2 se debió a complicaciones por ser embarazo de alto riesgo *“y no guardan relación con la atención institucional. No existe registro de atención que sustente la negativa del servicio. Sin embargo, como aclaración el personal médico directivo no tiene la facultad para afiliar derechohabientes, esta actividad la realiza personal de Servicios Técnicos de Afiliación y Vigencias”*.

**125.** En este sentido, es importante destacar que, la citada Comisión Bipartita retomó la versión de AR5, ya que éste en su informe dio la misma respuesta en cuanto a que no existe registro de atención que sustente la negativa del servicio y aclaró que el personal directivo no tiene la facultad para afiliar derechohabientes.

**126.** Al respecto, en el apartado B del presente documento, se cuestiona lo relativo a la negativa del servicio para V2 y, en cuanto a la aclaración que hizo la Comisión Bipartita del Consejo Técnico del IMSS resulta innecesaria en el caso, ya que V3 no expuso en su queja que haya solicitado que se registrara a V2 por parte del personal directivo en ese momento, sino que se recibiera para atención médica urgente a su hija recién nacida y al día siguiente hábil gestionaría su registro, por lo que la Comisión Bipartita reiteró la consideración de que prevalece el procedimiento administrativo de registro frente al interés superior de la niñez y la garantía de protección al derecho de acceso a la salud de V2, ante su urgencia médica que se encontraba, repercutiendo en su fallecimiento.

**127.** Por otra parte, la referida determinación del IMSS difiere conforme al contenido de las constancias que integran los expedientes clínicos de V1 y de V2 integrados en los hospitales de ese Instituto y de la Opinión Médica realizada por personal de este Organismo Nacional, la cual se sustenta en tales constancias y que permite evidenciar que la pérdida de vida de V2 sí tiene relación directa con el servicio médico que se les brindó a ambas por parte de personas servidoras públicas del IMSS, y que a V2 se le dejó de proporcionar la atención en el lapso en que aún no estaba inscrita en ese Instituto, prevaleciendo un trámite administrativo al principio del interés superior de la niñez en favor de la recién nacida, desatendiendo la normativa existente, en materia de salud y que ha sido citada en párrafos anteriores.

**128.** La protección de tal principio, de igual modo se encuentra contemplada en diversos instrumentos internacionales, como en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre<sup>16</sup>, y 43 y 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

**129.** De tales preceptos se desprende el deber del Estado para respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, y el deber 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.

**130.** El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas en la Observación General No. 7 *“Realización de los derechos del niño en la primera infancia”*, señala en su párrafo 10 que: *“El artículo 6 [de la Convención de los derechos del niño] se refiere al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Partes de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño. Se insta a los Estados Partes a adoptar todas las medidas posibles para*

---

<sup>16</sup> CNDH. Recomendación 66/2016. Párr. 33.



*mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas”.*

## **V. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS**

**131.** Por lo antes mencionado, para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha quedado evidenciado en la presente Recomendación que: AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y la Comisión Bipartita incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las omisiones y acciones ya descritas, que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud por la inadecuada y deficiente atención médica; a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V2; así mismo AR1, AR2 y AR3 por las violaciones a los derechos a la protección de la salud en agravio de V1, susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**132.** Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B Constitucionales, y 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que con motivo de las observaciones realizadas en este documento, se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de las personas servidoras públicas antes referidas, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

**133.** En efecto, ha quedado acreditado que, desde el control prenatal previo al parto, V1 recibió inadecuada atención médica por parte de AR1, quien no atendió debidamente la infección cérvico vaginal que por los signos clínicos que presentó eran compatibles a ese padecimiento, asimismo que incurrió en diversas omisiones referidas en el apartado A.2 de la presente Recomendación, exponiendo a V1 en los términos descritos en dicho apartado, por lo que no fue completo ni adecuado el



servicio médico que se le brindó. Debido a ello, incumplió con lo establecido en el artículo 48 del citado Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

**134.** En este sentido, es conveniente destacar que en la atención prenatal de V1, mencionada en el párrafo precedente, AR1 actuó conjuntamente con el MPSS, quien se encontraba bajo la supervisión de éste, lo que resulta cuestionable, ya que dicha supervisión en el actuar del pasante fue deficiente, lo que repercutió no solo en la formación profesional del MPSS sino en la defectuosa e inadecuada atención brindada a V1, por lo que es responsabilidad de AR1 no haber llevado a cabo una eficaz supervisión al MPSS, ya que la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la Utilización de los Establecimientos para la Atención Médica como Campos Clínicos para la Prestación del Servicio Social de Medicina y Estomatología, en sus numerales 6 *Disposiciones para las Instituciones de Salud*, y 6.8, menciona actividades de supervisión, asesoría y evaluación del desempeño de los pasantes en campos clínicos, por lo que AR1 incumplió con la debida supervisión del actuar del MPSS.

**135.** Asimismo, quedó acreditada la violación a derechos humanos en agravio de V1 y de V2, por parte de AR2 y AR3, toda vez que no tomaron las medidas inmediatas para que V1 fuese canalizada de manera oportuna a un establecimiento médico que tuviera los recursos humanos y materiales para la atención de la urgencia obstétrica que requería el binomio materno-fetal, de los que carecía el Hospital Rural, lo que puso en riesgo la salud de V1 y ocasionó una afectación en la salud de V2 antes de su nacimiento y en éste, lo que propició el deterioro de su salud y posterior pérdida de la vida, incumpliendo con lo establecido en los artículos 74, 75 y 115 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

**136.** De igual modo, se concluye que AR4 incumplió con lo dispuesto por los artículos 71 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, al negarse a proporcionar atención



médica urgente que V2, recién nacida, necesitaba, lo que ocasionó que no tuviera el servicio médico oportuno y su salud se deteriorara hasta la pérdida de vida, y AR5, en su carácter de titular del HGZ 1, quien es responsable del funcionamiento del mismo.

**137.** En cuanto a AR5, a pesar de haber tenido conocimiento de los hechos que se imputan a AR4, únicamente se limitó a referir que no había registro del ingreso o negativa del servicio a V2, sin verificar el actuar de dicho servidor público, y sin considerar incluso que V3 afirmó que personal del área de urgencias que estaba presente se dio cuenta de la respuesta de AR4, ni dio vista a la instancia administrativa del IMSS correspondiente para investigar tales hechos; además, aclaró que personal directivo no puede afiliar a las personas al IMSS, cuando no se menciona que V3 lo haya solicitado, todo lo cual denota la pretensión de evadir cualquier responsabilidad de una persona servidora pública adscrita al establecimiento médico que está a su cargo, ya que también fue omiso en informar sobre el reporte del arribo de la ambulancia que trasladó a V2 procedente del Hospital Rural.

**138.** Es por lo anteriormente expuesto, que este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 constituyen evidencia suficiente para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como servidores públicos, en términos de lo dispuesto por el artículo 7º, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas 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.

## RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

**139.** De acuerdo con el párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“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.”*

**140.** La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados.

**141.** Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman.

**142.** Es así que ha quedado evidenciado que en el Hospital Rural, V2 recibió inadecuada y deficiente atención médica en los términos descritos en el presente apartado A, por la falta de recursos humanos y materiales especializados para su atención y por la dilación para canalizarla a otro hospital para una atención especializada, incumpliendo con la Observación General No. 15 *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, del Comité de los Derechos del Niño, y la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, de la ONU.

**143.** De igual modo en el HGZ 1, ya que siendo un establecimiento de segundo nivel de atención carece de una UCIN, así como de los recursos humanos y materiales, que en el presente caso, V2 requería cuando, después de ser registrada

en el IMSS, se aceptó su ingreso el 29 de mayo de 2018, en los términos descritos en la presente Recomendación.

**144.** A su vez, se encuentra responsable a la Comisión Bipartita del H. Consejo del IMSS por la resolución del 11 de octubre de 2019 en la que determinaron *“improcedente la queja desde el punto de vista médico”*, sin que evaluaran las obligaciones de cada una de las personas señaladas como autoridades responsables en la garantía y satisfacción de los derechos humanos de V1 y V2, así como del Reglamento de Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Además de que no se encontraron evidencias que muestren un análisis del caso considerando la obligación del tercer párrafo del artículo 1º constitucional en materia de derechos humanos y sin perspectiva de género, adicionalmente esta Comisión Nacional observó discrepancias con el expediente clínico al que se tuvo acceso y del cual emitió Opinión Médica con lo señalado por esta Comisión Bipartita.

**145.** Por lo anteriormente expuesto, esta Comisión Nacional considera que el IMSS es responsable institucionalmente.

## **VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO**

**146.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1, 2, 7, fracciones I, II, VII y VIII, 8, 9, 27, 64, fracción II, 67, 73 fracción V, 74, 88, fracción II, 96, 97, fracción II, 106, 110, fracción IV, 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; se prevé la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la

dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley..

**147.** 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 rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a las y los responsables.

**148.** En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

**a. Medidas de rehabilitación**

**149.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción II, 62 y 63 la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V1 y a V3, con su consentimiento, la atención psicológica y tanatológica, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, atendiendo a su edad, especificidades de género y culturales, de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional por la afectación que pudieron sufrir ante la pérdida de la vida de su hija recién nacida, por el tiempo que sea necesario y hasta su recuperación psicológica.

**150.** Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa, clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos en caso de requerirlos.

#### **b) Medidas de satisfacción**

**151.** Las medidas de satisfacción, acorde con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción IV y 73 de la citada Ley General de Víctimas, tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas por la posible comisión de violaciones a derechos humanos.

**152.** Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y a V3, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la instancia correspondiente en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas.

#### **c) Medidas de no repetición**

**153.** De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción V, y 74, fracciones VIII y IX, 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 lo cual, 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.

**154.** En un plazo de año contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá de implementar en el Hospital Rural, para los casos de urgencias obstétricas, un Equipo de Respuesta Inmediata compuesto por personal multidisciplinario especializado disponible las 24 horas del día, durante los 365 días del año, o bien, guardias de personal médico gineco-obstetra y pediátrico disponible





en cualquier momento, u otras alternativas para canalizar a las pacientes que presenten una urgencia obstétrica, a otra institución médica que cuente con el equipo necesario para ello, independientemente de que sea o no del IMSS, a fin de brindar el servicio médico especializado con la inmediatez que el caso amerite. Ello, acorde con lo dispuesto en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, en sus numerales 3 y 11 del punto 7.1.1.1. “*Coordinación de Atención Integral a la Salud*” del IMSS.

**155.** De igual modo, en un plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de esta Recomendación, el HGZ 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, que es de segundo nivel de atención médica, realice las acciones que permitan que dicho Hospital disponga de los recursos materiales y humanos que se requieran en el área de urgencias pediátricas, a fin de que se cuente con todo el equipo necesario para la atención como la que requirió V2 al ingresar al nosocomio, ya que incluso, se informó que no se contaba con oxímetro para verificar la saturación de oxígeno, así como el servicio de ginecología y obstetricia, pediatría y neonatología disponible las 24 horas del día los 365 días del año, o bien, implementar un Equipo de Respuesta Inmediata compuesto por personal multidisciplinario especializado disponible las 24 horas del día, durante los 365 días del año, a fin de atender la urgencia que necesitó V2.

**156.** De igual modo, en términos de lo dispuesto en los artículos 74, 75 y 115 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, de manera inmediata el IMSS deberá de implementar las medidas que sean necesarias para brindar el servicio médico urgente y especializado tanto a las mujeres que cursen una urgencia obstétrica y a los recién nacidos, 24 horas, todos los días del año, independientemente de las cuestiones administrativas de la Institución y de su derechohabencia. En caso de que el establecimiento médico involucrado no cuente con el equipo y los recursos que el padecimiento lo amerite, se traslade de forma inmediata a otro nosocomio que tenga las condiciones médicas para brindar la atención, sea o no del IMSS.

**157.** En un plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación deberá diseñar e impartir un curso integral dirigido a todo el personal médico de las áreas involucradas y administrativas, así como de residencia y trabajo social en Hospital Rural y en el HGZ 1 ambos en Chiapas, Personas Integrantes de la Comisión Bipartita relacionados con la capacitación y formación en materia de derechos humanos, específicamente, sobre: 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) Derechos de la primera infancia e Interés superior de la niñez; 3) sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento; 4) Derechos de las mujeres en gestación y Urgencias Obstétricas y, 4) El derecho a la vida. En todos se deberá señalar que se está impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación.

**158.** Dichos cursos podrán ser impartidos en línea en la plataforma del IMSS o alguna otra ajena, siempre y cuando sean impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género con énfasis en la urgencia obstétrica y el trato humanizado hacia las niñas y niños, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán no ser menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo.

**159.** Además, se entregarán a esta Comisión Nacional las evidencias entre las cuales se deben incluir programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de personas facilitadoras, listas de asistencia, videos, evaluaciones, entre otros. Para tal efecto, tomando en cuenta la pandemia que vive el país, y a fin de lograr un efectivo cumplimiento, se pueden considerar los cursos disponibles en línea.

**160.** En un plazo de seis meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico de la unidad responsable en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación



y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, y se deberá remitir la notificación de la citada circular al personal médico de referencia, asimismo la copia del documento que acredite la certificación o recertificación que hayan obtenido.

**161.** En un plazo de 12 meses el IMSS deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de atención médica infantil y otro Programa permanente sobre Urgencia Obstétrica, ambos conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación.

#### **d) Medidas de compensación**

**162.** De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, la compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por lo que, el IMSS deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1 y a V3, por el fallecimiento de su hija recién nacida, V2, por la deficiente e inadecuada atención médica que recibió, así como por la negativa a ser atendida en el HGZ 1, todo lo cual derivó en la pérdida de vida, de conformidad con las consideraciones expuestas en la presente Recomendación y, en términos de la Ley General de Víctimas, se deberá solicitar la cuantificación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

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

### **VII. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente, conforme a las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a V1 y a V3, con motivo del deceso de V2, en términos de la Ley General de Víctimas, así como realice el trámite de inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, a fin y de ser el caso,

tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente; se les otorgue atención psicológica y tanatológica, si así lo consienten, y una compensación económica con base en las evidencias planteadas; además, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Colaborar con el Órgano Interno de Control en el IMSS de la queja administrativa que se presente este Organismo Nacional presentación y seguimiento en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, para que determine o no, su responsabilidad administrativa por los actos y omisiones descritas, en los hechos materia de la presente recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** En el plazo de seis meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Rural en Mapastepec y del HGZ 1 del IMSS en Tapachula, ambos en Chiapas, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**CUARTA.** En un plazo de un año meses se implemente en el Hospital Rural en Mapastepec, Chiapas, para los casos de urgencias obstétricas, un Equipo de Respuesta Inmediata compuesto por personal multidisciplinario especializado disponible las 24 horas del día, durante los 365 días del año, o bien, guardias de personal médico gineco-obstetra y pediátrico disponible en cualquier momento, o generar las otras alternativas para canalizar a las pacientes que presenten una urgencia obstétrica, a otra institución médica que cuente con el equipo necesario para ello, independientemente de que sea o no del IMSS, a fin de brindar el servicio médico especializado con la inmediatez que el caso amerite, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.



**QUINTA.** En un plazo de un año, el HGZ No.1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, deberá realizar las acciones que permitan que dicho Hospital cuente con todo el equipo necesario para la atención de las y los pacientes, así como el servicio de ginecología y obstetricia, pediatría y neonatología disponible 24 horas, durante los 365 días del año, o bien, implementar un Equipo de Respuesta Inmediata compuesto por personal multidisciplinario especializado disponible las 24 horas del día, durante los 365 días del año, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** Se deberán de implementar las medidas que sean necesarias para brindar el servicio médico urgente y especializado, tanto a las mujeres que cursen una urgencia obstétrica y a los recién nacidos, las 24 horas, todos los días del año, independientemente de las cuestiones administrativas de la institución en el Hospital Rural y en el HGZ 1. En caso de que el establecimiento médico involucrado no cuente con el equipo y los recursos que el padecimiento lo amerite, se traslade de forma inmediata a otro nosocomio que cuente con las condiciones médicas e infraestructura para brindar la atención, sea o no del IMSS, y remitir las constancias que lo acrediten.

**SÉPTIMA.** En un plazo de seis meses, se diseñen e impartan cursos de capacitación de no menos de 20 horas al personal de las áreas involucradas, que comprendan directivos, médicos, de residencia y trabajo social en el Hospital Rural y el HGZ 1 del IMSS, ambos en Chiapas, con especial énfasis de las áreas de urgencias, ginecología, pediatría y Subdirección, incluidos las personas AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5; así como a las personas integrantes de la Comisión Bipartita con la siguiente temática: 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) derechos de la primera infancia e Interés superior de la niñez, 3) sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento; 4) derechos de las mujeres en gestación y urgencias obstétricas, y 4) derecho a la vida. También se deberán contemplar los elementos y características descritos en la presente Recomendación; ser impartidos

por personal especializado, contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo; en todos se deberá señalar que se está impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento. Tales cursos podrán impartirse en la plataforma del IMSS o, en su caso, implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea.

**OCTAVA.** En un plazo de doce meses el IMSS deberá crear un Programa permanente para la prevención y servicio de los casos de atención médica infantil, conforme a los planteamientos expuestos en la presente Recomendación que se deberá aplicar en el Hospital Rural en Mapastepec y en el HGZ 1 del IMSS en Tapachula, Chiapas.

**NOVENA.** Designar 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.

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

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

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

Con el mismo fundamento jurídico, solicito a ustedes que las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación, en su caso, 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.

**166.** Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá 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. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA**