

RECOMENDACIÓN NO. 105/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS RELATIVOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD, A LA VIDA DE V1, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DE V1 Y V2; Y DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V2, V3, V4, Y V5, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.2, EN ZACAPU, Y EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1, EN MORELIA, MICHOACÁN, AMBOS DEL IMSS.

Ciudad de México, a 30 de junio de 2023

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

Apreciable 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; 26, 41, 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/4/2019/4813/Q**, relacionado con el caso de V1 y su recién nacido 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 6º, apartado A, fracción II,

de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo, 26, 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero 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, 11, fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, 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
Persona quejosa	PQ
Autoridad Responsable	AR
Persona servidora pública	PSP
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
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/ Comisión Nacional
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona y Unidad Médica Familiar No. 2, en Zacapu, Michoacán	HGZ y UMF No. 2
Hospital General Regional No. 1. en Charo, Michoacán	HGR No. 1
Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	ERI
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Semanas de Gestación	SDG
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	LGAMVLV

Nombre	Siglas, acrónimos o abreviaturas
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
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Médica Prehospitalaria	NOM-034-SSA3-2013
Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea IMSS-048-08	Guía de Práctica Clínica IMSS-048-08
Guía de Práctica Clínica Prevención y Manejo de la hemorragia postparto, GPC-SS-103-21	Guía de Práctica Clínica GPC-SS-103-21
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Fiscalía General de la República, Delegación Estatal de Michoacán	FGR

I. HECHOS

5. El 21 de mayo de 2019, a través del portal electrónico de esta Comisión Nacional, se recibió el escrito de queja de PQ en el cual refirió que el 4 de abril de 2019, V1, aproximadamente a las 2:30 de la mañana, acompañada de V3, llegaron al HGZ y UMF No. 2, debido a que presentaba un embarazo de 39 semanas de gestación y se le había roto la fuente, comenzando con trabajo de parto. Al llegar a dicha unidad, no le quisieron brindar la atención médica, pues le informaron que tenía que esperar a que llegara el cirujano, dándole cita abierta *para cesárea*, bajo el argumento, de que el bebé podía estar en el vientre, sin líquido amniótico, sin problemas.

6. A las 6:30 del mismo día, V1 fue ingresada a la Unidad de Tocoquirúrgica para labor de parto, posteriormente se puso grave, le dio una hemorragia y un paro respiratorio; minutos después, el cirujano, PSP1, la ingresó al quirófano, donde le realizó la cesárea de urgencia, naciendo V2 sin respirar y con paro respiratorio, por lo que le dieron reanimación y lo ingresaron a terapia intensiva. Una vez que lograron estabilizarlo, solicitaron su envío al UCIN del HGR No.1.

7. AR2 señaló a V3 que no tenían el equipo para tratar a V1, por lo que debía ser trasladada al HGR No. 1 en helicóptero, el cual tardó más de 2 horas en llegar por falta de piloto, cuando éste llegó, tardaron una hora más en prepararla para el traslado, por lo que, al llegar al HGR No. 1, ya no pudieron hacer nada para salvar la vida de V1. PQ una amiga de V3, solicitó que los hechos se esclarezcan, a fin de conocer los procedimientos que le practicaron a V1 y V2, ya que, por la negligencia médica, el 7 de abril del 2019 V1 perdió la vida y V2 se encontraba en riesgo.

8. Debido a lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2019/4813/Q**, para la investigación y documentación de las posibles violaciones a derechos humanos. Realizadas las diligencias necesarias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V1, integrados en los hospitales encargados de su atención, así como la Opinión Médica emitida por la Comisión Nacional, entre otras documentales, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

II.EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentado por PQ, que se recibió el 21 de mayo de 2019, a través del portal electrónico de esta Comisión Nacional, en el que señaló una presunta negligencia médica en agravio de V1, atribuible a personal del HGZ, con UMF, No. 2.

10. Acta Circunstanciada, de 22 de mayo de 2019, en la que se hace constar la llamada telefónica entre V3 y personal de este Organismo Nacional, sobre la queja presentada.

11. Oficio V4/43287 de fecha 8 de julio del 2019 emitido por este Organismo Nacional, en el que se solicitó información respecto del caso al IMSS, a efecto de que en vía de colaboración remitieran diversa información pormenorizada y detallada de las acciones tomadas con el propósito de contar con mayores elementos para la debida integración del expediente.

12. Oficio 200/2019 de 18 de julio del 2019, firmado por el director del HGZ y UMF No.2, del IMSS, mediante el cual remitió información detallada sobre la atención

médica que recibió V1 y V2 en el HGZ y UMF No.2 y HGR No.1 del IMSS, al cual, se anexaron diversos documentos, de los que destacan las siguientes constancias:

12.1 Nota Médica del Servicio de Ginecología y Obstetricia, de las 12:39 horas, de 26 de marzo del 2019, sobre la atención otorgada a V1, suscrita por AR3, donde se señala: “Fem. 36 años. Embarazo 37.3 SDG por FUM. Refiere dolor en hemiabdomen-inferior constante leve, lumbalgia leve”.

12.2 Nota Médica del Servicio de Ginecología y Obstetricia, de las 01:19 horas, de 02 de abril del 2019, sobre la atención otorgada a V1, suscrita por AR3, donde se señala que se trata de *“paciente de 36 años de edad, con Dx. de embarazo de 38 SDG, refiere dolor abdominal, refiere disminución de movimientos fetales USG de 02-04-2019, producto único vivo en situación oblicua con 38.2 SDG, placenta fundida corporal, lateral derecha, grado 1-2 II A 23 cm, circular de condón en asa sencilla”*.

12.3 Ultrasonido obstétrico, de 02 de abril de 2019, a las 13:06 horas, en el que se concluye: “Producto único vivo. En situación Oblicua que corresponde con 38.2 SDG por ecografía. // Placenta fundida corporal Lateral derecha Grado 1-2. // /LA 23 Cm.// Circular de cordón a cuello en asa sencilla.”

12.4 Nota Médica de Triage e inicial del Servicio de Urgencias, de 04 de abril del 2019, a las 03:17 horas, suscrita por AR1, donde se señaló, que se trata de paciente femenina de 36 años, con embarazo de término, en trabajo de parto, se aprecia inquieta, somnolienta y cae repentina y súbitamente en paro cardiorrespiratorio.

12.5 Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de V1, de 04 de abril del 2019, donde se señala que la operación proyectada de

cesárea kerr + OTB, es por urgencia, con diagnóstico de embarazo 38 SDG + RPM¹ + sufrimiento fetal agudo.

12.6 Nota médica sin fecha, donde se señalan las complicaciones transoperatorias y observaciones, suscrita por PSP1, en la que se asentó: *“con la paciente en sala de quirófano... se incide útero, se extrae producto único, sin automatismo, se entrega a pediatra...se extrae placenta... producto único sin automatismo respiratorio... se realizó cesárea de urgencia por no contar con ginecólogo y la paciente en paro cardiorrespiratorio”*.

12.7 Hoja de registro de anestesia y recuperación de V1, de 04 de abril de 2019, suscrita por PSP1, en la que se asentó que *“se entregaba al turno matutino, inicia con sangrado abundante post cesárea... sospechando embolia líquido amniótico... paciente grave potencialmente complicable, suscrita por AR1, pide apoyo para traslado a tercer nivel en helicóptero, paciente grave sospechando embolia de líquido amniótico”*.

12.8 Hoja de Interconsulta a Especialidad, de 04 de abril de 2019, en la que se señala como diagnóstico paro respiratorio PB Trombosis Pulmonar, suscrita por PSP3.

12.9 Historia Clínica Perinatal del Recién Nacido, de 04 de abril del 2019, sobre la atención otorgada al recién nacido V2, de las 06:16 horas, sin nombre del personal médico que suscribe, donde, en el rubro de observaciones, se asentó: *“paro cardiorrespiratorio. Sin respirar, frecuencia cardiaca al recibirse*

¹ La RPM es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GER.pdf>.

de operación cesárea, con flacidez generalizada, atónico, sin reflejos, sin automotismo ni esfuerzo respiratorio, cianosis generalizada... apnea, asfixia perinatal severa... sepsis”.

12.10 Nota Médica del Servicio de Pediatría, de 04 de abril de 2019, de las 08:30 horas, en la que se señala: *“paciente masculino de 2 horas... se obtiene por cesárea urgente por PCR materno, el 4 de abril de 2019, a las 06:16 horas, se refiere RPM, el mismo día, a las 01:15 horas... paciente muy grave riesgo alto de complicaciones... no fue posible trasladarlo a HGR N°1, por inestabilidad, de saturación importante, así como sangrado de COT, sangrado SOG, por lo que se difiere traslado... Muy grave, pronóstico malo reservado”.*

13. Oficio 095217614C21/1045, de 28 de septiembre de 2020, mediante el cual personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS, informó sobre la atención médica de V1 y del recién nacido V2, en el HGR No. 1, remitió la siguiente documentación:

13.1 Nota Médica de evolución del Servicio de Ginecología, de 04 de abril de 2019, a las 10:20 horas, respecto de la atención médica otorgada a V1, suscrita por PSP4, en donde se señaló: *paciente en puerperio quirúrgico inmediato, con hemorragia obstétrica y choque hipovolémico, grado 4, con datos de OD y antecedente de paro cardiorrespiratorio, se reporta potencialmente complicable hasta la muerte... pronóstico malo para la vida y la función. Estado de salud grave. Paciente que pasa a unidad de terapia verificando continuar con hemorragia transvaginal de 300 CC-500 CC, por lo que se decide pasar a quirófano para tratamiento quirúrgico “Histerectomía total abdominal”.*

13.2 Acta de defunción, de 11 de abril de 2019, a nombre de V1, donde se señala que la hora del fallecimiento fue a las 03:30, del 07 de abril de 2019, y como causa de la defunción: “A. Encefalopatía anoxo-isquémica, 70 horas; B. Hemorragia Obstétrica, 62 horas; C. Coagulopatía intravascular, diseminada 52 horas”.

13.3 Triage y Nota inicial del Servicio de Urgencias, de 08 de abril del 2019, a las 14:18 horas, donde se asentó: “V1 *presentó paro cardiorrespiratorio en su unidad, a las 5:20 am y se obtiene producto vía abdominal, el 04 de abril de 2019, a las 6:16 hrs. (75 minutos posteriores al paro de la madre), se recibe a V2, en paro, recibe reanimación cardiopulmonar neonatal, por 15 minutos, colocaron onfalocclisis, por donde presentó sangrado (no cuantificado) y hematuria macroscópica, con diagnóstico de hipoxia intrauterina, no especificada*”.

13.4 Nota de egreso de 08 de abril de 2019, a las 14:26 horas, sobre la atención médica brindada en el Servicio de Urgencias a V2, donde se señaló que presentó “*sangrado masivo, través de orificios naturales y umbilical, así como hematuria macroscópica y se dio tratamiento con vitamina K y se transfundieron 2 plasmas frescos congelados. Durante su estancia presentó desaturaciones y broncoespasmos severos, a pesar de manejo con parámetros altos ventilatorios y sangrado por cánula endotraqueal. Con pronóstico malo para la vida, con riesgo de mortalidad en próximas horas*”.

13.5 Nota de ingreso de V2 al UCIN, de 08 de abril de 2019, a las 19:30 horas, donde se asentó: recién nacido “*masculino de 4 días de vida, procedente de urgencias, de término eutrófico, asfixia al nacimiento severa*”.

secundario a evento centinela (Muerte materna). Edema cerebral, hemorragia subependemaria bilateral en astas frontales y ectasia renal bilateral". Ingresó a servicio de UCIN, en cuna de calor radiante, acompañado por personal médico y de enfermería tratante.

14. Acta Circunstanciada, de 26 de mayo de 2019, en la que se hace constar la comunicación telefónica entre V3 y personal de esta Comisión Nacional, respecto de la denuncia penal presentada ante la FGR, donde se radicó la CI1, por el delito de negligencia médica, en contra de quien o quienes resulten responsables.

15. Acta Circunstanciada de fecha 11 de febrero del 2020, en la que se hace constar que personal de la CNDH y del IMSS, estuvieron presentes en una reunión de trabajo, para entregar copia simple de una solicitud de constancias médicas legibles relacionadas con el expediente **CNDH/4/2019/4813/Q**, y que fueron requeridas por el área médica de esta Cuarta Visitaduría General para que su gestión con la Unidad involucrada y que fueran enviadas a este Organismo Nacional.

16. Acta Circunstanciada de fecha 18 de septiembre del 2020, en la que se hace constar que personal de la CNDH y del IMSS, estuvieron presentes en una reunión de trabajo, a través video conferencia, en donde se solicitó información respecto del procedimiento Administrativo de Investigación y/o Acuerdo de la Comisión Bipartita del HG. Consejo Técnico del IMSS, así como las constancias soporte de esas actuaciones; al respecto se hizo constar en la referida acta que aún no había acuerdo.

17. Opinión Médica elaborada por el personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, de 15 de junio

de 2022, en la que se determinó que sí existió inadecuada atención médica por parte del personal médico del IMSS.

18. Correo electrónico de fecha 14 de mayo del 2022, a través del cual, el personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos especiales del IMSS remitió el acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS:

18.1 Acuerdo QC/MIC/0354-8-2019/NC38I-8-2079, de 09 de enero de 2020, emitido por el Consejo Técnico de la Comisión Bipartita, en el que se consideró que, durante la atención institucional a su ingreso hospitalario, V1 presentó complicaciones del embarazo y puerperio; y que V2, desde su nacimiento, presentó múltiples comorbilidades en estado crítico, en ambos casos se otorgó tratamiento multidisciplinario acorde a sus condiciones clínicas, asimismo, se indicó que el fallecimiento de V1 y las secuelas de V2, no guardan relación con la atención Institucional, cumpliéndose con lo señalado en el artículo 51, Capítulo IV, de la LGS, por lo que se determinó la improcedencia de la queja.

19. Acta Circunstanciada, de 8 de octubre de 2022, en la que consta llamada telefónica de personal de esta Comisión Nacional con V3, por la que se le dio vista del resultado de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS y se le hizo saber que su caso estaba siendo analizado por el área médica de esta Comisión Nacional, y en la que V3 reitero su deseo de que se establezca la responsabilidad por violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 y V2.

20. Acta circunstanciada, de 21 de julio de 2022, en la que se asentó la comunicación telefónica sostenida con PQ, a quien se le hizo de su conocimiento las conclusiones de la Opinión Médica.

21. Acta circunstanciada, de fecha 30 de marzo de 2023, que hace constar reunión interinstitucional, entre personal de esta Comisión Nacional y la persona titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS.

22. Acta circunstanciada de 14 de abril del 2023, que da fe de comunicación telefónica, sostenida por personal de esta Comisión Nacional con PQ.

23. Actas circunstanciadas del 15 y 17 de abril que dan fe a comunicaciones con personal de la FGR, y en donde se hace constar la recepción de los documentos electrónicos: oficio FGR/DEM/1996/2023 y en alcance a la misma el oficio FGR/DEM/4014/2023, en que sustancialmente mencionan que, una vez recabada la información por parte de la Unidad de investigación y Litigación “C” la CI1, el 10 de febrero del 2020 fue determinado en No Ejercicio de la Acción Penal, al tener agotada la investigación.

24. Acta circunstanciada del 12 de junio del 2023, que hace constar la localización y reunión con V3, a efecto de tener conocimiento sobre la salud de V2, así como la ubicación del domicilio para oír y recibir notificaciones relacionadas con su expediente en este Organismo Nacional, a través de visita *in situ*.

25. Acta circunstanciada del 13 de junio del 2023, que hace constar visita in situ a la Delegación de la Fiscalía General de la República, en la Piedad, Michoacán, a efecto de revisar la CI1, y el Acuerdo de No Ejercicio de la Acción Penal.

26. Acta Circunstanciada de 16 de junio del 2023, se hace constar la comunicación telefónica que se tuvo con V5, hermana de V2.

27. Acta Circunstanciada de 16 de junio de 2023, que hace constar la comunicación telefónica que se tuvo con V6 tía abuela de V2, persona que en la actualidad mira por V2, por necesitar cuidados especiales;

28. Fe de hechos, que hace constar el correo electrónico de fecha 23 de junio del 2023, enviado por V6, mediante el cual se recibe información sobre el diagnóstico del estado de salud de V2 y la atención médica que ha recibido.

29. Acta Circunstanciada de 27 de junio del 2023, se hace constar la comunicación telefónica que se tuvo con V5, hermana de V2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

30. El IMSS informó que el caso de V1 y V2 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita, la que el 09 de enero de 2020, resolvió la queja como improcedente, al establecer que, durante la atención institucional a su ingreso hospitalario, V1 presentó complicaciones del embarazo y puerperio; y V2, desde su nacimiento, presentó múltiples comorbilidades² en estado crítico; como un paro cardiorrespiratorio, apneas, asfixia perinatal severa, neumonía y sepsis, que, en ambos casos, se otorgó tratamiento multidisciplinario acorde a sus condiciones clínicas; además se señaló en el acuerdo de la Comisión Bipartita que el fallecimiento de V1 y las secuelas de V2 no guardan relación con la atención

² En el Acuerdo de la Comisión Bipartita, se señaló que V2 fue obtenido por cesárea, con flacidez generalizada, atónico, sin reflejos, sin automatismo ni esfuerzo respiratorio, cianosis generalizada; DX: masculino de termino con apneas, asfixia perinatal severa, neumonía, sepsis.

institucional, por lo que se cumplió con lo señalado en el artículo 51, Capítulo IV, de la LGS.

31. El 23 de mayo del 2019, V3 presentó denuncia en la FGR, por “Negligencia Médica” en contra de quien o quienes resulten responsables, por lo que se inició la CI1, misma que se encontraba en integración.

32. A través de correos electrónicos de fechas 15 y 17 de abril del 2023, la Delegación de la FGR, sede La Piedad, Michoacán mediante oficio FGR/DEM/1996/2023 y en alcance a la misma el oficio FGR/DEM/4014/2023, informó que una vez recabada la información por parte de la Unidad de Investigación y Litigación “C” la CI1, el 10 de febrero del 2020 fue determinado en No Ejercicio de la Acción Penal, al tener agotada la investigación.

33. Mediante el oficio 200/2019, de fecha 18 de julio de 2019, la HGZ y UMF No. 2 informo que, derivado de el retardo en la realización del reporte al Departamento de Asuntos Jurídicos de la Delegación de Michoacán del IMSS, para la investigación administrativa por actos u omisiones posiblemente constitutivos de responsabilidad de servidores públicos, no se pudo integrar la investigación correspondiente.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

34. En atención a los hechos mencionados y a las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2019/4813/Q**, conforme al artículo 41 de la Ley de la CNDH, este Organismo Nacional 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, bajo una perspectiva de género y atendiendo al interés superior de la niñez, de los precedentes emitidos por este Organismo

Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar las vulneraciones de los derechos de protección a la vida, en agravio de V1; de protección de la salud, en agravio de V1 y V2; a una vida libre de violencia obstétrica de V1, así como al proyecto de vida de V2, V3, V4, V5 y V6 de acuerdo con lo siguiente:

A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE EL CASO DE V1

35. De manera inicial y, previo al análisis de las consideraciones médicas, sobre el caso documentado, este Organismo Nacional valora la pertinencia de puntualizar la importancia del abordaje de los temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres, desde una perspectiva de género, que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5, fracción VI, de Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, nos permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, considerando además la interseccionalidad que prevé la LGAMVLV, esto es, que la perspectiva de género tiene que mirar también diferencias de clase, edad, género, sexo, condición económica, entre otras, ya que, en relación con los contextos específicos y experiencias concretas, pueden dar pie a situaciones de opresión y privilegio, negando así sus derechos.

36. Lo anterior, con el propósito no sólo de visibilizar un tema médico que, particularmente, afecta a las mujeres y personas con capacidad para gestar, que es necesario potenciar la sensibilidad sobre las repercusiones y efectos irreversibles que las prácticas y decisiones del personal médico pueden generar durante la atención obstétrica de las derechohabientes. Lo que se busca es

generar acciones de prevención, para evitar situaciones de difícil e imposible reparación, como es la pérdida de la vida y como lo fue en el presente caso.

37. En atención a ello, este Organismo Nacional otorga la debida relevancia a todos aquellos temas que involucren violaciones a los derechos humanos de las mujeres, como el derecho a la salud sexual y reproductiva, cuyo impacto no debe continuar siendo invisibilizado o minimizado, por lo que se requiere realizar acciones para que las prácticas rutinarias y sistemáticas del personal médico se realicen, no solo con suma pericia, sino también dispongan de los elementos necesarios para evitar que se sigan dando casos como el aquí planteado, dado que pone en evidencia la histórica desigualdad de las mujeres, de manera particular, aquellas que viven desigualdad económica y que se materializa, entre otros aspectos, en falta la atención médica gineco-obstetra segura y oportuna, que debieran recibir en los servicios de salud a cargo del Estado.³

38. Por ello, para esta Comisión Nacional, resulta procedente emitir la presente Recomendación, relacionada con las afectaciones a el derecho a la vida y a la protección de la salud de la V1, quien, en abril de 2019, contaba con 36 años y 5 meses de edad y se encontraba en su cuarta gestación, y que, de acuerdo con los antecedentes que constan en el expediente, de sus tres embarazos anteriores, dos resultaron en partos y un aborto, además de que no padecía enfermedades crónicas degenerativas; no obstante, debido a la falta de atención médica oportuna y segura perdió la vida. A esto se suman las afectaciones generadas al producto de la gestación, V2, que sufrió, entre otras afectaciones, un paro

³ Recomendación 128/2021. “Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la libertad y autonomía reproductiva, a la integridad personal y a una vida libre de violencia obstétrica, así como el daño al proyecto de vida de V1 en el Hospital General de Zona 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Estado de México.” CNDH. 2021. Párr 34-36.

cardiorrespiratorio, quedando con daño neurológico provocado por choque y hemorragia materna, con las consecuentes afectaciones, y el correspondiente daño a su proyecto de vida, Circunstancias que también trascienden y generan afectaciones de manera indirecta a V3, V4 y V5.

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

39. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud, que, de acuerdo con artículo 1º. Bis de la LGS se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades”.

40. El derecho de protección a la salud se encuentra previsto en diversas normativas internacionales y nacionales, como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que en su artículo 12 señala: “*La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*”, reconoce, además, el derecho al más alto nivel posible de salud, en el 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.⁴

41. De manera particular, la Convención para Erradicar todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), en su artículo 12.1, establece la

⁴ “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: 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.

obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar el acceso a servicios de atención médica, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, se menciona que los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

42. A nivel internacional, en el tema de niñez y salud, como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030, de la Organización de las Naciones Unidas, contempla: “*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 “[e]strategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”⁵, garantizando su salud y bienestar.

43. En el ámbito regional, la 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*”⁶.

⁵ ONU. “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” (2016-2030), 2015.

⁶ CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84. Disponible en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap3.sp.htm#:~:text=Bajo%20los%20instrumentos%20internacionales%20de,y%20responsabilidad%20que%20los%20hombres.>

44. De igual manera, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, en su artículo 10, reconoce el derecho a la salud, que conlleva el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y destaca dos obligaciones de los Estados: 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”*.

45. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, tal como ha sido sostenido por esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017, *Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud*, señala que “[...] 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”⁷, 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”⁸.

⁷ CNDH. Recomendación General No. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

⁸ *Ibíd.*, párr. 181.

B1. CONTROL PRENATAL DE V1 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF- 64 DEL IMSS

46. Es importante considerar que durante la vigilancia prenatal de V1, en la UMF No. 64, su embarazo se calificó *de riesgo*, situación que, de acuerdo con la NOM-034-SSA3-2013, una edad extrema de la vida reproductiva incrementa el riesgo de defectos al nacimiento, por lo que es necesaria la prevención y control oportunos.

47. El 01 de marzo del 2019, se encontró a V1 con antecedentes de un producto macrosómico y periodo intergenésico largo, con cita programada en el servicio de ginecología para el 5 de marzo de 2019, en ese momento asintomática y percibiendo movimientos fetales, con tensión arterial normal, fondo uterino por arriba del percentil 90, en base a las observaciones de la Opinión Médica de este Organismo Nacional.

48. De acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, el 15 de marzo del 2019, se observó que V1 fue valorada con un embarazo de 35 de SDG, con factores de riesgo y se indicó de manera adecuada cita abierta e inmediata en caso de presentar datos de alarma y revaloración en dos semanas.

B2. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DEL PARTO OTORGADA A V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2, ZACAPU, MICHOACÁN

49. El 02 de abril del 2019, AR3 adscrito al Servicio de Ginecología del HGZ y UMF No.2, detectó, por medio de ultrasonido, que V1 cursaba con un embarazo de término de 38.2 SDG, con un producto vivo, en situación oblicua, cantidad de líquido amniótico dentro de lo normal y un asa sencilla de cordón umbilical en el cuello fetal, hallazgos por los cuales no se esperaba un trabajo de parto eutócico,

el único tratamiento aceptable en presencia de feto vivo era la cesárea, antes del trabajo de parto, por lo que indicó a V1 acudir al Servicio de Urgencias, en caso necesario, con base en la Guía de Práctica Clínica IMSS-048-08.

50. El 4 de abril de 2019, a las 03:17 horas, V1 ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ y UMF No.2; cursaba un embarazo de 39 SDG, con síntomas de inicio de trabajo de parto, porque presentó ruptura de membranas, cuya valoración fue realizada por AR1, quien dio un diagnóstico de embarazo de 38.4 de SDG, por fecha de última menstruación, ruptura de membrana, más producto transverso. Indicó su ingreso al Servicio de Tococirugía para la resolución del embarazo, sin que hubiera evidencias de que en ese momento solicitara valoración por personal médico especialista en Ginecología o señalara cesárea urgente, a pesar de que el Lineamiento Técnico de Triage Obstétrico, establece que la salida de líquido amniótico debe estadificarse como una urgencia calificada y la paciente debe ser atendida en un tiempo no mayor a 15 minutos.

51. Con lo anterior, AR1 omitió entregar a V1 y asegurarse de que fuera recibida por el personal médico gineco-obstetra responsable para garantizar la continuidad de su atención, dada la Urgencia Obstétrica; también se omitió el registro de los signos vitales, integración de diagnóstico y prescripción de manejo específico, que no fueron entregados al personal responsable del Servicio de Urgencia Obstétrica, tal y como lo establece el referido Lineamiento Técnico de Triage Obstétrico, con dichas omisiones, se incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad materno fetal.

52. De igual manera, el 04 de abril del 2019, no se contó con un partograma, en el que constara que se monitorearon los signos vitales de V1 y frecuencia cardíaca fetal, el número de intensidad de contracciones uterinas, la dilatación y el

borramiento cervical, con lo que AR1 y AR3, a cargo de su atención, incumplieron con lo que establece la NOM-007-SSA2-2016, omisiones que indudablemente incrementaron su riesgo de morbilidad y mortalidad; fue el personal de enfermería, quien advirtió la gravedad de la V1 e informó al personal médico de Urgencias, ante la falta de servicio médico Gineco-Obstetra.

53. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal especialista de esta Comisión Nacional, se observó que, al no contar con los recursos necesarios para la atención de V1, AR1 omitió enviarla a una Unidad Hospitalaria, ya sea de la misma u otra institución de salud, que garantizara la continuidad e integralidad de la atención de la urgencia obstétrica como lo establece el RLGS, dichas omisiones se incrementó el riesgo de movilidad y mortalidad materno fetal.

54. Cabe señalar que en el HGZ y UMF No.2, no contaban con personal médico gineco-obstetra, por lo que, en este caso, personal médico anesthesiólogo y cirujano general integraron el ERI, quienes sustituyeron la atención que debió otorgar el personal médico gineco-obstetra, con lo que se incumplió con el Lineamiento Técnico de Triage Obstétrico.

55. El 04 de abril de 2019, ante la falta de una valoración obstétrica especializada de V1, desde su ingreso a Urgencias y de la vigilancia continua y estrecha durante aproximadamente tres horas, a las 06:15 horas, PSP2, del Servicio de Anestesiología, la encontró con alteraciones neurológicas caracterizadas por inquietud y somnolencia.

56. Ese mismo día, V1 presentó paro cardiorrespiratorio, que fue adecuadamente tratado y revertido por el anesthesiólogo PSP2, que integró el ERI,⁹ con lo que evitó que perdiera la vida y permitió que PSP1 y el personal médico cirujano, realizara la cesárea urgente, ante la falta de personal médico gineco-obstetra en el turno, por lo que V2 nació teniendo un paro cardiorrespiratorio, mientras V1 se encontraba también en estado de paro respiratorio.

57. En la misma fecha, V1 bajo anestesia general, PSP1 realizó incisión media infraumbilical por planos hasta incidir en útero, extrayendo a V2, como producto único, sin automatismo, que entregó al servicio de pediatría; pinzó y cortó cordón umbilical, extrajo placenta, limpió cavidad uterina, verificó la ausencia de sangrado y cerró la cavidad por plano, agregando lo siguiente: *“Se realizó cesárea de urgencia por no contar con ginecólogo y la paciente en paro cardiorrespiratorio”*.

58. A las 07:00 horas, de 04 de abril de 2019, AR2, subdirectora médica del HGZ y UMF No.2, mediante un resumen clínico, indicó que V1 ingresó a las 03:20 horas por ruptura de membrana de una hora de evolución, súbitamente tuvo dificultad respiratoria y datos de paro cardíaco que manejaron inmediatamente con maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), describió: *“se pasa a cesárea urgente realizada por PSP1, médico cirujano, ya que no se cuenta con ginecólogo, no hay personal para coberturas, se obtiene un producto único masculino en malas*

⁹ ERI (Equipo de respuesta Inmediata) es un sistema de emergencia multidisciplinario que se activa cuando existe una emergencia obstétrica en cualquiera de sus unidades de atención en los tres niveles de atención, donde existe una comunicación inmediata y efectiva entre el médico que refiere a la paciente y el que la va a recibir, así como con las autoridades médicas directivas, quienes favorecen el apoyo inmediato a la unidad que lo requiera para lograr una atención oportuna y eficiente de la paciente. Se presenta como muestra un cuadro con casos de emergencia obstétrica que fueron regulados en el periodo enero-junio de 2015 en uno de los hospitales de ginecoobstetricia del país. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79509#:~:text=El%20IMSS%20ha%20creado%20una,de%20atenci%C3%B3n%20donde%20existe%20una>

condiciones, se realiza cesárea, sin complicaciones transoperatorias aparentes, sangrado aproximado 500 cc, posterior al procedimiento, se observa escaso sangrado en capa de herida quirúrgica, se activa ERI y se regula traslado aéreo. No se cuenta con exámenes de laboratorio al ingreso por falta de personal de laboratorio, se toman muestras”.

59. Por lo descrito, se destaca que el Servicio de Urgencia Obstétrica del HGZ y UMF No.2, el 04 de abril de 2019, no contaba con personal médico gineco-obstetra de guardia responsable, ni personal de laboratorio para atender a las personas usuarias o derechohabientes, que así lo requirieran, con lo que se incumplió con una de las cuatro especialidades (Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría) que debe de tener un Hospital General, en particular ginecología-obstétrica, de acuerdo con el RLGS, omisiones que, en el caso de V1, sí incrementaron el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

60. Considerando los hechos, se observa que, si bien no hubo personal médico gineco-obstetra, esto no constituía un impedimento real para realizar una cesárea urgente a V1, porque cuando ésta presentó serios problemas de salud, personal que se encontraba en el lugar intervino, practicándole, tiempo después, una *cesárea de emergencia*. Lo apropiado hubiera sido contar con personal médico gineco-obstetra, por lo que, a su falta, debió ser canalizada a un centro de atención que contara con los recursos suficientes para una atención adecuada y, ante la imposibilidad de ello, que personal del mismo centro actuara en tiempo, conforme a directrices establecidas por la institución, para evitar las complicaciones que se presentaron y que dieron lugar a violaciones de una serie de derechos humanos de V1 y V2.

61. Dado lo anterior, esta Comisión Nacional observa que, desde el punto de vista médico legal, V1 no fue valorada desde su ingreso ni vigilada durante su estancia por personal médico especialista en ginecología y obstetricia, porque en el HGZ y UMF No.2, no contaban con personal médico en esa especialidad.

62. De las evidencias, se determina que a V1 no se le realizó una cesárea a partir de su ingreso al Servicio de Urgencias, a pesar de que el producto fetal estaba en situación transversa¹⁰ y ya había ruptura de membranas; la dilación en su atención fue causa de su muerte y pudo ser evitada de haberse practicado oportunamente una intervención inmediata, esto es, que se hubiera realizado en menos de 30 minutos, como lo señala la Guía de Práctica Clínica IMSS-048-08, de esta manera, se le expuso a las complicaciones que presentó.

63. Posteriormente, debido a la gravedad de V1 y, ante la falta de recursos en el hospital y en atención a la solicitud de PSP2 anesthesiólogo, PSP3, solicitó al HGR No.1 del IMSS, en Morelia Michoacán, por medio de interconsulta, que V1 fuera valorada en la UCI, por lo que la envió con el diagnóstico de *paro cardiorrespiratorio y probable trombosis pulmonar*, al haberse presentado súbitamente durante el trabajo de parto, que sí pudo ser debido a una probable embolia de líquido amniótico, refiriéndola para tratamiento.

¹⁰ En la **posición transversal**, el feto está cruzado horizontalmente a lo largo del canal del parto y presenta primero los hombros. En este caso se realiza una cesárea, a menos que el feto sea el segundo de un parto gemelar. En tal caso, se puede dar la vuelta al feto para que nazca por la vagina. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/posici%C3%B3n-y-presentaci%C3%B3n-an%C3%B3malas-del-feto#:~:text=En%20la%20posici%C3%B3n%20transversal%2C%20el,que%20nazca%20por%20la%20vagina>.

B3. ATENCIÓN MÉDICA A V1, EN EL HGR No. 1

64. El 04 de abril de 2019, debido a su gravedad, V1 fue trasladada, vía aérea al HGR No. 1, no obstante, no se contó con el reporte de atención médica prehospitalaria, por lo que se desconoce el manejo que tuvo durante el trayecto, con lo que se incumplió con la NOM-034-SSA3-2013; omisión que sí se relaciona con la inadecuada vigilancia y atención durante el traslado.

65. A las 8:55 horas del mismo día, V1 arribó al HGR No. 1 al Servicio de Triage, pero no se puede determinar quién la atendió, porque la nota de valoración no cuenta con el nombre el personal médico que la recibió, con lo con que se incumplió con la NOM-004-SSA3-2012.

66. De la revisión inicial se determinó que V1 se encontraba sin signos vitales, sin poder determinar desde qué momento no fueron perceptibles, por no haberse asentado la información correspondiente. El personal médico que la recibió estableció que provenía de un traslado aéreo, sin personal médico, ni familiar acompañante que proporcionara información. El personal a cargo de la atención de V1, durante el traslado, omitió realizar el reporte verbal y escrito correspondiente, con lo que se incumplió con la NOM-034-SSA3-2013.

67. El reporte del helicóptero refirió: *Tripulación Aeromédica: 2 paramédicos. Arribo a Zacapu, helipuerto improvisado: 08:03 hrs. despegue de Zacapu: 08:16 hrs. Destino Hospital Regional Charo, Helipuerto del hospita1, 08:41 hrs. En la misma fecha fue recibido en Urgencias del HGR 1, a las 8:55 hrs, mencionaron: paciente trasladada por personal de prehospital del Grupo Aéreo, sin médico de traslado.* A las 10:20 horas, V1 fue valorada por PSP4, personal del servicio médico de ginecología y obstetricia del HGR No. 1, quienes clínicamente

encontraron a V1 bajo sedación, herida quirúrgica con sangrado activo y salida de abundante sangre vía vaginal, que manejaron de forma inmediata y adecuadamente con masaje uterino y procedimiento quirúrgico no invasivo, que consistió en pinzamiento de arterias uterinas, taponamiento con un balón ultra uterino hidrostático y tapón vaginal.

68. Ante la gravedad de V1, indicaron ingresarla a la UCI para continuar con su manejo, mediante transfusión sanguínea. Advirtieron que, a pesar de las medidas tomadas, la hemorragia transvaginal continuó con sangrado abundante, situación que tratarían con una histerectomía, como tratamiento radical y como última opción en pacientes con hemorragia postparto, en apego a la *Guía de Práctica Clínica GPC-55-103-21*.

69. Derivado de la ausencia de notas médicas, en la fecha del 05 de abril de 2019, no es posible conocer la información relacionada a la atención médica brindada a V2. El 06 de abril del 2019, a las 14:18 horas, V1 fue valorada por el servicio de Neurocirugía, personal médico adscrito a esa unidad describió su condición y determinó que cursaba un daño neurológico irreversible, muerte cerebral.

70. El 07 de abril de 2019, V1 perdió la vida, a las 03:30 horas, siendo certificado de esa manera de acuerdo con el artículo 344 de la LGS.

71. Esta Comisión Nacional observa que el personal médico que atendió a V1, del 04 al 07 de abril de 2019, en el HGR No. 1, la trató de forma oportuna y adecuada, con maniobras no invasivas de resucitación cardiopulmonar, soluciones parenterales, control del sangrado transvaginal, transfusiones sanguínea; no obstante, ameritó histerectomía y, posteriormente, empaquetamiento abdominal para controlar la hemorragia, sin embargo, se advirtió daño cerebral irreversible y

muerte encefálica, con manejo adecuado, de conformidad con la Guía de Práctica GPC-SS-103-21 y la Guía Práctica en Obstetricia, a pesar del manejo realizado, V1 presentó complicaciones que por su gravedad no revirtieron, sin que la causa de su deceso haya sido secundario a un inadecuado manejo por el personal médico del citado nosocomio.

B4. ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2

72. El 04 de abril del 2019 a las 06:16 horas, se registró el nacimiento de V2; se señaló que nació por vía cesárea, en paro cardiorrespiratorio, post-cesárea, sin automatismo, ni esfuerzo respiratorio, ausencia de frecuencia cardiaca, flacidez generalizada, sin tono muscular ni reflejos y cianosis generalizada, que se manejó con masaje cardiaco y oxígeno, presentando respuesta a dicho manejo después de 15 minutos, con la presencia de “boqueo” y movimientos, realizando todas las acciones debidas para atenderlo, por lo que se reanimó.

73. A las 12:00 horas, de 04 de abril de 2019, el personal médico tratante reportó que V2 presentó desaturación de oxígeno, advirtiéndole que lo encontraron grave, con alto riesgo de complicaciones, por lo que se solicitó su envío a la UCIN.

74. El 5 de abril del 2019 a las 09:50 horas, se reportó el resultado del ultrasonido abdominal, que evidenció la presencia de retención de líquido en la vejiga, que se trató con la colaboración de una sonda vesical, hallazgos ecográficamente sugestivos de falla hepática y renal bilateral, corroborando una falla orgánica múltiple.

75. El pronóstico de vida de V2 era desalentador para la función y la vida, como consecuencia del estado de asfixia severa que presentó al nacer, ameritó

continuar con el manejo indicado, a base de ventilación mecánica, diuréticos y anticonvulsivantes profilácticos.

76. El 8 de abril de 2019 a las 14:18 horas, se solicitó que V2 fuera valorado en la UCI del HGR No.1, en Morelia, Michoacán, por sus antecedentes y estado de gravedad. Sin embargo, no se contó con el reporte de atención médica prehospitalaria, incumpliendo el personal médico encargado de realizar traslado de V2, con lo que establece la NOM-034-SSA3-2013, al no reportar por escrito cómo se le encontró y el manejo que se le otorgó durante el recorrido.

B.5. ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO V2, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1

77. El 8 de abril del 2019 a las 14:18 horas, V2 fue valorado en el área de triage del HGR No. 1, por PSP5, quien lo encontró con signos vitales estables, fiebre de 38 °C, 3207 gramos de peso y 51 centímetros de talla, e integró los diagnósticos de recién nacido, precisando que se trataba de masculino de término, estado postparto, asfixia perinatal severa, edema cerebral y hemorragia interventricular; descartando muerte cerebral, con base en los antecedentes maternos de paro cardiorrespiratorio, fue recibido en paro, con signos de hemorragia, con signos de dificultad respiratoria, por lo que, se indicó su ingreso al Servicio de Urgencias.

78. El 8 de abril del 2019 a las 14:26 horas, V2 ingresó al Servicio de Urgencias, donde fue recibido por PSP6, quien conoció los antecedentes y mencionó que cursaba con datos de daño neurológico por asfixia perinatal; le realizó estudios para descartar muerte cerebral, una vez descartada, indicó su ingreso a la UCIN para continuar con su manejo, determinando que cursaba un mal pronóstico para la vida.

79. En ese mismo día a las 19:30 horas, V2 ingresó a la UCIN donde fue valorado por PSP7, quien, con base en los antecedentes y padecimiento actual de V2, lo recibió clínicamente mal, por lo que solicitó que fuera valorado por la especialidad de electrofisiología y se recabara el resultado de tomografía de cráneo, alteraciones por las cuales, lo reportó muy grave con alto riesgo de muerte e indicó que permaneciera bajo manejo intensivo e integral.

80. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se observa que, desde el punto de vista médico legal, las valoraciones y manejo médico brindados a V2, del día 04 de abril al 03 de junio del 2019, por los especialistas del servicio de pediatría, en la UCIN, cirugía, haloterapia, rehabilitación, otorrinolaringología e infectología pediátrica, fue acorde a su condición de gravedad y con apego a la Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, y la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Sepsis Neonatal, lo que permitió que evolucionara hacia la mejoría, a pesar de su mal pronóstico desde el nacimiento, que de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica abordaje y Manejo del Niño con parálisis cerebral con Comorbilidades Neurológicas y Músculo Esqueléticas, está asociado al daño neurológico, que, en el caso que nos ocupa, se sospechó y manejó de manera oportuna y multidisciplinaria.

B.6. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2

81. De las evidencias, se constata que V1 y V2 no recibieron la atención adecuada durante el parto, con lo que se puso en riesgo su salud, que tuvo como consecuencia que finalmente V1 perdiera la vida, con base en las siguientes consideraciones:

82. Sobre el caso, es importante señalar que, una adecuada revisión y monitoreo del parto de V1, así como de las condiciones de V2, por medio del partograma desde el arribo al HGZ y UMF No.2, hubiera disminuido el riesgo de morbilidad y mortalidad materno fetal y, por lo tanto, el resultado de muerte de V1 y de la situación actual de V2.

83. Ante la Urgencia Obstétrica, calificada secundaria a la ruptura de membranas y pérdida de líquido amniótico por vía vaginal, como signo de alarma, sin presentar actividad uterina, AR1 indicó su ingreso al servicio de Tococirugía, pero omitió entregar a V1 y asegurarse de que fuera recibida por personal médico gineco-obstetra responsable; o, de no contar con el mismo, su responsabilidad era realizar las gestiones necesarias para garantizar la continuidad de la atención de la Urgencia Obstétrica en otros centros de salud.

84. Lo anterior, implicó un incumplimiento de lo establecido en el Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, omisión que potenció el riesgo de morbilidad y mortalidad materno fetal de V1 y V2. Asimismo, no se observó lo establecido en el RLGS, en su apartado III, del artículo 15 Bis 1, en virtud de que se contaba con suficientes criterios médicos para realizar una cesárea urgente, como ruptura de membrana, trabajo de parto y feto en situación oblicua o transversa, situación que no aconteció de esa manera.

85. Se observó que transcurrió una hora entre la recepción y valoración del Triage y las indicaciones médicas, elaboradas por AR3, que no contemplaron la presión arterial baja de V1, ni se subsanaron las indicaciones para el monitoreo de parto por partograma, replicando con ello las omisiones reiteradas, en lugar de corregirlas.

86. Por su parte AR1, AR2 y AR3, incumplieron con la NOM-007-SSA2-2016, que, en su punto 5.5.10, indica el deber de monitorear las contracciones cada 30 a 60 minutos, así como la frecuencia cardiaca fetal, debido a que, como se indicó en la queja, el 4 de abril de 2019, a las 2:30 de la mañana, a V1 se le había roto la fuente, pero al llegar a la Unidad Médica, el personal médico no quiso brindarle la atención médica, solo le indicaron esperarse hasta que llegara el cirujano, dándole una cita abierta para cesárea, además de decirle que el bebé podía estar sin problemas en el vientre, a pesar de no tener líquido amniótico.

87. Como se ha señalado, el mal pronóstico de salud de V2, es consecuencia del estado de asfixia severa que presentó al nacer, que le produjo daño neurológico y multiorgánico, que ameritó y ameritará atención médica y cuidados especializados permanentes, condiciones que incrementan su riesgo de complicaciones multiorgánicas y morbilidad, que afecta de manera indudable su calidad de vida y autonomía, lo cual, si bien es una afectación de manera directa a su persona, también lo es para toda la familia de V2.

88. De las irregularidades descritas y analizadas por esta Comisión Nacional, se concluye que AR1, AR2 y AR3, al momento de ingreso de V1 al HGZ y UMF No. 2, incurrieron en una serie de omisiones, transgrediendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracciones I y II, y 51, de la LGS; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del RLGS, que vulneraron el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y lo dispuesto en el artículo 12.1 de la CEDAW.

C. DERECHO A LA VIDA DE V1

89. La vida como derecho fundamental es reconocido en el párrafo segundo del artículo 29, de la CPEUM, correspondiendo al Estado, a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

90. 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 se encuentra protegido por diversos instrumentos internacionales. El artículo 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos refiere que el derecho a la vida es inherente a la persona humana y la protección normativa del mismo.

91. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su numeral 4.1 destaca la protección del Derecho a la vida a partir de la concepción, así como la prohibición expresa de su privación arbitraria.

92. 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 ... a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho... En ese sentido, existe transgresión al 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 ...”*.¹¹

¹¹ SCJN, Tesis Aislada Constitucional, *“DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”*, Registro digital 163169.

93. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la violación del derecho a la protección a la salud, por la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1, AR2 y AR3, personal médico del HGZ y UMF No. 2, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

94. De lo narrado, V1 vivió una serie de violaciones a sus derechos que la afectaron de tal manera que perdió la vida, violentando sus derechos humanos. Es importante mencionar que este Organismo Nacional, tiene presente que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) —como el derecho a la protección de la salud— tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales, como el derecho a la vida¹²; en tal sentido, el derecho a la vida es un derecho fundamental cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En virtud de este papel fundamental que se le asigna en la Convención, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho.¹³

95. Al respecto, la CrIDH ha señalado que: “[...] *los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud*”¹⁴. *La protección del derecho a la vida de las mujeres en el*

¹²CrIDH, Caso Comunidad Garífuna de Punta Piedra y sus miembros Vs. Honduras. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de octubre de 2015. Serie C No. 304.3.

¹³ Idem.

¹⁴ CrIDH, *Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1° de septiembre de 2015, párr. 177.

*ámbito de la salud materna implica la obligación de todas las autoridades de garantizar que las mujeres disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud*¹⁵.

96. La salud materna y el impulso para hacer frente a la mortalidad materna ha sido considerada un eje dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas, específicamente dentro de su Tercer Objetivo “Salud y bienestar”, Naciones Unidas ha destacado que *“la tasa de mortalidad materna —la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con las que lo hacen— en las regiones en desarrollo es todavía 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas”*, por lo que una de sus metas para el año 2030 es *“reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”*¹⁶.

97. En tal sentido, en el presente caso se constató que, el 04 de abril de 2019, el HGZ y UMF No. 2, no contaba con personal médico suficiente y especializado en gineco-obstetricia, ni personal de laboratorio para atender a las personas derechohabientes o usuarias que así lo requieran, por lo que a V1 solo le tomaron muestras, lo que, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, impidió la realización de un diagnóstico adecuado del estado del binomio materno-fetal que integraban V1 y V2.

98. Por lo descrito, en el punto inmediato anterior, se determina que las complicaciones que presentó V1 sí pudieron evitarse por medio de una cesárea

¹⁵ CNDH. Recomendación 38/2017, 14 de septiembre de 2017, párr. 44.

¹⁶ ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

oportuna, que no se realizó, por la falta de personal especializado y por no haberse tomado las medidas inmediatas necesarias que permitieron salvaguardar su integridad.

99. Aunado a lo anterior, el médico anesthesiólogo, al advertir que, posterior a la cesárea que le fue practicada a V1, ésta presentó sangrado transvaginal abundante, por lo que fue tratada con norepinefrina y transfusión sanguínea, a base de paquetes globulares y plasma. Con relación a su manejo postparto, de acuerdo con los registros de enfermería, se le administró un ampolla de ergonovina y etamsilato.

100. Si bien esta Comisión Nacional observa que, posterior al hallazgo de la hemorragia obstétrica y ante la gravedad de la situación, PSP3, atendiendo la solicitud de PSP1 anesthesiólogo, requirió por medio de interconsulta, al HGR No.1, que V1 fuera valorada en la UCI, enviándola con el diagnóstico de paro respiratorio y probable trombosis pulmonar, la que por haberse presentado súbitamente durante el trabajo de parto, sí pudo ser debido a una probable embolia de líquido amniótico.

101. Por lo que, desde el punto de vista médico legal, se determina que V1 sí cursó con factores de riesgo para presentar una embolia de líquido amniótico, que no fueron considerados por AR1 desde su ingreso a hospitalización, tales como un trabajo de parto difícil, debido a un producto fetal en situación transversa, la edad materna, mayor de 35 años, feto masculino, multiparidad y ruptura de membranas, además de presentar un cuadro clínico compatible con dicha patología caracterizado por dificultad respiratoria (disnea) de comienzo agudo o colapso cardiovascular durante el parto.

102. Como consecuencia de la magnitud de dicha patología, para que se ésta se presentara, se debieron romper las membranas amnióticas y los vasos uterinos, entonces el líquido amniótico se introduce en el sistema circulatorio y llega a los pulmones maternos lo cual provocaría colapso pulmonar y, como consecuencia, falla cardíaca, falleciendo hasta el 86% de los pacientes que desarrollan el padecimiento, situación que, como se señala en la Opinión Médica, ocurrió con V1, quien presentó una patología letal durante el trabajo de parto, que fue la causa de su muerte.

103. La LGAMVLV, en su artículo 5, fracción XII, define lo que se entiende por muertes evitables, como: *“Conjunto de muertes que no deberían haber ocurrido en presencia de servicios de salud eficaces, con exámenes rutinarios para la detección temprana y tratamientos adecuados”*. En el presente caso, la muerte de V1 pudo ser evitada, de haberse indicado una cesárea urgente desde su ingreso a hospitalización, que sí ameritaba por presentar signos que afectaban su salud, desde el inicio en que solicitó atención médica.

104. Dadas las evidencias descritas y desde un razonamiento lógico-jurídico, este Organismo Nacional considera que la falta de personal médico, así como las omisiones reiteradas en la atención de V1, contribuyeron a que no se garantizara el más alto nivel posible de atención en su salud, que previniera de manera adecuada los posibles riesgos para la vida.

105. Se concluye, por parte de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, que existió responsabilidad por la vulneración del derecho a la vida reconocido en el artículo 29 de la CPEUM, así como en los artículos 4.1 de la Convención

Americana sobre Derechos Humanos y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en agravio de V1.

D. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1

106. La LGAMVLV, en el artículo 46, fracción X, prevé que se debe *“Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

107. La Oficina del Alto Comisionado en México ha expresado que: *“La violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes, negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”*,¹⁷ así como lo referido previamente por la CIDH, en su informe sobre *“Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”*.

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

¹⁷ Sala de prensa. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Martes, 06 Mayo 2014. Disponible en: http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechossexuales-y-reproductivos&Itemid=268.

violencia durante el embarazo y el parto, debido a que *“el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”*¹⁸.

109. Esta Comisión Nacional, en su Recomendación General 31/2017, *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*, define a la violencia obstétrica como *“Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”*¹⁹.

110. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR1, AR2 y AR3, ejercieron violencia obstétrica en agravio de V1, al omitir proporcionarle una atención médica materna integral, con oportunidad, seguridad y calidad, exponiéndola a circunstancias innecesarias, con efectos como los que presentó el binomio materno-fetal, que dieron lugar a la violación de diversos derechos humanos de V1 y V2.

111. Por parte de AR1, AR2 y AR3, la violencia obstétrica se configura ante las omisiones en la atención médica del parto, señaladas previamente, debido a que no se realizaron todas las acciones tendientes a una efectiva atención de V1, lo

¹⁸ “Introducción”, Párr. 4.

¹⁹ CNDH, Recomendación General 31/2017, párr. 94.

que provocó que se desarrollara la ruptura uterina que, con un monitoreo adecuado en cumplimiento de la NOM-007-SSA2-2016, podría haberse evitado.

112. La falta de valoración obstétrica especializada de V1, desde su ingreso a Urgencias el 4 de abril del 2019, así como de vigilancia continua y estrecha, durante aproximadamente tres horas, generó que, a las 06:15 horas, se encontrara con alteraciones neurológicas caracterizadas por inquietud y somnolencia, cayendo súbitamente en paro respiratorio.

113. Se determina que V1 no fue valorada desde su ingreso, ni vigilada durante su estancia hospitalaria por personal médico especialista en ginecología y obstetricia, debido a que en el HGZ y UMF No. 2, no se contaba con personal médico en esa especialidad, de esta manera, el personal administrativo responsable del establecimiento no cumplió con la norma, que, como ya se dijo, establece que un Hospital General debe tener una de las cuatro especialidades básicas, de acuerdo con el RLGS, lo que incrementó en V1 el riesgo de morbilidad y mortalidad.

114. Como se ha señalado, derivado del mal manejo y la dilación que hubo en el proceso de parto, V1 tuvo como consecuencia un paro cardiorespiratorio, el cual fue tratado con maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), pasándola a cesárea urgente por medio de PSP1, personal médico cirujano, ya que no se contaba con personal médico de ginecología, se obtuvo un producto único masculino en malas condiciones. Se activó ERI y se regula el traslado aéreo a otro Hospital. No se cuenta con exámenes de laboratorio al ingreso por falta de personal de laboratorio, solo se tomaron muestras.

115. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Nacional concluye, que AR1, AR2 y AR3, son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia, en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la LGAMVLV, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, situación que además, tuvo implicaciones en V2.

116. A partir de la serie de actos y omisiones de AR1, AR2 y AR3, descritos, se violentaron los derechos relacionados con la salud, la integridad personal y una vida libre de violencia de V1, que culminaron en la pérdida de la vida.

E. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SU RELACIÓN CON EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

117. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en la Observación General No. 14, ha sostenido 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”*.²⁰

118. Esta Comisión Nacional, en la Recomendación General 29/2017, sobre el expediente clínico, como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó que *“la debida integración de un expediente 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*

²⁰ <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

tomar una decisión concerniente acerca de su salud y conocer la verdad.”²¹ Asimismo, consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”²².

119. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012, advierte en su introducción 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*”.

120. Por lo que respecta al presente caso, luego del análisis realizado a los expedientes clínicos relacionados con las diversas etapas de la atención médica de V1 y V2, se observó lo siguiente:

121. Como parte del expediente de queja en estudio, no existen notas médicas que describan cómo fueron las atenciones de control prenatal que recibió V1 en la UMF No. 64, del 29 de agosto de 2018 al 02 de febrero de 2019, periodo durante el cual, de acuerdo con la hoja de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico, se le otorgaron seis consultas, por lo que no es posible determinar si el personal médico

²¹ CNDH. Recomendación General 29/2017. párrafo. 35.

²² *Ibidem*, p. 27.

que la atendió durante ese periodo cumplió con todo lo que establece la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

122. El 04 de abril del 2019, a las 03:17 horas, en el HGZ y UMF No. 2, AR1 omitió establecer en la nota médica de V1, su nombre completo y fecha de atención médica, solo se refirió que se encontraba programada para cesárea por presentar producto transversal, hechos que muestran la no observancia de la NOM- 004-SSA3-2012.

123. En la nota de ingreso a exploración física, se omitió registrar los signos vitales de V1, además, no se “integraron” diagnósticos, no se prescribió un manejo específico, omisiones que sí se relacionan con el mal pronóstico materno fetal, porque V1, ante una urgencia calificada en el Servicio de Triage, no fue entregada al personal responsable del Servicio de Urgencia Obstétrica para continuar con su atención como lo establece el Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, omisión que incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad materno fetal.

124. No se contó con partograma donde constara que se vigilaron de forma continua y estrecha los signos vitales de V1, frecuencia cardíaca fetal, número e intensidad de contracciones uterinas, dilatación y borramiento cervical, con lo cual el personal médico de AR1 y AR3 a cargo de su atención incumplió con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016.

125. El 04 de abril del 2019, durante el traslado al HGR No. 1, se omitió realizar el reporte escrito correspondiente, por lo que se incumplió con la NOM-034-SSA3-2013.

126. En ese mismo día a las 8:55 horas, arribó V1 al HGR No. 1, al Servicio de Triage, pero no se pudo determinar quién la atendió porque la nota de valoración no contaba con el nombre del personal médico que la recibió, lo que da lugar a un incumplimiento de lo establecido por la NOM-004-SSA3-2012. Así mismo, no se cuenta con el reporte de atención médica prehospitalaria de V2, incumpliendo el personal médico encargado de realizar su traslado.

127. Tales omisiones adquieren relevancia al considerar la importancia del conocimiento completo e integral de la atención de los pacientes, que representa una guía para decidir cuáles deberían ser los siguientes pasos para una debida atención, en este caso para V1, ya que, al omitirse uno o varios datos relacionados con su estado de salud y seguimiento médico, se vulnera tanto el derecho de acceso a la información, en conexidad con el derecho a la protección de la salud de las víctimas, que impide el conocimiento y análisis adecuado sobre la atención brindada por las instituciones de salud, así como también determinar su responsabilidad en la cadena de mando e intervención en la atención médica.

128. Como se ha visto en el presente documento, el IMSS omitió enviar el expediente completo, conforme a la NOM-004-SSA3-2012, no se contó con notas médicas, hojas de enfermería e indicaciones médicas que describieran cómo se encontraba V2, durante los días 6 y 7 de abril del 2019, y cómo fue manejado, por lo que no es posible determinar si la atención que se le otorgó fue la adecuada durante esos días. La idónea integración de un expediente clínico es responsabilidad y una obligación a cargo de los prestadores de servicios médicos del IMSS para su integración y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos, 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.²³

129. Esta Comisión Nacional recuerda que, frente a las irregularidades en la integración del expediente clínico, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la NOM-034-SSA3-2013, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla a cabalidad y en los términos que se establece.

F. EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN RELACIÓN CON EL DERECHO A LA SALUD DE V2

130. Este principio se encuentra reconocido en el artículo 4°, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

131. En el plano internacional, la Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 3, establece que *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”*.

²³ CNDH, Recomendaciones 52/2020, párr. 80, 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74, entre otras.

132. El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es “[...] *garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño [...]*”²⁴, para lo cual resulta necesaria la adopción de “*medidas especiales de protección*”, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños²⁵.

133. Este Organismo Autónomo observa que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de la niñez, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud; por lo que considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y las medidas de protección que deben regir la garantía y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

134. En la Recomendación 81/2017²⁶, este Organismo Nacional estableció el contenido de este derecho como “[...] aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero”.

135. Considerando los hechos, se observa que, si bien no hubo personal médico gineco-obstetra, esto no constituía un impedimento real para realizar una cesárea

²⁴ Comité de los Derechos del Niño. *Observación General 5*, párr. 12, y *Observación General 14*, párr. 4.

²⁵ Caso Carvajal Carvajal y otros Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 13 de marzo de 2018. Serie C No. 352, párr. 193. Ver también Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC 17/02. de 28 de agosto de 2002. Serie A No. 17, párrs. 53, 54, 60, 86, 91, y 93, y Caso "Instituto de Reeducción del Menor" Vs. Paraguay, párr. 160.

²⁶ CNDH, Recomendación 81/2017, Párr. 92.

urgente a V1, porque cuando ésta presentó serios problemas de salud; personal que se encontraba en el lugar, intervino practicándole, tiempo después, una *cesárea de emergencia*. Lo apropiado hubiera sido, contar con personal médico gineco-obstetra, por lo que, a su falta, debió ser canalizada a un centro de atención que contara con los recursos suficientes para una atención adecuada y, solo ante la imposibilidad de ello, que personal del mismo centro actuara en tiempo, conforme a directrices establecidas por la institución, para evitar las complicaciones que se presentaron y que dieron lugar a violaciones de una serie de derechos humanos de V1 y V2.

136. En este sentido, se vulneraron los derechos de V2, siendo deber del Estado, el respetar su interés superior siendo una consideración primordial en cualquier decisión que se tome, procurando su máxima protección. Se estima que las autoridades incumplieron con la inobservancia del derecho del interés superior de la niñez en perjuicio, ya que el interés superior del niño debe considerarse en todas las situaciones que le afecten directa o indirectamente.

137. Es así como en el presente caso, la víctima, se trata de un recién nacido al que se 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 HGZ Y UMF No.2, en donde a V1, debido a la falta de atención médica al momento que se le había roto la fuente y a la falta de monitoreo, ultrasonido y seguimiento del parto, y al no encontrar constancias de su estado cuando ingresó, ni certeza de cuándo ocurrió, la ruptura de membrana le generó pérdida de sangre, dejando en un ambiente adverso a V2 que lo llevó a la asfixia, por lo que, al momento de nacer, no contaba con ritmo cardiaco ni respiración, requiriendo

reanimación, generando un daño neuronal y fisiológico importante y permanente para su vida.

138. Por lo que V2 egresó con secuelas de parálisis cerebral, caracterizada por extremidades rígidas, lo cual implica diversos cambios en su dinámica de vida, pues se trata de un trastorno de por vida, que no tiene cura, solo tratamientos para mejorar la función de la persona.

139. En la actualidad, V2 tiene diagnóstico infantil tipo “cuadriparesia espástica GMFCSV + Epilepsia + Portador traqueostomía y gastrostomía + Luxación de cadera derecha + Escoliosis neuromuscular + Deficiencia visual”, situación que lo coloca en una especial situación de vulnerabilidad e implica que esto sea considerado de forma determinante en las medidas de reparación integral y por daño al proyecto de vida.

140. Por las consideraciones expuestas se ha acreditado la vulneración del interés superior de la niñez, en perjuicio de V2, toda vez que las acciones y omisiones del personal médico señalado, incumplió con lo mandatado por el artículo cuarto de la CPEUM y el artículo tercero de la Convención de los Derechos del Niño.

G. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V2, V3, V4, V5y V6

141. Sobre el proyecto de vida, la CrIDH ha determinado “...*que la contribución por parte del Estado al crear o agravar la situación de vulnerabilidad de una persona, tiene un impacto significativo en la integridad de las personas que le rodean, en especial de familiares cercanos que se ven enfrentados a la*

*incertidumbre e inseguridad generada por la vulneración de su familia nuclear o cercana*²⁷.

142. La CrIDH en el caso de Sebastián Furlan²⁸, ha establecido que el “proyecto de vida” atiende a la “realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas”. De igual manera, en los casos *Álvarez Ramos, Venezuela*.²⁹

143. Asimismo, la CrIDH ha señalado que el proyecto de vida “*atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas*”. También ha determinado que dicho daño “*implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable, en cuyos casos se han acreditado daños que afectan la libertad objetiva de la víctima; o los cuales impidan desarrollar tal proyección, o bien que por omisión de un deber no se tenga la posibilidad siquiera de plantear un proyecto de vida en sí*”³⁰.

144. Desde las sentencias de la CrIDH, se observa que la reparación del daño al proyecto de vida se ha establecido principalmente en casos donde la víctima directa resiente la afectación y se trunca, menoscaba o impide su proyecto de vida.

²⁷ CrIDH, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 250. (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas) “Caso Furlan y Familiares. Argentina”.

²⁸ CrIDH, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 285. (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas) “Caso Furlan y Familiares. Argentina”.

²⁹ CrIDH, Sentencia de 24 de noviembre de 2020, párrafo 154. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas) “Caso Casa Nina vs. Perú”.

³⁰ CrIDH, México sentencia de 28 de noviembre de 2018, párrafo 314. (Fondo, Reparaciones y Costas) “Caso Alvarado Espinoza y otros vs. México”.

También en casos donde las víctimas indirectas, de mayor cercanía a la víctima, han visto inevitablemente trastocada su posibilidad de desarrollo personal y proyecto de vida debido a la naturaleza y magnitud de los hechos.

145. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a AR1, AR2 y AR3, autoridades señaladas como responsables, causaron un daño al proyecto de vida de V2 como víctima directa, al violarse el derecho humano a la protección a la salud del binomio materno fetal y que llevó al fallecimiento de V1.

146. De manera particular, el daño causado al proyecto de vida de V2, es considerable, debido a que, a pesar de que se contaban con criterios médicos suficientes para realizarle una cesárea urgente a V1, se dieron una serie de omisiones en su atención, la cual no fue de manera segura y oportuna, lo que derivó en graves afectaciones en V1 y V2, en este último caso, generando una discapacidad.

147. La CrIDH ha sostenido que *“atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas”*. También, ha determinado que dicho daño *“implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable, en cuyos casos se han acreditado daños que afectan la libertad objetiva de la víctima; o los cuales impidan desarrollar tal proyección, o bien que por omisión de un deber no se tenga la posibilidad siquiera de plantear un proyecto de vida en sí”* ³¹.

³¹ Corte IDH. Caso Alvarado Espinoza y otros vs. México. Fondo, reparaciones y costas. sentencia de 28 de noviembre de 2018, párr. 314.

148. En este sentido, esta Comisión Nacional advirtió que las complicaciones que tuvo V2, al momento de nacer, como el estado de paro cardiorrespiratorio, con daños orgánicos múltiples de órganos y sistema nervioso, presentando alteraciones secundarias a la respuesta inflamatoria sistémica producida por asfixia, daño neurológico, hepático y renal corroborados por ecografía, la hemorragia que le dificultó iniciar y mantener la respiración, la cual incrementó el riesgo de su mortalidad y las secuelas secundarias de asfixia, fueron derivadas de las omisiones en la atención médica oportuna y segura de V1; clínicamente V2 egresó con secuelas de parálisis cerebral, caracterizada por extremidades rígidas.

149. En la actualidad, V2 tiene diagnóstico infantil tipo “cuadriparesia espástica GMFCSV + Epilepsia + Portador traqueostomía y gastrostomía + Luxación de cadera derecha + Escoliosis neuromuscular + Deficiencia visual”, lo cual implica diversos cambios en su dinámica de vida, pues se trata en afectaciones y padecimientos de por vida, que no tienen cura, y solo pueden ser tratados para mejorar la función de la persona.

150. A su vez, se evidencia la afectación a nivel emocional y psicológica, debido a que, clínicamente V2 egresó con secuelas de parálisis cerebral, caracterizada por extremidades rígidas, lo cual implica diversos cambios en su dinámica de vida, pues se trata de un trastorno de por vida, que no tiene cura, solo tratamientos para mejorar la función de la persona.

151. Las afectaciones que sufrió V2, generaron un daño a su integridad física, ya que se violó su derecho a vivir una vida autónoma y con buena salud, dadas las limitaciones de sus capacidades físicas que le fueron causadas. Por esta razón, la Comisión Nacional estima que la autoridad, en colaboración con la Comisión

Ejecutiva de Atención a Víctimas, debe considerar esta afectación en la reparación integral del daño.

152. El fallecimiento de V1 y las afectaciones a su salud que vivió V1, han generado también una afectación al proyecto de vida de las personas integrantes de esa familia, es decir, V3, V4 y V5.

153. En el caso de V4, a lo referido por su familia, era un niño cercano a su madre, motivo por el cual tuvo una mayor afectación emocional. Posteriormente a los hechos, V4 se aisló de la vida social, no le gusta salir y es una persona callada, si bien, él continuó con sus estudios, el fallecimiento de su madre y posterior ruptura familiar ha traído consigo un detrimento emocional para él, lo que ha marcado un antes y un después en su vida.

154. Por otro lado, V5 estudiaba una carrera, pero debido al fallecimiento de V1, tuvo la necesidad de dejar sus estudios, para empezar a trabajar y hacerse cargo de las responsabilidades de la casa y vigilancia de V4, asumiendo un rol de cuidados y responsabilidad en cuanto a V4, siendo ella una adolescente.

155. Dicha situación ha implicado un grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal para su futuro, pues refirió a personal de esta Comisión Nacional que es su deseo seguir estudiando; sin embargo, es necesario para ella y su familia su trabajo, a fin de contribuir a la economía familiar, en apoyo a su padre como principal proveedor, para solventar los gastos familiares.

156. En cuanto a V3 trabaja en un horario que no le permite atender las necesidades del hogar, aunado a que, según su dicho, llegó a deprimirse, tener

problemas laborales e inclusive se quedó sin empleo tres meses. Actualmente su trabajo le demanda mucho tiempo, lo que le imposibilita estar presente en la casa para acompañar y cuidar a sus hijos, quienes por la edad que tenían al momento del fallecimiento de V1 requerían más de ese acompañamiento, viéndose mermada la mecánica familiar presente y futura, ya que en su proyecto de vida se sumaría un nuevo integrante V2.

157. El fallecimiento de V1 representó un antes y un después en la vida de V3, V4, y V5, pues conllevó una ruptura familiar y propició un indudable impacto en la esfera psicosocial, con alteraciones en el entorno y vida familiar, a su vez, se evidencia la afectación a nivel emocional y psicológica, así como en la economía familiar, lo cual implicó diversos cambios en su dinámica de vida generadas a partir de los hechos analizados en la presente Recomendación, situación que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

H. RESPONSABILIDAD DE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

158. De lo antes mencionado, para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha quedado evidenciado en la presente Recomendación, que AR1, AR2 y AR3, 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, así como la afectación al derecho a la vida, interés superior de la niñez y a una vida libre de violencia obstétrica; en agravio de V1 y V2, susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

159. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2019, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional realizará las acciones que subsistan con el fin de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras publicas involucradas en los hechos violatorios a derechos humanos a V, se sancione conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

I. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

160. De acuerdo al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política, “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.”

161. 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.

162. En el presente pronunciamiento esta Comisión Nacional observa que ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional por parte del personal del HGZ-UMF No. 2 al no contar con personal médico y de laboratorio necesario, los insumos, el equipamiento o infraestructura médica, así como, por la deficiente integración del expediente clínico documentada, hechos que forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del sistema de salud,

que impidieron garantizar el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud de V1 y V2, personas derechohabientes o usuarias del servicio, por lo que este Organismo Nacional insta al IMSS para determinar si las problemáticas ocurridas en los hechos del presente caso, pueden derivar en el incumplimiento de alguna de las obligaciones contenidas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

J. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE CUMPLIMIENTO

163. 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 CPEUM a y 44, párrafo segundo, de la Ley de la CNDH; 1, 2, 7, fracciones I, II, VII y VIII, 9, 27, 62 fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 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 y artículo 26 de la LGS; se prevé la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de 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.

164. De conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones 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 en la materia aplicable al caso concreto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia al principio del interés superior de la niñez, se deberá inscribir a V1, V2, V3, V4, V5 y V6 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión. Tal y como se menciona en el punto primero recomendatorio.

165. 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 y medidas de no repetición.

166. En tal sentido, V2, V3, V4, V5 y V6 adquieren la calidad de víctimas, con motivo del vínculo familiar existente con V1, cuyo fallecimiento propició un indudable impacto en la esfera psicosocial y posibles alteraciones en el entorno y vida familiar generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que, deberán ser consideradas para efectos de la

determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

167. Aunado a lo anterior, en los casos en que los hechos están relacionados a violencia de género institucionalizada, las medidas de reparación integral que al efecto se determinen, se deberán diseñar e implementar bajo una amplia perspectiva de género, que permitan generar cambios en su realidad cotidiana de las mujeres que pudieran sufrir hechos similares a los documentados, por tal motivo, dichas medidas deben tener una vocación transformadora³²:

I. Medidas de rehabilitación

168. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 26, 27, fracción II, 62 fracción I y 63 de la Ley General de Víctimas y 21 de los Principios y directrices del instrumento antes referido; la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

169. Las medidas de rehabilitación pretenden reparar las afectaciones físicas, psíquicas o morales que puedan ser objeto de atención médica o psicológica. Por lo que es indispensable que la autoridad recomendada, en coordinación con la CEAV, deberá otorgar todas las facilidades para que V3, V4, V5 y V6 reciban atención psicológica y tanatológica. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcance su total sanación psíquica y emocional, de forma inmediata y en un lugar accesible

³² CrIDH, Caso González y Otras (Campo Algodonero) Vs. México, párr. 450.

para las víctimas, para lo cual se deberá brindar información previa, clara y suficiente; lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

170. Así también, el IMSS, en coordinación con la CEAV, deberá de garantizar a V4 y V5, el acceso a los servicios de educación, tomando en cuenta sus necesidades particulares, por lo que, se realizarán las gestiones necesarias para que se le otorgue una beca o mecanismo similar, para garantizar que, si así lo desea, pueda continuar y concluir sus estudios hasta el nivel medio superior; sin detrimento que, en caso de manifestar su voluntad de continuar con estudios universitarios pueda solicitar a la autoridad recomendada para continuar el otorgamiento de la respectiva beca o mecanismo similar, todo conforme a los términos establecidos en el artículo 3° de la CPEUM y en la Ley General de Educación. Esto a fin de dar cumplimiento al punto séptimo recomendatorio.

171. Asimismo, de las evidencias, se observa que V2, requiere atención médica y cuidados especiales, por lo que la autoridad recomendada, en coordinación con la CEAV, deberá proporcionar de manera gratuita todo lo necesario para que reciba dicha atención y cuidado, en un lugar accesible para él y para las personas que lo cuidan, durante el tiempo que se requiera, atendiendo a su condición física, siendo una persona con discapacidad. Esto a fin de dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

II. Medidas de compensación

172. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción III, 64, fracciones I, II y VIII, 72 y 88 de la Ley General de Víctimas, las medidas de compensación consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación

a los derechos humanos sufrida, considerando las circunstancias de cada caso. Ésta incluye. perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

173. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: a) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas; b) la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas; c) los gastos efectuados con motivo de los hechos, y d) las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.³³

174. Asimismo, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados; 2) Temporalidad; 3) Impacto Bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, personas mayores, niñas, niños y personas en situación de pobreza).³⁴

175. Por ello, el IMSS, deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, V2, V3, V4, V5 y V6 a través de la noticia de hechos que se realice a esa

³³ CNDH, Recomendación 70/2022, párr. 83.

³⁴ CNDH, Recomendación 183/202, párr. 112.

Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a V2, V3, V4, V5 y V6, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Esto a fin de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

III. Medidas de satisfacción

176. Las medidas de satisfacción, acorde con lo dispuesto en los artículos 26 y 27, fracción IV y 73 de la 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.

177. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V1 y V2, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

IV. Medidas de no repetición

178. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74, fracción VIII y 75, fracción IV de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

179. En este sentido, las autoridades del IMSS, deberán impartir en el término de 6 meses, contados a partir de la notificación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación a todo el personal médico del HGZ y UMF No.2, en donde considere los principios de: 1) disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica, citadas en el cuerpo de esta Recomendación, de manera que se capacite al personal médico sobre la importancia de prevenir, diagnosticar y atender oportuna y adecuadamente las emergencias obstétricas tales como las alteraciones placentarias; los cuales deberán contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo.

180. En particular a AR1, AR2 y AR3; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; éste será impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia acreditable, en perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las

mujeres, a fin de sensibilizar al personal de salud. También se deberá mencionar en cada curso que es en cumplimiento de la presente Recomendación. Para el cumplimiento del punto cuarto recomendatorio.

181. Además, se entregarán a esta Comisión Nacional las evidencias de la implementación de estos cursos, entre las cuales se encuentran: programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de personas facilitadoras, listas de asistencia, videos, evaluaciones, precisando el tipo de evaluación y el impacto que tiene para quienes los cursan, entre otros.

182. Por otro lado, en un término de dos meses, contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico del HGZ y UMF No.2, 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 a esta Comisión Nacional, la notificación de la citada circular al personal médico de referencia. Para el cumplimiento del punto quinto recomendatorio.

183. De igual manera, en el plazo de 6 meses, a partir de la notificación de esta Recomendación, se deberán tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el HGZ y UMF No.2 cuente con la infraestructura, personal médico especializado, equipamiento e insumos necesarios para brindar atención integral, con calidad, oportuna y segura, tales como el equipo para realizar ultrasonidos. Para el cumplimiento del punto sexto recomendatorio.

184. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades en su respectivo ámbito de competencias, a fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

185. En consecuencia, a todo lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERO. Deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, V2, V3, V4 y V5, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a V2, V3, V4, V5 y V6 que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDO. En Coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue la medida de rehabilitación a través de la atención médica y, se continúe brindando atención médica y psicológica a V2, por las lesiones provocadas, así como el tratamiento correspondiente de las posibles secuelas de éstas por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerle de los medicamentos y rehabilitación convenientes a su situación, en caso de requerirlos; misma que deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con el consentimiento de V3; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERO: En coordinación con la CEAV, otorgar atención psicológica y/o tanatológica que requieran V3, V4, V5 y V6 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 sus necesidades específicas; así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlo. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTO: Se imparta en el término de seis meses, contados a partir de la notificación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en el HGZ y UMF No.2, a partir de la aceptación de esta Recomendación, en donde se considere la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica, citadas en el cuerpo de esta Recomendación, de manera que se capacite al personal médico sobre la

importancia de prevenir, diagnosticar y atender oportuna y adecuadamente las emergencias obstétricas tales como las alteraciones placentarias; los cuales deberán 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 particular a AR1, AR2 y AR3 el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia acreditable, en perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a fin de sensibilizar al personal de salud. Hecho lo anterior se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que acredite su cumplimiento.

QUINTO. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico del HGZ y UMF No.2, 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 a esta Comisión Nacional la notificación de la citada circular al personal médico de referencia.

SEXTO. Realizará todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole para que, en el plazo de 6 meses, contados a partir de la notificación de la presente Recomendación, el HGZ y UMF No.2 en Zacapu, Michoacán del IMSS, cuente con personal médico especializado y suficiente en el área de Gineco Obstetricia, así como personal de laboratorio e insumos para brindar atención integral y con calidad, de manera especial, tales como el equipo para realizar ultrasonidos; para una adecuada atención médica y, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMO. En colaboración de la CEAV, deberá de garantizar a V4 y V5, el acceso a los servicios de educación, tomando en cuenta sus necesidades particulares, por lo que, se realizarán las gestiones necesarias para que se le otorgue una beca o mecanismo similar, para garantizar que, si así lo desea, pueda continuar y concluir sus estudios hasta el nivel medio superior; sin detrimento que, en caso de manifestar su voluntad de continuar con estudios universitarios pueda solicitar a la autoridad recomendada para continuar el otorgamiento de la respectiva beca o mecanismo similar, todo conforme a los términos establecidos en el artículo 3° de la CPEUM y en la Ley General de Educación. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

OCTAVO. Designe 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 sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

186. 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 servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

187. 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.

188. 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 plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP