

RECOMENDACIÓN No. 91 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, A LA VIDA, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE EN LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR.

Ciudad de México, 29 de abril de 2022

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2018/6095/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General del ISSSTE en La Paz, Baja California Sur.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 y 147 de su Reglamento

Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 3, 9 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 utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Quejoso Víctima Indirecta	QVI
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	SP

4. En la presente Recomendación, la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

NOMBRE	CLAVE
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE
Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en La Paz, Baja California Sur.	Hospital General La Paz

NOMBRE	CLAVE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CtIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/ Organismo Nacional/ Organismo Autónomo
Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en La Paz, Baja California Sur.	UCI
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “ <i>Del Expediente Clínico</i> ”.	NOM-Del Expediente Clínico
Baja California Sur	BCS

I. HECHOS

5. El 14 de agosto de 2018, se recibió en esta Comisión Nacional, la queja presentada por QVI, a través de la cual, hizo valer hechos probablemente violatorios de derechos humanos en agravio de V, atribuibles a personas servidoras públicas del ISSSTE.

6. Lo anterior, dado que el 31 de julio de 2018, a las 12:19 horas, V, persona de 30 años de edad y con 38 semanas de gestación, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General La Paz, por presentar dolores de parto, sin embargo, no se le proporcionó la atención médica oportuna del servicio de ginecoobstetricia para la interrupción del embarazo vía abdominal de urgencia.

7. Ese mismo día, hasta las 17:35 horas la pasaron a quirófano para cirugía consistente en cesaría tipo Kerr¹ y oclusión tubaria bilateral², en la que se extrajo a VI3, pero tuvo complicaciones como sangrado abdominal, hipertensión y taquicardia, por lo que se suministraron medicamentos y se transfundieron paquetes globulares, a los que no respondió favorablemente y se decidió pasar a la UCI, donde a pesar de la atención adecuada, V presentó paro cardiorrespiratorio con ausencia de la tensión arterial, quien falleció a las 05:10 horas.

8. Por los hechos narrados, se inició el expediente CNDH/PRESI/2018/6095/Q, y a fin de que se realizara la investigación respectiva sobre violaciones a derechos humanos, se obtuvo el informe y copia del expediente clínico que remitió el ISSSTE, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja de QVI recibido en este Organismo Autónomo el 14 de agosto de 2018, en el que relató las irregularidades en la atención médica proporcionada a V en el Hospital General La Paz.

10. Acta circunstanciada del 15 de agosto de 2018 en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que QVI informó el estado de salud de VI3 y que la Carpeta de Investigación 1 sería remitida por razón de competencia a la entonces Procuraduría General de la República.

11. Acta circunstanciada del 31 de agosto de 2018 en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que QVI presentó un disco compacto que contiene las constancias digitalizadas que integran la Carpeta de Investigación 1, así como las siguientes copias simples:

11.1. Actas de nacimientos de las VI1, VI2 y VI3.

11.2. Acta certificada de matrimonio de QVI y V.

¹ Incisión transversal semilunar a nivel del segmento inferior del útero.

² Método de planificación familiar definitivo que consiste en la obstrucción de ambas trompas uterinas, donde se separan, se ligan y se cortan los polos para dar un mayor rango de seguridad.

11.3. Acta de defunción de V.

12. Oficio No. 2354/UJA/2018 de 03 de septiembre de 2018, a través del cual el agente del Ministerio Público adscrito a la Subprocuraduría Jurídica y de Amparo de la Procuraduría General de Justicia del Estado (PGJE) de BCS, adjuntó copia certificada de la Carpeta de Investigación 1 de la que se destacó:

12.1. Denuncia de QVI presentada el 01 de agosto de 2018 a las 12:10:56 horas.

12.2. Oficio No. UIDD/743/2018 de 15 de agosto de 2018, mediante el cual la Agencia de investigaciones de la Unidad de Imputado Desconocido de Delitos Diversos, turnó informe de los hechos.

12.3. Dictamen en materia de medicina legal del 07 de agosto de 2018, en el que el perito médico forense de la PGJE de BCS, concluyó como la causa de la muerte de V: *“síndrome de transfusión masiva”* y la mecánica de lesiones es: *“hipoxia del tejido cerebral”*

12.4. Acuerdo de incompetencia por razón de fuero del 27 de agosto de 2019, en el que el agente del Ministerio Público del Fuero Común declinó la competencia para seguir conociendo de la investigación en favor del agente del Ministerio Público de la Federación, por lo que se remitió la carpeta de investigación 1.

13. Oficio No. SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/3702/18 de 14 de septiembre de 2018, a través del cual el ISSSTE rindió el informe solicitado y adjuntó lo siguiente:

13.1. Informes de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, así como de SP1, respecto a la intervención que tuvieron en la atención médica de V.

13.2. Acta de sesión extraordinaria del Comité de Mortalidad Materna y Perinatal, del 3 de agosto de 2018, en la que se rectificaron las causas de muerte de V plasmadas en el certificado de defunción folio 180032818 y quedó como causas de muerte de V: *“Hemorragia postparto atónica y choque hipovolémico”*.

13.3. Resumen clínico de la atención médica otorgada a V, sin datos de quien lo elaboró.

13.4. Expediente clínico de V del que se destacó la siguiente documentación:

13.4.1. Nota de ginecología del día 15 de febrero de 2018 a las 16:00 horas, en la que AR1 indicó que V presentó presión arterial de 100/60, embarazo de 14.1 semanas de gestación.

13.4.2. Nota de ginecología del 22 de marzo de 2018 a las 16:00 horas, en la que AR1 reportó a V con presión arterial de 100/60, embarazo de 19.1 semanas de gestación.

13.4.3. Nota de ginecología signada por AR1 del 25 de abril de 2018 a las 14:20 horas, en la que señaló que V presentó presión arterial de 127/75, embarazo de 24 semanas de gestación.

13.4.4. Nota de ginecología suscrita del 20 de mayo de 2018 a las 14:20 horas, en la que AR1 reportó a V con presión arterial de 135/75, embarazo de 28 semanas de gestación.

13.4.5. Nota de ginecología del 4 de julio de 2018 a las 14:15 horas, en la que AR1 indicó que V presentó presión arterial de 161/84, embarazo de 34 semanas de gestación.

13.4.6. Hoja de informe Radiológico General de ultrasonido obstétrico del 30 de julio de 2018, en el que se reportó a V: *“Embarazo de 38.0 semanas de gestación promedio, con peso de 3600 gramos. Placenta fúndica corporal lateral izquierda en grado tres de madurez. Líquido amniótico de aspecto normal con I. LA. de 9.0. F.C.F rítmica y normal. Presentación cefálica. Frecuencia de movimientos y tono normales. Circular de cordón al cuello”*.

13.4.7. Hoja de urgencias del 31 de julio de 2018, a las 12:19 horas, AR1 encontró a V con 38 semanas de gestación, contracciones uterinas, crisis hipertensiva y destacó como antecedentes dos cesáreas, en la última presentó preeclampsia.

13.4.8. Nota médica del 31 de julio de 2018, a las 13:00 horas, en la que AR3 diagnosticó a V con embarazo de 38.4 semanas de gestación, con cesárea iterativa y pródromos de trabajo de parto, se ingresó al servicio de ginecología para interrupción del embarazo vía abdominal.

13.4.9. Hoja de ingreso hospitalario al servicio de gineco-obstetricia de fecha 31 de julio de 2018, a las 13:30 horas, de V con diagnóstico de 38 semanas de gestación y “*precrancia*” (sic).

13.4.10. Historia clínica de V elaborada el 31 de julio de 2018, a las 15:21 horas, por diverso médico del servicio de ginecología.

13.4.11. Registro de frecuencia cardiaca fetal del 31 de julio de 2018, de las 13:50 a las 16:30 horas.

13.4.12. Nota de evolución y reporte de indicaciones médicas de ese mismo día, en la que AR4 agregó al diagnóstico de V hipertensión transitoria de la gestación y anemia ligera, e indicó preparar para operar y solicitó pase a quirófano “*urgencia relativa*”.

13.4.13. Nota y registro de anestesiología de la fecha citada, a las 17:40 horas, en la que AR6 destacó que V ingresó al quirófano con cifras tensionales de 170/100, segunda toma de 160/86, procedió a anestesia regional y ante la falta de tono uterino decidió administrar 100 mcg de carboticina y 10 u de oxitocina; a las 20:30 horas reportó que V1 inició con hipertensión, taquicardia y sangrado por Penrose (drenaje), por lo que se decidió intubación para histerectomía obstétrica, se administró paquetes globulares, plasma fresco y plaquetas, posteriormente entregó a cambio de turno a V con tensión arterial de 100/60, frecuencia cardiaca 150.

13.4.14. Nota de atención del 31 de agosto de 2018, en la que la especialista en pediatría reportó la atención brindada a VI3.

13.4.15. Hoja de operaciones de “*1 de agosto de 2018*”, a las 18:00 horas, en la cual AR4 asentó que a V se le realizó cesárea tipo keel y

OTB (oclusión tubaria bilateral), en la que se extrajo a VI3 femenino de 3600 gr, sin embargo el útero no cobró tonicidad, por lo que se aplicó medicamentos y se dejó drenaje para vigilancia de sangrado.

13.4.16. Nota de evolución y reporte de indicaciones médicas en la que AR4 señaló que realizó los procedimientos citados anteriormente el 31 de julio de 2018 a las 8:00 horas, así como plan a seguir.

13.4.17. Hoja de operaciones del 01 de agosto de 2018 en la que se asienta la operación del 31 de julio de 2018, a las 21:10 horas, en la cual AR7 asentó que se le solicitó ayuda en el quirófano, ya que V presentó atonía uterina y hemorragia obstétrica, por lo que se le practicó histerectomía subtotal oforectomía izquierda, se decidió empaquetamiento pélvico y pasarla a UCI para estabilizarla, estado de salud muy grave.

13.4.18. Informes de despacho y control transfusional enviados a quirófano el 31 de julio de 2018 a las 20:41, 21:11, 21:32, 21:49 y 22:24 horas para V.

13.4.19. Nota y registro de anestesiología del 1 de agosto de 2018 a la 1:00 horas, la que AR8 destacó que recibió a V para realizar histerectomía por hemorragia obstétrica bajo anestesia general, se concluyó evento quirúrgico con tensión arterial de 115/65, frecuencia cardiaca 125 y saturación de oxígeno de 99%.

13.4.20. Nota médica de SP1 del 1 de agosto de 2018, en la que describió en las condiciones en que se recibió en la UCI a V, así como el plan a seguir.

13.4.21. Informe de despacho y control transfusional enviado a terapia intensiva el 1 de agosto de 2018 a las 00:19 horas para V.

13.4.22. Solicitud de servicios subrogados de laboratorio de análisis clínicos de la fecha referida, del médico de la UCI.

13.4.23. Nota de “egreso” del 1 de agosto de 2018, a las 6:30 horas, en la que AR7 reportó que acudió a quirófano a solicitud de ayuda de AR4 y decidieron realizar histerectomía subtotal a V y pasarla a UCI, lo que se informó a familiares; posteriormente UCI notificó que V sufrió paro cardiorrespiratorio, dando hora de muerte a las 5:10 horas de ese día, se procedió a llenar certificado de defunción.

13.4.24. Hoja de egreso hospitalario de la fecha citada, en la que AR7 indicó que las causas de defunción de V: *“choque hipovolémico, hemorragia obstétrica y atonía uterina”*.

13.4.25. Formato de Notificación Inmediata de Defunción Materna del 1 de agosto de 2018, elaborado por diverso servidor público del ISSSTE.

13.4.26. Certificado de defunción, folio 180032818 suscrito por AR7, en el que señaló como causa de muerte de V: *“choque hipovolémico, hemorragia obstétrica y atonía uterina”*.

13.4.27. Certificado de defunción, folio 180032585 suscrito por AR7, en el que señaló como causa de muerte de V: *“síndrome de transfusión masiva e Histerectomía”*.

14. Oficio No. SG/SAD/JSCDQR/04828-4/18 del 30 de octubre de 2018, a través del cual el ISSSTE informó que el Comité de Quejas Médicas de ese Instituto, determinó procedente el caso con pago de indemnización.

15. Oficio No. SG/SAD/JSCDQR/04920-4/18 del 5 de noviembre de 2018, a través del cual el ISSSTE informó que se solicitó al director del Hospital General La Paz implementar medidas de no repetición, consistentes en instruir al personal médico y de enfermería, para que en el desempeño de sus funciones observen lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas.

16. Oficio No. SG/SAD/JSCDQR/04921-4/18 del 5 de noviembre de 2018, a través del cual el ISSSTE informó que se solicitó al director del Hospital General La Paz implementar medidas de no repetición, consistentes en pedir al personal médico

mantener certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

17. Oficio No. SG/SAD/JSCDQR/04922-4/18 del 30 de noviembre de 2018, a través del cual el ISSSTE informó que se dio vista de la queja al Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

18. Acta circunstanciada del 8 de febrero de 2019 en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que QVI informó que no es su deseo aceptar la cantidad por concepto de reparación del daño que le ofreció el ISSSTE.

19. Oficio No. FEMDH/DGPCDHQI/330/2019 del 26 de julio de 2019, mediante el cual la FGR autorizó que personal de esta Comisión Nacional consulte las constancias que integran la Carpeta de Investigación 2.

20. Acta circunstanciada del 16 de agosto de 2019 en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que acudió a consultar las constancias que integran la Carpeta de Investigación 2, de la que se destacó lo siguiente:

20.1. Oficio No. DIV/16358/2019 del 25 de agosto de 2019, a través del cual la Procuraduría General de Justicia del Estado de BCS, remitió la Carpeta de Investigación 1 en vía de incompetencia por razón de fuero.

20.2. Acuerdo de inicio sin detenido del 7 de septiembre de 2018 en contra de quien resulte responsable, por su probable responsabilidad en la comisión de los hechos que la Ley señala como delito Homicidio, previsto y sancionado en el artículo 302 del Código Penal Federal, con la agravante de Responsabilidad Profesional, establecida en el artículo 228 fracción I y del ordenamiento legal antes citado.

20.3. Oficio número UNAI/LPZ/0693/2018, de fecha 9 de octubre de 2018, mediante el cual se remite la Carpeta de Investigación 1 a la Unidad de Investigación y Litigación.

20.4. Oficio DE/000798/2018, de fecha 01 de noviembre de 2018, a través del cual el ISSSTE proporcionó los datos de los médicos que atendieron a V.

- 20.5.** Dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, de fecha 14 de enero de 2019, de la Perito Médico Oficial de la FGR, en el que emite su análisis médico legal de la atención que se le proporcionó a V.
- 20.6.** Oficio SDA/0540/2019 de fecha 10 de Julio de 2019, a través del cual el ISSSTE notificó que AR3 no es trabajadora adscrita, sólo cubrió incidencias y guardias enlace.
- 21.** Opinión médica de 8 de octubre de 2019, de esta Comisión Nacional, en la que estableció consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V.
- 22.** Acta circunstanciada del 18 de febrero de 2020 en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que acudió a consultar las constancias que integran la Carpeta de Investigación 2, de la que se destacó lo siguiente:
- 22.1.** Oficio No. LPZ/AVII/0011/2019 del 15 de noviembre de 2019, mediante el cual se le solicita al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que emita dictamen médico institucional del presente caso.
- 22.2.** Acuerdo de Archivo Temporal del 22 de noviembre de 2019, toda vez que está pendiente la respuesta de la CONAMED, así como del dictamen médico institucional requerido.
- 23.** Oficio No. OIC/SIN/819/2020 del 15 de diciembre de 2020 a través del cual el Órgano Interno de Control en el ISSSTE notificó que el Procedimiento Administrativo de Investigación 1 se encuentra en trámite, pendiente de Dictamen Pericial en Medicina Legal y Forense.
- 24.** Acta circunstanciada del 25 de mayo de 2021 en la que personal de este Organismo Autónomo hizo constar que personal de la FGR informó que la Carpeta de Investigación 2 fue judicializada por la presunta responsabilidad de AR4 y se realizará la audiencia inicial.
- 25.** Acta circunstanciada del 27 de diciembre de 2021 mediante la cual personal de este Organismo Autónomo hizo constar la entrevista con QVI, en la que informó que la Carpeta de Investigación 2 se regresó a la agencia del Ministerio Público de la

Federación de la Fiscalía General de la República en BCS para continuar con la integración correspondiente, a fin de poder acreditar la responsabilidad de todos los que resulten.

26. Correo electrónico del 26 de enero de 2022 del Órgano Interno de Control en el ISSSTE en el que remitió el oficio No. OIC/SIN/62/2022 del 25 de enero de 2022, en el que notificó que el Procedimiento Administrativo de Investigación 1 se encuentra en estudio y análisis para emitir su resolución.

27. Acta circunstanciada del 22 de abril de 2022 en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la entrevista con una persona servidora pública del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, quien informó que el Procedimiento Administrativo de Investigación 1 continúa en análisis.

28. Acta circunstanciada del 22 de abril de 2022 mediante la cual personal de este Organismo Autónomo hizo constar la entrevista con el asesor jurídico de QVI, en la que informó que la Carpeta de Investigación 2 continúa en etapa de integración en la agencia del Ministerio Público de la Federación de la Fiscalía General de la República en BCS.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

29. El 01 de agosto de 2018, QVI presentó denuncia en la Procuraduría General de Justicia del Estado de BCS, en contra de quien resulte responsable, por la muerte de V, la cual se radicó como Carpeta de Investigación 1.

30. El 27 de agosto de 2018 el agente del Ministerio Público del Fuero Común acordó la declinación de competencia por razón de fuero y se remitió al agente del Ministerio Público de la Federación, quien el 7 de septiembre de 2018 acordó el inicio sin detenido, en contra de AR4, por su probable responsabilidad en la comisión de los hechos que la Ley señala como delito Homicidio, previsto y sancionado en el artículo 302 del Código Penal Federal, con la agravante de Responsabilidad Profesional, establecida en el artículo 228 fracción I y del ordenamiento legal antes citado, la cual fue judicializada, sin embargo no se formuló imputación y se regresó la Carpeta de Investigación 2 a la agencia del Ministerio

Público de la Federación de la Fiscalía General de la República en BCS para acreditar la responsabilidad de las AR que resulten y al momento en que se emite la presente Recomendación continúa en integración, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se anexe a la indagatoria y se proceda conforme a sus atribuciones.

31. El 29 de octubre de 2018, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió procedente la queja presentada por QVI y aprobó el pago de una indemnización por concepto de responsabilidad objetiva del Instituto, la cual no fue impugnada por QVI ya que manifestó que por el momento, no estaba interesado en dicho pago; asimismo, se solicitó al director del Hospital General La Paz que implementara medidas de no repetición al personal médico y de enfermería, y se dio vista al Órgano Interno de Control del ISSSTE.

32. En atención a lo anterior, con fecha 10 de enero de 2019 el Órgano Interno citado radicó el Procedimiento Administrativo de Investigación 1, el cual fue acumulado al Procedimiento Administrativo de Investigación 2, que se encuentra en estudio y análisis para emitir su resolución.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

33. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/PRESI/2018/6095/Q, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN, así como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, a una vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información en materia de salud en agravio de los familiares de V, atribuibles a personal médico del Hospital General La Paz; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación:

A. Derecho a la protección de la salud.

34. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.³

35. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y la normatividad nacional define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴

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

37. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero: “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.⁵

38. Esta Comisión Nacional también indicó en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que*

³ CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, 23/2020, p. 36; n 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

⁴ Artículo 1º. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General del Salud. Publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

⁵ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.

de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”.

39. La SCJN en la tesis jurisprudencial administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,⁶ expuso que entre los elementos que comprenden este derecho, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como *“la exigencia de que sean apropiadas médica y científicamente.”*

40. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General La Paz.

41. En el caso particular, como antecedente de importancia se destaca que V tenía dos cesáreas previas, la primera en el año 2005 por ruptura prematura de membranas y la segunda en marzo de 2012 en la cual cursó con hipertensión gestacional.

42. De la información aportada por el ISSSTE a este Organismo Autónomo, se estableció que del 28 de diciembre de 2017 al 30 de julio de 2018, AR1 estuvo a cargo del control prenatal de V, el cual en la opinión de los especialistas de esta Comisión Nacional fue incorrecto toda vez que omitió realizar historia clínica completa, interrogatorio y exploración física acuciosos y dirigidos para valorar los factores de riesgo y antecedentes de importancia, así como calificar el riesgo obstétrico, desconociendo si le administraron hematínicos y folatos, vacunación y laboratoriales, toda vez que las notas médicas son breves, escuetas y con abreviaturas.

43. En ese sentido, el 31 de julio de 2018, a las 10:00 horas, V acudió al servicio de urgencias del Hospital General La Paz, por presentar dolores de parto con nueve

⁶ Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud. “Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

meses de gestación, sin embargo, en la nota médica del servicio de urgencias, se registró la hora de admisión a las 11:40 horas, con signos vitales de tensión arterial de 145/96, frecuencia cardiaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 28 respiraciones por minuto, temperatura 36° C y saturación de oxígeno 97%.

44. A las 12:19 horas, AR2 reportó a V con los antecedentes obstétricos citados, 38 SDG, tensión arterial 160/100, diagnosticó crisis hipertensiva, solicitó laboratorios y ultrasonido obstétrico, sin embargo, hasta las 12:52 horas indicó la interconsulta al servicio de ginecoobstetricia.

45. Al respecto, a decir del especialista de esta CNDH, la atención otorgada por AR2 fue inadecuada porque al valorar a V a su ingreso, estableció el diagnóstico de embarazo de 38 semanas de gestación, descartó ruptura prematura de membranas y crisis hipertensiva, omitió realizar un adecuado interrogatorio, historia clínica y exploración física completa y acuciosa, desestimó las cifras tensionales a su ingreso, calificar riesgo obstétrico y solicitar registro cardiotocográfico para determinar bienestar fetal.

46. A las 13:00 horas fue diagnosticada por AR3 con embarazo de 38.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación, cesárea iterativa, hemodinámicamente estable, signos vitales en parámetros normales con ingreso al servicio de ginecología y obstetricia para interrupción del embarazo vía abdominal, laboratoriales del 27 de julio de 2018 en rangos normales, indicó registro cardiotocográfico permanente hasta cirugía, curva de tensión arterial cada 30 minutos y reportar eventualidades.

47. Ese mismo día, a las 16:05 horas AR4 estableció el diagnóstico de gestación de 38.0 semanas, cesárea iterativa, fase latente de trabajo de parto, hipertensión transitoria de la gestación y anemia ligera, e indicó como plan de manejo preparar para operar, en cuanto se encontrara libre el quirófano "*urgencia relativa*".

48. El especialista de este Organismo Autónomo especificó que la intervención de AR3 y AR4 en la atención médica otorgada a V fue incorrecta, toda vez que desestimaron la urgencia obstétrica, antecedente previo de hipertensión gestacional, cifras tensionales actuales, anemia, hiperglucemia y circular de cordón

del producto, condiciones suficientes para interrupción inmediata del embarazo, aumentando la morbilidad materno fetal.

49. De acuerdo a la hoja de enfermería, hasta las 17:35 horas V ingresó a quirófano y a las 18:05 horas aproximadamente AR4 inició la cirugía consistente en cesaría tipo Kerr y oclusión tubaria bilateral, se extrajo a femenino de 3600 gramos, Apgar⁷ 8/9, cordón y placenta normal y completa, se observó que el útero no cobró su tonicidad por lo que administró dosis de oxitocina y al ver que no surtía efecto se administró carbetocina, continuó con útero atónico, por lo que AR5 tuvo que ingresar a quirófano para apoyar a AR4 en la cirugía, administraron medicamento por vía rectal y cobró tonicidad, abrieron la histerorrafia, limpiaron nuevamente el útero y cerraron, corroboraron la hemostasia y se decidió el cierre de pared, dejando un drenaje en el espacio de la histerorrafia para vigilar el sangrado.

50. En la multirreferida opinión médica de esta Comisión Nacional, se indicó que AR4 y AR5 no abordaron correctamente la atonía uterina, aun y cuando administraron múltiples uterotónicos, que aparentemente revirtieron la atonía, pasaron desapercibido el sangrado de 1000cc que AR4 citó e indicaron únicamente la colocación de drenaje “Penrose” para vigilancia del sangrado, aunado al cuadro de anemia con el que cursaba y que no fue manejado previamente, omitieron activar el equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO) como parte del protocolo a seguir de la paciente obstétrica en estado crítico, ante las inminentes complicaciones maternas y tampoco solicitaron valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos.

51. Posteriormente a las 20:30 horas, AR6 reportó que V ingresó a quirófano con cifras tensionales de primera toma 170/100, segunda toma 160/86, lo que indicaba que V cursaba con hipertensión arterial desde su ingreso, misma que se encuentra descrita en la literatura médica como una de las causas principales de la atonía uterina, en consecuencia, inició con taquicardia, por lo que se decidió su intubación para histerectomía obstétrica; a las 21:10 horas se solicitó betabloqueador⁸ intravenosa y no se encontró en hospital, el cual tuvo que comprar QVI, se

⁷ Examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé).

⁸ En farmacología, un beta-bloqueante (también, betabloqueador) es un tipo de medicamento usado en varias afecciones, en particular en el tratamiento de los trastornos del ritmo cardíaco y en la cardioprotección posterior a un infarto de miocardio.

solicitaron paquetes globulares, plasma fresco, plaquetas y se procedió a administrarse.

52. Sin embargo, especialistas de esta CNDH puntualizó que AR6 omitió advertir y tratar la grave elevación de la tensión arterial, extremar precauciones, así como activar el equipo de respuesta inmediata obstétrica como parte del protocolo a seguir de la paciente obstétrica en estado crítico y solicitar valoración inmediata por la unidad de cuidados intensivos, ante las inminentes complicaciones maternas.

53. Debido a la complicación obstétrica de atonía uterina que presentó V, a las 21:10 horas AR3 inició reintervención quirúrgica con apoyo de AR7; de la nota de operaciones de AR7 se desprende que ingresó con diagnóstico preoperatorio puerperio quirúrgico, atonía uterina y hemorragia obstétrica, al inicio de la intervención se halló útero totalmente atónico, el cual ya no respondió a masaje ni a la compresión, así como hematomas en infundíbulo pélvico izquierdo, por lo que se decidió histerectomía subtotal (extracción quirúrgica del útero), después se observó sangrado en capa, en cara posterior de vagina y en infundíbulo pélvico derecho, así como cara posterior de cérvix, lo cual se intentó cohibir con “GELFOAM”⁹, pero fue, en consecuencia y por el estado grave de V que se decidió empaquetamiento pélvico, para estabilizarla en la UCI y posterior reintervención. Finalmente, AR7 reportó a V muy grave, por lo que se decidió pasarla a la UCI.

54. En cuanto a la intervención citada de AR4 y AR7, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se destacó lo siguiente:

54.1. Con la reintervención, se confirmó que en la primera intervención quirúrgica no fue resuelta la atonía uterina, lo que provocó hemorragia obstétrica masiva y derivó en histerectomía subtotal, procedimiento que, si bien es cierto, está indicado como última opción terapéutica, también lo es que en este caso en particular no le brindó mejoría y agravó aún más su condición con franco choque hipovolémico por la pérdida sanguínea.

⁹ GELFOAM está indicado en procedimientos quirúrgicos como un auxiliar para la hemostasia cuando el control del sangrado mediante ligaduras o procedimientos convencionales no es efectivo o resulta impracticable.

54.2. Omitieron activar el equipo de respuesta inmediata obstétrica, ante la complicación obstétrica que ponía en riesgo la vida de V.

55. De la nota médica de AR8, se confirmó que se inició el segundo evento quirúrgico con datos de sangrado activo y reportó que se procedió a reanimación con cristaloides y hemoderivados, asimismo V mantuvo la saturación de oxígeno en 99%, presiones arteriales medias por arriba de 60 mmHg en apoyo de vasopresores y frecuencia cardiaca promedio de 125 lpm, reiterando el grave estado de salud de V.

56. No obstante, en la opinión de los médicos de este Organismo Autónomo, AR8 omitió activar el equipo de respuesta inmediata obstétrica como parte del protocolo a seguir de la paciente obstétrica en estado crítico y solicitar valoración inmediata por la UCI, ante las inminentes complicaciones maternas.

57. El 01 de agosto de 2018 a las 00:20 horas V ingresó a la UCI, con los diagnósticos de puerperio quirúrgico, sangrado masivo obstétrico e histerectomía subtotal, donde fue atendida por SP1, quien informó que recibió a V grave, en malas condiciones generales, deterioro orgánico múltiple, con ventilación mecánica asistida, frecuencia cardiaca 155 latidos por minuto, hemodinámicamente inestable con hipotensión de 80/50 a pesar de administración de aminas (noradrenalina) y oliguria, lo cual notificó a los familiares de la gravedad, ya que evolucionó tórpidamente a pesar del manejo médico idóneo en la terapia intensiva ante la deteriorada condición clínica, secundaria a la hemorragia obstétrica masiva, continuando con sangrado abdominal evidente, transfusión de hemoderivados y aminas, posteriormente presentó paro cardiorrespiratorio con ausencia de la tensión arterial, iniciando maniobras avanzadas de reanimación por un lapso de 30 minutos, sin lograr revertir, estableciendo su deceso a las 05:10 horas, teniendo como causas de muerte choque hipovolémico, hemorragia obstétrica y atonía uterina, según constan en el primer certificado de defunción, sin embargo fue rectificado y se eliminó como causa de muerte la atonía uterina.

58. Del informe rendido por el SP1 de la UCI, cabe destacar lo que manifestó: “...*aún con mayor tecnología el pronóstico de la paciente pudo haber sido el mismo, las guías refieren que el control del sangrado debe ser con fibrinógeno y pruebas de*

tromboelastansia al pie de quirófano y cama, como una mejor guía de la transfusión, más los otros insumos y carencias del área...” (sic).

59. Lo anterior, ya que SP1 solicitó realizar a V la prueba de ROTEM (tromboelastometría rotacional)¹⁰, cuantificación de fibrinógeno¹¹, las cuales son guías ideales para tratar estos casos, sin embargo, no había disponibilidad en el Hospital General La Paz.

60. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional la atención brindada a V por la UCI, fue adecuada, pero desafortunadamente V evolucionó tórpidamente a pesar del manejo médico idóneo en la UCI ante la deteriorada condición clínica, secundaria a la hemorragia obstétrica masiva, continuando con sangrado abdominal evidente, transfusión de hemoderivados y aminas, presentó paro cardiorrespiratorio con ausencia de la tensión arterial y se inició maniobras avanzadas de reanimación por un lapso de 30 minutos, sin lograr revertir y falleció.

61. Por lo contrario, la atención médica brindada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, fue inadecuada, toda vez que no se advirtió desde el control prenatal los antecedentes de dos cesáreas previas con hipertensión gestacional en el embarazo previo, desestimaron las cifras tensionales a su ingreso y evolución en el Hospital General La Paz y omitieron vigilar estrechamente y controlar la hipertensión arterial con la que cursó V, lo que derivó directamente en la atonía uterina, en consecuencia presentó hemorragia obstétrica, entidades de extrema gravedad y de elevada mortalidad que requerían manejo médico inmediato y multidisciplinario, que en su conjunto condicionaron directamente su desafortunado fallecimiento, teniendo como causas de muerte choque hipovolémico, hemorragia obstétrica y atonía uterina.

62. Como se acreditó las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 generaron la inestabilidad clínica de V, al incumplir en el desempeño de sus respectivas valoraciones, el contenido de la Guía de Práctica Clínica del Control prenatal con Enfoque de Riesgo, así como con la Guía de Práctica Clínica de la

¹⁰ ROTEM, son pruebas que incluyen un grupo de evaluaciones que se pueden utilizar para diagnosticar la coagulopatía inducida por traumatismos (CIT), la cual es un trastorno del proceso de coagulación de la sangre que se puede presentar poco después de un traumatismo y puede dar lugar a hemorragias en el paciente que causan la muerte.

¹¹ Examen que permite monitorear la coagulación intravascular diseminada.

Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo y con la Guía de Práctica Clínica del Diagnóstico y Tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, todas del Consejo de Salubridad en México.

63. V tenía derecho de ser atendida de manera integral para obtener un tratamiento certero, contrario a ello, las equivocaciones y omisiones de los médicos señalados contribuyeron a su deficiente proceso inicial, al no haberle garantizado la atención médica que requería, debido a que los hallazgos observados ameritaban su resolución quirúrgica inmediata para limitar la progresión de su enfermedad y evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde un inició se le hubiera realizado un interrogatorio adecuado para conocer los antecedentes de importancia que presentó en sus anteriores embarazos, así como darle seguimiento, lo que al no haber acontecido, les genera responsabilidad al haber vulnerado el derecho humano a la protección a la salud.

64. En cuanto a la atención otorgada a VI3, en la opinión médica de la CNDH, fue la adecuada y oportuna, toda vez que la pediatra del Hospital General La Paz reportó que el 31 de agosto de 2018 a las 18:40 horas, obtuvo vía abdominal recién nacido femenino, con peso de 3600 gramos, talla 51 centímetros, frecuencia cardíaca 148 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 52 respiraciones por minuto y temperatura 37° C; y emitió el diagnóstico de recién nacido limítrofe, peso adecuado para la edad gestacional, así como las indicaciones médicas correspondientes.

65. Por tanto, este Organismo Nacional acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 vulneraron en perjuicio de V, su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, trasgrediendo lo previsto en los artículos 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, lo cual a su vez contribuyó a su fallecimiento, como a continuación se describirá.

B. Derecho a la vida

66. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

67. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentra bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.¹²

68. La CrIDH ha considerado que *“el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos (). Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, así como el deber de impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el mismo. El objeto y propósito de la Convención, como instrumento para la protección del ser humano, requiere que el derecho a la vida sea interpretado y aplicado de manera que sus salvaguardas sean prácticas y efectivas (effet utile).”*¹³

69. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la *“Declaración de Ginebra”* adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el *“Código Internacional de Ética Médica”* adoptado por la Asociación

¹² CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 60; 35/2020, párr. 90; 73/2018, párr. 69; 1/2018, párr. 59; 66/2019, párr. 34; 47/2016, párr. 61 y 35/2016, párr. 180.

¹³ *“Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

Médica Mundial en 194 y la “*Declaración de Lisboa*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.¹⁴

70. La SCJN ha determinado que “*el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...) también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).*”¹⁵

71. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la inadecuada atención y malas prácticas médicas, descritas en los párrafos que anteceden, éstas mermaron el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la obtención del tratamiento que V requería, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

72. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención, así como malas prácticas médicas otorgadas a V, por parte del Hospital General La Paz, también son el soporte que permiten acreditar la violación al derecho a la vida.

73. En ese contexto, V falleció a las 5:10 horas del día 1 de agosto de 2018, y de acuerdo con el certificado de defunción, las causas descritas fueron: “*choque hipovolémico, hemorragia obstétrica y atonía uterina*”, sin embargo, después esta última fue rectificadas y eliminadas.

74. En efecto, el especialista de este Organismo Nacional asentó la responsabilidad del personal médico tratante de V, por los siguientes motivos:

¹⁴ CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 62; 35/2020, párr. 92; 73/2018, párr. 71; 1/2018, párr. 61; 56/2017, párr. 76; 50/2017, párr. 66; 66/2016, párr. 36; y 47/2016, párr. 63.

¹⁵ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. PLENO. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág. 24.

74.1. En el control prenatal se omitió realizar historia clínica completa, interrogatorio y exploración física acuciosos y dirigidos para valorar los factores de riesgo y antecedentes de importancia, así como calificar el riesgo obstétrico para evitar complicaciones.

74.2. Se desestimaron las cifras tensionales al ingreso de V al Hospital General La Paz para poder calificar el riesgo y urgencia obstétrica.

74.3. Los médicos que intervinieron quirúrgicamente a V no activaron el equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO) como parte del protocolo a seguir de la paciente obstétrica en estado crítico, advertir y tratar la grave elevación de la tensión arterial y solicitar valoración inmediata por la UCI.

74.4. El desenlace de V se presentó como consecuencia de la falta de vigilancia estrecha del embarazo de alto riesgo con el que cursó, incrementando las complicaciones obstétricas que ocasionaron su lamentable deceso.

75. A consecuencia de que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 omitieran protocolizar y tratar en tiempo y forma la hipertensión arterial con que se diagnosticó a V desde su ingreso, ya que la preeclampsia es una de las causas que se asocian con atonía uterina, y aun cuando AR7 la reintervino quirúrgicamente después de la cesárea y realizó histerectomía subtotal, dicha circunstancia fue insuficiente para restablecerle su salud, en ese sentido, se reitera que la falta de interrogatorio adecuado, una minuciosa revisión, la omisión de considerar el riesgo obstétrico, ocasionó el avance de la historia natural de la atonía uterina y con ello, se produjo la afectación al derecho humano a la protección de su salud con la subsecuente pérdida de la vida, con lo que se trasgredió lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establece el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

C. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V.

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

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

78. En la Recomendación General 31/2017, emitida por este Organismo Nacional el 31 de julio de 2017, se estableció que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer y conlleva, entre otros, la afectación al derecho humano a la integridad personal en su aspecto físico como psicológico.

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

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

81. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”), establece en sus artículos 1, 3,

4, incisos a), 7, inciso a) y b), 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

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

83. La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica “(...) *el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (...) en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto*”.¹⁶

84. Respecto de los hechos que constituyeron violencia obstétrica, se advierte que el personal del Hospital General La Paz que atendió a V desde su primera cita de control prenatal el 15 de febrero de 2018 al día 1 de agosto de 2018 que lamentablemente falleció, no priorizaron la sintomatología y antecedentes de importancia de V, a fin de garantizar su vida, como se señalará enseguida.

85. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1 omitió proporcionarle a V la atención prenatal adecuada, así como AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, la atención materna con calidad a la que tenía derecho desde su ingreso al servicio de urgencias a las 10:00 horas, que refirió QV, pero en la nota de admisión se registró a las 11:40 horas y hasta las 12:52 horas AR2 indicó el pase a ginecoobstetricia, con el diagnóstico de: *“embarazo de 38 SDG, más descartar RPM y crisis*

¹⁶ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 28

hipertensiva”, dichos factores fueron minimizados por AR2, AR3 y AR4 en sus diferentes turnos laborales, por lo siguiente:

85.1. El control prenatal que llevó AR1 fue inadecuado al omitir realizar historia clínica completa, interrogatorio y exploración física para valorar los factores de riesgo y antecedentes de importancia, así como calificar el riesgo obstétrico para evitar las complicaciones obstétricas al momento de la intervención quirúrgica.

85.2. En la valoración de admisión realizada por AR2 a las 12:19 horas, reportó a V con cifra tensional de 145/96, después 160/100 y señaló como antecedente de importancia que tenía dos cesáreas previas, en la última cursó con preeclampsia, pero hasta las 12:52 horas indicó que se canalizara a V y pasar a ginecobstetricia, desestimando la hipertensión arterial que presentaba.

85.3. AR3 y AR4 pasaron desapercibida la urgencia obstétrica, antecedente previo de hipertensión gestacional, cifras tensionales actuales, anemia, hiperglucemia y circular de cordón del producto condiciones suficientes para interrupción inmediata del embarazo, aumentando la morbimortalidad materno fetal.

85.4. AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 trataron inadecuadamente la atonía uterina, considerada como una urgencia obstétrica absoluta, aunado al cuadro de anemia con el que cursaba y que no fue manejado previamente, omitiendo activar el equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO) como parte del protocolo a seguir de la paciente obstétrica en estado crítico, ante las inminentes complicaciones maternas.

86. Tales situaciones ocasionaron que al realizar la cesárea a V, se desencadenara la atonía uterina que después de aproximadamente siete horas y reintervención quirúrgica e histerectomía, no pudieron controlar.

87. La demora en la atención médica y con calidad a que V tenía derecho, trascendió a la afectación de la salud, quien a consecuencia de la inadecuada vigilancia obstétrica, atonía uterina tratada inadecuadamente, requirió transfusión sanguínea

masiva y que derivó en su desafortunado deceso, lo que pudo haberse evitado si se le hubiera calificado de inicio el riesgo obstétrico y realizado la cesárea de manera inmediata para su mejor pronóstico de sobrevivencia, sin dejar de considerar que cursaba una situación especial de vulnerabilidad que la hacía merecedora de atención particular, oportuna y diligente tanto en la parte médica como en la humana, por lo que al no ser atendida, se le causó daño y sufrimiento que afectan su dignidad y genera responsabilidad a los médicos involucrados, por tanto, las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 se traducen en violencia institucional y obstétrica en contra de V.

88. En consecuencia, contravinieron los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, por los que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de las normas oficiales mexicanas, así como las guías de prácticas clínicas, vigentes en la materia, en las que se establece que durante el trabajo de parto, se debe ofrecer a la paciente información amplia y detallada, así como atender su bienestar físico y emocional partiendo siempre del respeto a sus derechos humanos y al no hacerlo vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de V, lo que trajo aparejado el detrimento en la salud de V y su posterior fallecimiento.

D. Derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

89. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.¹⁷

90. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*¹⁸

¹⁷ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párr. 102; 6/2021, párr. 78; 5/2021, párr. 64, entre otras.

¹⁸ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 200, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

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

92. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta CNDH consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*.¹⁹

93. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁰

94. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar

¹⁹ CNDH., de 31 de enero de 2017, párr. 27.

²⁰ CNDH, p. cit., 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 685; y 33/2016, párr. 105. párr. 67.

y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esta obligación, como se ha venido sosteniendo a través de diversas Recomendaciones como la General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 51/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 26/2019 y 33/2019.

95. De las evidencias con que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en algunas hojas de urgencias, evolución y notas médicas de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR6 omitieron nombres completos, firmas autógrafas, cargos, especialidad, matrículas y/o cédulas profesionales de quien realiza las notas médicas, llenado adecuado de formatos, así como, notas médicas, indicaciones y hojas de enfermería sin membrete, encontrando abreviaturas y notas ilegibles, lo cual no modifica de modo alguno el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-Del Expediente Clínico, que establece: *“Todas las notas (...) deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, (...) la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

96. Por su parte, AR1, AR2 y AR3 omitieron realizar una adecuada historia clínica, interrogatorio y exploración física completa, intencionados y acuciosos, lo que se evidenció al pasar desapercibidos los antecedentes de importancia de V1, como la hipertensión arterial en su embarazo previo, lo que ocasionó no calificar el riesgo obstétrico, con lo cual contravinieron los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, de la referida NOM, en los que se especifican los requerimientos para el interrogatorio de toda persona.

97. También en la hoja de operaciones elaborada el 1 de agosto de 2018, en la que se describió la cesárea que se le practicó a V por AR4, carece de nombre, firma y clave del médico que la realizó.

98. Otro aspecto a considerar en el presente rubro, es que no se anexa al expediente de queja formato de vigilancia y atención del parto, documento de carácter obligatorio en la atención médica materno fetal.

99. Por otra parte, no pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que en la queja presentada por QV con motivo de las irregularidades en la atención médica de V, indicó entre otras cuestiones, lo siguiente: *“Pasaron 6 horas sin tener información del estado de salud, hasta las 16:30 horas aproximadamente, una enfermera le comunicó que V1 pasaría a quirófano para realizarle cesárea”, agregó que “hasta las 21:00 horas, el personal médico le notificó que V1 regresó a quirófano, por lo que tuvo que acudir al área de pediatría a solicitar información”.*

100. Al respecto, de las evidencias analizadas, únicamente se advirtió que se les brindó información a los familiares del estado de salud de V hasta que pasó a la UCI. Tampoco se debe perder de vista que a través de las notas clínicas y las indicaciones médicas documentadas en el expediente clínico se evidencia la relación médico-paciente, de ahí la importancia de brindar información adecuada a los usuarios o en su caso, a sus familiares.

101. La idónea integración del expediente clínico de V, es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana se cumpla en sus términos.

E. Responsabilidad

E. 1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas.

102. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, al no haber realizado una historia clínica, interrogatorio y exploración física completa, intencionados y acuciosos, lo que se evidenció al pasar desapercibidos los

antecedentes de importancia de V, como la hipertensión arterial en su embarazo previo, lo que ocasionó no calificar el riesgo obstétrico e incidió en su inadecuado manejo clínico.

103. Asimismo, AR3 y AR4 desestimaron la urgencia obstétrica, antecedente previo de hipertensión gestacional, cifras tensionales, anemia, hiperglucemia y circular de cordón del producto, condiciones suficientes para interrupción inmediata del embarazo, aumentando la morbimortalidad materno fetal.

104. Ante la falta de vigilancia estrecha del embarazo de alto riesgo con el que cursó, así como las valoraciones realizadas a V, derivó directamente en las complicaciones obstétricas y el consecuente fallecimiento.

105. AR4, AR5 y AR7 trataron incorrectamente la presencia de la atonía uterina, considerada como una urgencia obstétrica absoluta, aunado al cuadro de anemia con el que cursaba y que no fue manejado previamente, y al no controlar la atonía uterina, provocaron la hemorragia obstétrica masiva, que derivó en histerectomía subtotal, pero no le brindó mejoría, agravando aún más su condición con franco choque hipovolémico por la pérdida sanguínea y finalmente su lamentable deceso.

106. También, AR4, AR5, AR6 y AR7 omitieron activar el equipo de respuesta inmediata obstétrica como parte del protocolo a seguir de la paciente obstétrica en estado crítico y solicitar valoración inmediata por la UCI, ante las inminentes complicaciones maternas.

107. Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4 y quienes resulten responsables, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico, con lo cual se vulneró su derecho humano al acceso a la información en materia de salud.

108. Este Organismo Autónomo considera que las malas prácticas médicas atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 y quien resulte responsable, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el

desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben 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. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme el estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que como quedó evidenciado en el apartado de observaciones del presente documento no aconteció.

109. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, en el Hospital General La Paz que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

110. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, promueva queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 y quien resulte responsable, en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.

111. No se omite precisar que el 29 de octubre de 2018, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió procedente la queja por la deficiente atención médica brindada a V, en la cual se ordenaron medidas de no repetición al personal médico y de enfermería del Hospital General La Paz, así como también se dio vista al Órgano Interno de Control en dicho Instituto, en donde está en trámite un procedimiento administrativo de investigación, por lo que, se determinará si la queja

que esta CNDH presente, se integra a dicho procedimiento como ampliación o se inicia otro procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.

E.2. Responsabilidad institucional.

112. Conforme al 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.”*

113. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran 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. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones unidas.

114. Cuando las autoridades incumplen 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, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

115. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas del Hospital General La Paz, por violación al derecho a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V.

116. La CNDH advierte con preocupación que el ISSSTE, independientemente de las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que el expediente clínico del Hospital General La Paz no cuenta con la formalidad necesaria en su integración, así como diversas notas que carecen de nombre completo del médico que elabora, fecha y hora, por tanto, la atención médica brindada en ese nosocomio no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, ya que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

F. Reparación Integral del Daño.

117. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

118. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130

y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y, en consecuencia al derecho a la vida de V1, por tanto, corresponde a sus familiares el acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a las víctimas indirectas, en el Registro Nacional de Víctimas, a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

119. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *"Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparaciones"* de las Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

120. Asimismo, el ISSSTE deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QVI, VI1, VI2 y VI3, para que dicha autoridad realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal del Hospital General La Paz, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación.

121. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices,

instrumento antes referido. La rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

122. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el ISSSTE deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2 y VI3, la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran, por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

123. Dicha atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QVI, VI1, VI2 y VI3, con su consentimiento, brindando información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación.

124. Las medidas de compensación establecidas en los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño moral e inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “*(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.²¹

125. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, tenido en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades,

²¹ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenído de los hechos violatorios de derechos humanos.

126. Para tal efecto, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QVI, VI1, VI2 y VI3, por las acciones y omisiones que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción.

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

128. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Hospital General La Paz colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que esta CNDH presente en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, así como en la integración de la indagatoria en la Fiscalía General de la República, en contra de las personas referidas en la presente Recomendación.

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

d) Medidas de no repetición

130. Las medidas de no repetición establecidas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir.

131. Al respecto, el Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE, a través de los oficios No. SG/SAD/JSCDQR/04920-4/18 y SG/SAD/JSCDQR/04921-4/18 del 5 de noviembre de 2018, solicitó al director del Hospital General La Paz, que instruyera al personal médico y de enfermería para que en el desempeño de sus funciones observen lo establecido en las normas oficiales mexicanas y se mantuviera la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades; por lo que se requerirá que se dé seguimiento a las medidas implementadas a fin de que se cumpla con lo solicitado, remitiendo a esta CNDH las constancias que acrediten su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

132. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. 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 causados a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el fallecimiento de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención médica, psicológica y tanatológica que requieran QVI, VI1, VI2 y VI3, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades, así como proveerle de los medicamentos que se prescriban para el tratamiento, que en su caso requieran. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y accesible, con su

consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y otros de los que se habrá de investigar los nombres, adscritos al Hospital General La Paz, ante las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore con la Fiscalía General de la República en el seguimiento de la integración de la Carpeta de Investigación 2, iniciada en contra de AR1 y quien resulte responsable, por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V, que derivaron en la pérdida de su vida, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. Colabore con este Organismo Nacional en el seguimiento a las medidas de no repetición que el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE ordenó que se solicitaran al Director del Hospital General La Paz, a fin de que dé cumplimiento a su implementación, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento.

SEXTA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

133. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras

autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

134. 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.

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA