RECOMENDACIÓN NO. 235/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V, ASÍ COMO AL PROYECTO DE VIDA DE VI1 Y QVI3 EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 53, EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 45 EN "AYALA" Y LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN GUADALAJARA.

Ciudad de México, a 31 de octubre de 2023

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E

Apreciable señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo; 4, 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; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2020/3354/Q**, relacionado con la atención brindada a V1 en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción

II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de esta 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 y 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. Esa información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, en un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las respectivas medidas de protección de esos datos.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Víctima indirecta	VI
Persona Quejosa	Q
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Semana de Gestación	SDG

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

Nombre	Abreviaturas
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Comisión Interamericana de Derechos Humanos.	CIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH / Comisión Nacional
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia: IMSS-162-09	Guía IMSS-162-09
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección Aguda, no Complicada del Tracto Urinaria en la Mujer	Guía IMSS de Infección Aguda
Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adulto para el Segundo y Tercer nivel ISSSTE-339-08	Guía ISSSTE-339-08
Hospital General Regional No. 45 en “Ayala”, Guadalajara.	HGR No. 45
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	LGAMVLV
Ley General de Salud.	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	NOM-001-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
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-025-SSA3-2013, Para la Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.	NOM-025-SSA3-2013
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica	Reglamento de la LGS

Nombre	Abreviaturas
Unidad de Medicina Familiar No. 53, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Zapopan, Jalisco.	UMF No. 53
Unidad Médica de Alta Especialidad, en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco.	UMAE- CMNO No.176

I. HECHOS

5. El 17 de febrero de 2020, se recibió el escrito de queja de QVI3, suegra de V1, por medios electrónicos, en el cual señaló presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V1 que al inicio de su embarazo fue atendida en la UMF No. 53, por médicos adscritos a la UMF No. 53

6. Al quinto mes de su embarazo, V1 fue enviada al HGR No. 45, para recibir atención médica por tratarse de un embarazo de alto riesgo, ya que tenía antecedentes médicos de haber presentado varices esofágicas a los 8 años.

7. El 29 de enero de 2020, acudió a su cita a la UMF No. 53, en donde el personal que la atendió ordenó su hospitalización para que fuera revisada por médicos adscritos a los servicios de Gastroenterología y Angiología, ello debido a los síntomas que observados; sin embargo, V1 solo recibió atención del servicio de Angiología, donde le informaron que todo estaba en orden, pero que quedaban en espera de la revisión del gastroenterólogo, revisión que nunca tuvo lugar porque se otorgó el alta antes de que se hiciera la revisión.

8. En la misma fecha, en la cita con la PSP2, por órdenes del gastroenterólogo, decide hospitalizarla para interrumpir su embarazo, con la finalidad de evitar complicaciones. El 1 de febrero de 2020, se realizó cesárea a V1 naciendo VI2 sin mayor complicación; sin embargo, dos días posteriores a la cirugía V1 manifestó que “La panza estaba muy grande como si estuviera embarazada”, situación que hizo del conocimiento a PSP2, quien ordenó hacerle estudios.

9. Durante la noche del 3 de febrero de 2020, V1 comenzó a “arrojar mucho líquido” y sangrado; al siguiente día, 4 de febrero de 2020, AR9, médica adscrita al servicio de Terapía Intensiva, la dio de alta indicando que ya estaba bien. Ese día por la noche, comenzó a sentirse mal. El día 5 de febrero de 2020, V1 “ya no sentía sus piernas y le costaba respirar”, por lo que la llevaron a Urgencias de Ginecobstetricia de la UMAE- CMNO No.176 y al revisarla, se percataron de que presentaba una hemorragia interna y que tenía más de 3 litros de sangre en el estómago, consecuencia de dicha hemorragia, lo que le provocó un paro cardiorrespiratorio, perdiendo la vida el 6 de febrero del citado año.

10. Debido a lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2020/3354/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

11. Escritos de queja sobre V1 recibidos en fechas 17 de febrero de 2020 y 19 de febrero de 2020, a través del portal electrónico de esta Comisión Nacional, en el que se señalaron presuntas negligencias médicas, atribuible a personal de la UMF No. 53, HGR No.45 y UMAE-CMNO No. 176;

12. Acta Circunstanciada, de 03 de junio del 2020, en la que se hace constar la llamada telefónica del 24 de febrero del 2020 sostenida entre QVI3 y personal de esta Comisión Nacional, sobre los hechos materia de la queja;

13. Ref. 141301200200-010-UMAE/HGO/CMNO/DAJ-327/2020, de fecha 30 de octubre de 2020, mediante el cual la Titular de la División de Asuntos Jurídicos del IMSS, informó a esta CNDH sí con motivo de los hechos descritos, se inició alguna investigación administrativa, médica y/o ministerial;

14. Correo electrónico de fecha 30 de octubre de 2020, mediante el cual, personal del IMSS remitió copia certificada del expediente clínico de V1, sobre la atención brindada en el HGR No. 45, del que se desprenden las siguientes constancias:

14.1 Notas Médicas y Prescripción, de fecha 15 de noviembre de 2019, elaborada por AR4;

14.2 Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias, de fecha 22 de octubre de 2019, a las 13:17 horas, elaborada por AR3;

14.3 Nota Inicial Urgencias, de fecha 29 de diciembre de 2019, a las 22:26 horas, suscrita por AR5;

14.4 Nota Inicial Urgencias, de fecha 29 de diciembre de 2019, sin hora, suscrita por AR5;

14.5 Notas Médicas y Prescripción de fecha 30 de noviembre de 2019, a las 03:10 horas, sin nombre del personal médico que la elaboro;

14.6 Nota de Egreso, de fecha 30 de diciembre de 2019, sin hora, ni nombre del personal médico que la elaboró;

14.7 Resumen Clínico de V1, de fecha 25 de mayo de 2017, elaborado por personal médico adscrito al Instituto Nacional de Salud;

14.8 Vigilancia Prenatal y Riesgo Obstétrico, de fecha 22 de agosto de 2019, sin nombre del médico que la elaboró;

14.9 Diagnóstico y Tratamiento, de fechas 22 de julio de 2019 y 22 de agosto de 2019, elaboradas por AR1;

15. Ref. 1401022151/JGO-051/2020, de fecha 29 de octubre de 2020, mediante el cual, el Jefe de Ginecología de la UMAE- CMNO No.176 remite a esta CNDH, diversas constancias, particularmente:

15.1 Oficio sin número de fecha 30 de octubre de 2020, mediante el cual, el Jefe de Medicina Materno Fetal de la UMAE- CMNO No.176, informó sobre las matrículas de los médicos involucrados en los hechos descritos, adscritos a ese hospital;

15.2 Certificado de defunción de V1 en la que como causas se señalan Tromboembolia Pulmonar, Trombosis Crónica de la Vena Porta, Hipertensión Portal, Ausencia Congénita de Tronco Celiaco y Hemoperitoneo;

16. Ref. 142408200200/DIR/447/2020, de fecha 27 de octubre de 2020, suscrito por el Director de la UMF No. 53, mediante el cual remite el expediente clínico de V1, sobre la atención brindada en ese Hospital, en el que obran las siguientes constancias:

16.1 Diagnóstico y Tratamiento de V1, de fechas 26 de noviembre de 2019 y 20 de enero de 2020, elaboradas por AR1;

16.2 Diagnóstico y Tratamiento de V1, de fecha 22 de octubre de 2019, elaborada por PSP1;

16.3 Diagnóstico y Tratamiento de V1, de fechas 22 de agosto de 2019 y 20 de septiembre de 2019, elaboradas por AR1;

16.4 Nota Médica de Urgencias, de fecha 14 de septiembre de 2019, a las 17:52 horas, elaborada por AR2.

17. Oficio Número 141301200200-10/DAJ/209/2020, por medio del cual la Jefa de división de Asuntos Jurídicos de la UMAE- CMNO No.176, remitió copia del expediente clínico de V1, sobre la atención brindada en dicha unidad, consistente en:

17.1 Nota de Ingreso, de fecha 06 de enero de 2020, a las 11:01 horas, elaborada por AR9;

17.2 Nota de Ingreso, de fecha 06 de enero de 2020, a las 10:57 horas, suscrita por PSP2;

17.3 Notas Médicas y Prescripción, de fecha 31 de diciembre de 2019, a las 02:26 horas, elaborada por PSP2;

17.4 Nota de Evolución, de fecha 07 de enero de 2020, a las 06:35 horas, suscrita por AR6;

17.5 Nota de Interconsulta de Angiología, sin fecha ni hora, suscrita por PSP3;

17.6 Nota de Evolución, de fecha 08 de enero de 2022, a las 05:19 horas, suscrita por AR6;

17.7 Nota de Pre-Alta de fecha 09 de enero de 2020, a las 06:17 horas, elaborada por PSP4;

17.8 Nota de Egreso de fecha 09 de enero de 2020, a las 15:36 horas, suscrita por PSP5;

17.9 Historia Clínica de V1, de fecha 23 de enero de 2020, a las 12:00 horas, elaborada por médico Residente de la UMAE-CMNO No. 176;

17.10 Notas Médicas y Prescripción, de fecha 28 de enero de 2020, a las 11:10 horas, elaborada por PSP6;

17.11 Notas Médicas y Prescripción - Nota de Atención Médica, sin fecha ni hora, con fecha y hora de impresión el 29 de enero de 2020 a las 02:23 horas, suscrita por PSP2;

17.12 Notas Médicas y Prescripción, de fecha 29 de enero de 2020, a las 02:14 horas, sin nombre del personal que la elaboró;

17.13 Nota de Evolución, de fecha 30 de enero de 2020, a las 03:54 horas, suscrita por PSP7;

17.14 Nota de Evolución, de fecha 30 de enero de 2020, a las 07:41 horas, elaborada por médico adscrito a la UMAE-CMNO No. 176;

17.15 Nota de Evolución, de fecha 30 de enero de 2020, a las 14:56 horas, suscrita por PSP2;

17.16 Nota de Seguimiento de Gastroenterología, de fecha 30 de enero a las 18:00 horas, suscrita por PSP8;

17.17 Nota de Evolución, de fecha 31 de enero de 2020, a las 07:00 horas, elaborada por médico adscrito a la UMAE-CMNO No. 176;

17.18 Nota de Evolución, de fecha 01 de febrero de 2020, a las 07:30 horas, suscrita por PSP9;

17.19 Nota Postoperatoria, de fecha 01 de febrero de 2020, a las 15:35 horas, elaborada por PSP10;

17.20 Nota de Evolución, de fecha 01 de febrero de 2020, a las 19:28 horas, suscrita por médica adscrito a la UMAE-CMNO No. 176;

17.21 Nota de Evolución, de fecha 01 de febrero de 2020, a las 20:27 horas, elaborada por PSP9;

17.22 Nota Postoperatoria, de fecha 01 de febrero de 2020, sin fecha, suscrita por PSP10;

18. Correo electrónico de fecha 16 de junio 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 QM-JAL-202104-961, de 25 de abril de 2022, emitido por el la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, en el que concluyó que el fallecimiento no guarda relación con la atención obstétrica sino con las complicaciones gastro digestivas, por lo que determinó la improcedencia de la queja;

19. Opinión Médica elaborada por el personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, de 23 de agosto de 2022, en la que se determinó que sí existió inadecuada atención médica por parte del personal médico del HGR No. 45, de la UMF No. 53 y de la UMAE- CMNO No.176 del IMSS;

20. Acta circunstanciada de fecha 08 de agosto de 2023, que da fe la comunicación sostenida por personal de esta CNDH con QVI3, en la que menciona que ella se encarga del cuidado de VI2, apoyada en algunas ocasiones por su esposo y su otro hijo, hermano de VI1.

21. Fe de hechos de fecha 04 de septiembre de 2023, que hace constar la remisión de correo electrónico por parte de QVI3 en el que adjunta el Acuerdo de No Ejercicio

de la Acción Penal por la denuncia presentada ante la FGR por los hechos materia de la presente Recomendación;

22. Fe de hechos de fecha 03 de octubre de 2023, que hace constar la recepción de correo electrónico de la misma fecha, remitido por la Coordinadora de Programas del IMSS, en la que informó el estado laboral de las personas autoridades responsables, así como el número de cédula.

23. Acta Circunstanciada de fecha 05 de octubre de 2023, que da fe de la comunicación sostenida por personal de esta CNDH con QVI3 y VI1, en la que informó la afectación psicológica y emocional que han tenido derivado de los hechos violatorios sus derechos humanos.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El 03 de marzo del 2020, VI1 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 en fecha del 07 de junio de 2022 fue determinada por esa Fiscalía con el No Ejercicio de la Acción Penal.

25. El IMSS informó que el caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de H. Consejo Técnico del IMSS, la que el 25 de abril del 2022, resolvió la queja como improcedente, al establecer que el fallecimiento no guarda relación con la atención obstétrica sino con las complicaciones gastro digestivas, por lo que determino la improcedencia de la queja.

26. Con oficio 141301200200-010-UMAE/HGO/CMNO/DAJ-327/2020, de fecha 30 de octubre de 2020, la Titular de la División de Asuntos Jurídicos del IMSS, informó a esta CNDH, que, con motivo de los hechos narrados en esta Recomendación, no

había registro de alguna investigación administrativa, indicando que solo existía un antecedente de la apertura de una carpeta de investigación en la FGR, ya descrita en este apartado.

27. En ese sentido, además de los descrito, no se presentó denuncia administrativa o juicio de amparo con motivo de los hechos materia de la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

28. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2020/3354/Q,** en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Autónomo y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta CNDH y los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con medios de convicción que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas de la UMF No. 53, el HGR No. 45 y de la UMAE-CMNO No. 176 del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Estado de Jalisco conforme a lo siguiente:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

29. La protección a la salud es un derecho humano contemplado en el artículo 4°, párrafo cuarto, de la CPEUM. El derecho a la salud es vital e indispensable para el

ejercicio de otros derechos, entendiéndose como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.[1]

30. De acuerdo con la CrIDH, el derecho humano a la salud es fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.[2]

31. El Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, refiere que la protección al derecho a la salud de las mujeres implica "que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental" [3]. Este informe es muy claro al evidenciar que cuando las mujeres acceden a su derecho a la salud, tienen la posibilidad y capacidad para participar en todas las esferas de la vida, tanto pública como privada.

32. En el mismo sentido, la Recomendación General 24 sobre el artículo 12 de la CEDAW, indica que "los Estados Parte deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a

[1] La Ley General de Salud, define en su artículo 1 Bis, que la salud se entenderá como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
[2] CrIDH. *Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022, párrafo 60.
[3]Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en: https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf. Fecha de consulta 27/03/2023.

servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios”[4].

A1. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA

33. La OMS, como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, refiere que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de la salud de calidad suficiente, con la finalidad de que las personas puedan ejercer este derecho sin distinción y en condiciones de igualdad.[5]

34. Por lo anterior, el Estado requiere implementar medidas y acciones que permitan evaluar las necesidades, las consecuencias y las condiciones de desigualdad a las que se enfrentan las mujeres, como lo es la maternidad, discriminación y violencia en el ejercicio de su sexualidad con relación a los hombres cuando ejercen su derecho al acceso a la salud. *“En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.”*[6].

35. En ese sentido, la CEDAW en su artículo 12, indica la obligación de los Estados Parte para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de garantizar

[4] CEDAW, Recomendación General N.º 24: Artículo 12 CEDAW, “La mujer y la salud” 1999, párr. 21.
[5] Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health. Fecha de consulta: 26/06/2023.
[6] CrIDH, Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile. Sentencia de 8 marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 123.

el acceso a los servicios de atención médica en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.

36. La maternidad, como parte del proceso reproductivo de la mujer, conlleva el pleno ejercicio de la autonomía física y sexual. La maternidad es una determinación personal y de pareja, que implica la voluntad personal que corresponde a la titular de los derechos reproductivos.

37. La Relatoría sobre los Derechos de la Mujer de la CrIDH, define la salud materna como *"la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios."*[7]

38. La OMS ha señalado una serie de recomendaciones para el incremento en las evaluaciones maternas y fetales para detectar problemas, con el objetivo de que el embarazo tenga una conclusión positiva, con la finalidad de mejorar la calidad de atención prenatal y reducir la mortalidad materna y perinatal.[8]

39. En ese sentido, los ordenamientos nacionales e internacionales protegen estos derechos desde el enfoque de la autonomía de las mujeres para tomar de manera libre e informada decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y maternidad. Así, el Estado es la autoridad responsable de garantizar que estos derechos se cumplan

[7] Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Consultado en: http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm. Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.

[8] Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who. Fecha de consulta:29-03-2023.

de manera efectiva e integral para todas las mujeres, que les permita disfrutar del más alto nivel posible de salud, antes, durante y después de su embarazo.

40. En el caso que nos ocupa, las instituciones de salud y el personal médico que la conforman debieron apegarse a la legislación, a las normas; así como a las guías, que regulan y protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; además de implementar lineamientos, medidas o acciones para proteger los derechos a la salud y la vida de V1.

A2. ANTECEDENTES CLÍNICOS DE V1

41. V1 era una mujer joven adulta, quien de acuerdo con el testimonio de QVI3, había llegado hacía dos años a Jalisco, proveniente de Guerrero, en busca de una vida mejor, teniendo muchos planes a futuro; quien eligió junto con VI1, ser madre por primera vez, dentro de su proyecto de vida.

42. Tenía por antecedentes varices esofágicas[9] y esplenectomía;[10] sobre dicha patología, V1 desde la infancia, cursó con hematemesis,[11] episodios de choque

[9] Venas agrandadas en el esófago, que suelen aparecer en personas con enfermedades hepáticas graves. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/esophageal-varices/symptoms-causes/syc-20351538
[10] Ausencia quirúrgica de bazo. Lo anterior de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH.
[11] Vómito con sangre fresca, no digerida, normalmente abundante, provocado por una distensión del estómago. Disponible en: https://www.paho.org/es/relacsis-0/foro-dr-roberto-becker/hemorragia-digestiva-alta#:~:text=Hematemesis%3A,es%C3%B3fago%20(hemorragia%20digestiva%20alta).

hipovolémico,[12] varices fúndicas,[13] gastropatía hipertensiva grave,[14] hipertensión portal,[15] hospitalización por hemoptisis;[16] teniendo el ultimo sangrado tubo digestivo y su última endoscopia[17] en abril de 2016.

43. Por dichos antecedentes, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, es posible saber que V1 nació con malformaciones vasculares, caracterizadas principalmente por la ausencia del tronco celiaco, primera rama de la arteria aorta abdominal, que se encarga de irrigar órganos vitales tales como el hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo, estomago e intestino; alteraciones que le causaron hipertensión de la vena porta, con el consecuente desarrollo de venas colaterales, gastropatía hipertensiva y varices esofágicas, que se trataron con ligadura; derivaciones vasculares y esplenectomía que, con relación a los hechos, sí la colocaron en especial vulnerabilidad en los términos que serán descritos.

---

[12] Afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000167.htm#:~:text=Un%20shock%20hipovol%C3%A9mico%20es%20una,bombear%20suficiente%20sangre%20al%20cuerpo.

[13] Son vasos venosos de la pared gástrica que se encuentran dilatados debido a un aumento del flujo sanguíneo, que se pueden desarrollar en pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n1/infopaciente.pdf

[14] Constituye una complicación de la hipertensión portal que ocurre en pacientes cirróticos. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2016/cmm163d.pdf

[15] Se define como un aumento de la presión sanguínea en la vena porta (la vena de gran calibre que lleva la sangre desde el intestino hasta el hígado) y en sus ramas. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/manifestaciones-cl%C3%ADnicas-de-las-enfermedades-hep%C3%A1ticas/hipertensi%C3%B3n-portal

[16] Sangrado tubo digestivo alto. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH

[17] Procedimiento que permite que el médico vea el interior de su cuerpo, mediante el uso de un instrumento llamado endoscopio o tubo visor. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/endoscopy.html

A.3 VULNERACIÓN DEL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD MATERNA DE V1

44. El día 22 de julio de 2019, V1 acudió por primera vez a la UMF No. 53, en donde fue atendida por AR1 quien registró sus antecedentes patológicos. A la exploración física la encontró sin frecuencia cardiaca fetal audible, debido a una edad gestacional temprana. Debido a los antecedentes de V1, AR1 calificó su embarazo como de alto riesgo y solicitó estudios de laboratorio, y ultrasonido obstétrico, con el propósito de detectar otros factores de riesgo en el embarazo; sin embargo, omitió solicitar urocultivo, para detectar bacteriuria asintomática y/o infección de vías urinarias, que clínicamente si presentó durante los siguientes días, incumpliendo AR1 con lo dispuesto por la NOM-007-SSA2-2016,[18] de acuerdo con la opinión especializada de esta CNDH.

45. El día 22 de agosto de 2019, V1 acudió a la UMF No. 53 para continuar con la atención de control prenatal, siendo atendida nuevamente por AR1, a quien le refirió tener la necesidad de orinar más veces de lo normal durante el día y la noche, que es un síntoma de irritación de las vías urinarias, secundario a una posible infección, por lo que prescribió tratamiento para tratar una infección de vías urinarias, sin embargo, omitió realizar prueba rápida de orina con tira reactiva, ni tampoco hay evidencia de que interpretara los resultados de los estudios de laboratorio solicitados el 22 de julio de 2019; en el mismo día, AR1 envió a V1 al servicio de

[18] Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.**5.2.1.4** Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

…

5.2.1.14.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano**.**

Ginecología del HGR No. 45, pues determinó que cursaba con un embarazo de alto riesgo, debido al antecedente de varices esofágicas, estimando, con base en el resultado del ultrasonido de fecha 10 de agosto de 2019, que cursaba con 12 SDG.

46. El día 14 de septiembre de 2019, a las 17:52 horas, V1 acudió a Urgencias, siendo atendida por AR2, médico adscrito al servicio de Gastroenterología en la UMF No. 53, a quien le refirió que, desde la mañana de ese día, presentó dolor abdominal tipo cólico.[19] A la exploración física, AR2 encontró a V1 con tensión arterial ligeramente baja de 95/60mmbHg,[20] ausencia de signos compatibles con infección generalizada y sin dolor reflejo en la región lumbar bilateral compatible con dolor renal, sin embargo, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, AR2 omitió integrar un diagnóstico en el expediente clínico de V1 prescribiendo fármacos para tratar el dolor abdominal y mejorar la hidratación de la paciente.

47. El día 20 de septiembre de 2019, la paciente acudió a revaloración a la UMF No. 53, siendo atendida por AR1, a quien le refirió que cursaba con el antecedente de coagulopatía por más de 8 años; señaló que en días pasados al caminar presentó tos y flema con sangre, síntomas de hemoptisis.[21] AR1 registró en la hoja de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico haberla encontrado con 17 centímetros de fondo uterino[22] y prescribió tratamiento a base de antiespasmódico y ácido fólico,

[19] Tipo de dolor abdominal que puede variar en intensidad y llegar a ser muy agudo. Disponible en: https://www.iberogast.es/problemas-digestivos/colicos

[20] Se considera baja a la presión arterial cuya lectura es inferior a 90 milímetros de mercurio (mm Hg) para el número superior (sistólica) o 60 mm Hg para el número inferior (diastólica). Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/low-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20355465

[21] Expulsión por la boca de sangre procedente del aparato respiratorio a nivel subglótico (del árbol traqueobronquial o de los pulmones). Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/20-HEMOPTISIS-Neumologia-3_ed.pdf

[22] La altura del fondo uterino es la distancia entre el hueso púbico y la parte superior del útero medida en centímetros. Después de 24 SDG, la altura del fondo uterino suele coincidir con el número de

sin haber especificado la razón por la cual indicó el primer fármaco; ante el antecedente de infección de vías urinarias previa, de nueva cuenta omitió realizar prueba rápida de orina con tira reactiva, solicitar urocultivo de control e interpretar el resultado de estudios previos de laboratorio, solicitados desde la primera consulta, lo que de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, sí se relacionó con las complicaciones que V1 presentó más adelante en su embarazo.

48. AR1, consideró los factores de riesgo de coagulopatía[23] de V1 y la remitió al siguiente nivel de atención,[24] pero no existe evidencia de que desde el inicio del embarazo se le hubiera otorgado una atención integral y especializada que ameritaba por sus antecedentes patológicos, lo que, de acuerdo con la Opinión Médica, fue responsabilidad de AR1 y AR2 y contrario a la NOM-007-SSA2-2016.[25]

49. El 22 de octubre de 2019, V1 solicitó atención de control prenatal en la UMF No. 53, siendo atendida por AR3, a quién le refirió que cursaba con dolor abdominal al orinar, con la presencia de una masa solida dolorosa en zona pélvica izquierda, necesidad de hacer fuerza para orinar, sensación de insatisfacción, secreción

---

SDG. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/multimedia/fundal-height/img-20008049

[23] Las coagulopatías son enfermedades de la sangre que afectan a los cambios en el proceso de coagulación. Disponible en: **https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/coagulopatia-inmunologica#**

[24] El segundo nivel de atención contempla los servicios de consulta de las especialidades básicas, hospitalización general (pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía), servicios de apoyo a diagnóstico como pruebas especiales de laboratorio clínico, radiología con medios de contraste y ultrasonido. Disponible en: https://www.isssteson.gob.mx/index.php/subdirecciones/medica/serviciosmedicos

[25] 5.3.1.16 El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna.

blanquecina, grumosa y fétida por la vagina, y dolor lumbar a nivel renal bilateral, síntomas y signos compatibles con infección de tracto urinario y vaginitis bacteriana.

50. Durante la exploración física realizada por PSP1 a V1, la encontró con peristalsis presente,[26] dolor a la palpación en la región media superior y ambas partes inferiores que irradiaba hacia lumbar derecha, al tacto vaginal con inflamación y secreción vaginal blanquecina, hallazgos por los cuales integró los diagnósticos de embarazo de 21 SDG, amenaza de parto prematuro probablemente secundaria a infección de vías urinarias y cervicovaginal, que desencadenaron dolor o actividad uterina que es un signo de urgencia obstétrica, enviándola al siguiente nivel de atención del HGR No. 45, para valoración y manejo especializado.

51. En la misma fecha, V1 fue valorada en el servicio de Urgencias del HGR No. 45, a las 13:17 horas, siendo atendida por AR3, quien la encontró con embarazo de 21.2 SDG y dolor tipo cólico de una semana de evolución; a la exploración física identificó a V1 con altura uterina de 12 centímetros, lo que, de acuerdo con el Apéndice A normativo de la NOM-007-SSA2-2016,[27] es un tamaño por debajo de lo normal, para la edad gestacional, que en este caso no fue advertido, señalado, ni estudiado por AR3. Asimismo, encontró signos clínicos compatibles con vaginosis bacteriana,[28] hallazgos por los cuales integró el diagnóstico de vaginitis aguda, por

[26] Contracciones musculares en forma ondulatoria que trasladan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/anatomyvideos/000097.htm#:~:text=La%20peristalsis%20es%20una%20serie,se%20traga%20un%20bolo%20alimenticio.

[27] (Criterios de clasificación)
La altura del fondo uterino… (será) Anormal. **-** Cuando se encuentra por debajo del percentil 10 o por encima del 90 de la curva. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes. En estos casos citar cada 8 días y consultar en forma inmediata con el especialista.

[28] Sucede cuando se produce un desequilibrio en los niveles naturales de bacterias. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bacterial-vaginosis/symptoms-causes/syc-20352279

ello le prescribiendo tratamiento para evitar un embarazo pretérmino, ruptura de membranas y/o endometritis, además solicitó biometría hemática y examen general de orina.

52. De acuerdo con la opinión especializada de esta CNDH, AR3 no advirtió, señaló, ni estudió la altura del fondo uterino, que era un parámetro útil para sospechar una posible restricción del crecimiento, lo anterior porque, cuando el tamaño es menor para le edad gestacional se debe investigar sobre el hallazgo, sospechar de restricción del crecimiento del producto de la gestación y solicitar ultrasonido obstétrico, para establecer o descartar ese diagnóstico, por lo que incumplió con la Guía IMSS-500-11.[29]

53. El 15 de noviembre de 2019 a las 17:34 horas, V1 fue atendida por AR4, médico adscrito al servicio de Obstetricia del HGR No. 45, quien de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, omitió generar una historia clínica que tomará en consideración los antecedentes personales, patológicos y gineco-obstétricos de V1, así como realizar prueba rápida de orina con tira reactiva durante la consulta, solicitar urocultivo, interpretar el resultado de estudios de laboratorio previos, así como solicitar el ultrasonido correspondiente al segundo trimestre, incumpliendo con ello la NOM-007-SSA2-2016,[30] asimismo, integró el diagnóstico de anemia que complicaba el embarazo, el parto y puerperio.

[29] "Ante la sospecha de un déficit en el crecimiento, es necesario realizar un estudio de ultrasonido obstétrico."

[30] 5.2.1.15 … La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos… y segundo trimestre de 16 a 22 SDG, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

54. El 26 de noviembre de 2019, V1 acudió a atención prenatal a la UMF No. 53, donde fue atendida por AR1, a quien le refirió que padecía leucorrea;[31] por los síntomas descritos, ese médico determinó que cursaba con cervicovaginitis[32] en el embarazo, por lo que le prescribió el tratamiento correspondiente. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, AR1 omitió solicitar cultivo de secreción vaginal, ante la recurrencia de la infección y omitió realizar prueba rápida de orina con tira reactiva, ni se le solicitó urocultivo, incumpliendo con la Guía IMSS-081-08[33] y la NOM-O07- SSA2-2016 respectivamente, omisiones que incrementaron el riesgo de morbilidad infecciosa.

55. El 29 de diciembre de 2019 a las 22:26 horas, V1 acudió al HGR No. 45, siendo atendida por AR5, médica adscrita al servicio de Gastroenterología, a quién le refirió presentar dolor abdominal tipo célico y dolor localizado en la región umbilical. AR5 realizó una historia clínica y reportó una longitud fetal compatible con 29.4 SDG y solicitó estudios de laboratorio para precisar su manejo, indicando que permaneciera hospitalizada y se mantuviera bajo cuidados generales de enfermería.

56. El 30 de diciembre de 2019, V1 fue atendida por una médica interna del servicio social, quien la valoró señalando que cursaba con amenaza de parto pretérmino, omitiendo, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, valorar la altura del fondo uterino, asimismo, la misma Opinión concluyó que no había evidencia de que

[31] Secreción blanquecina por vía vaginal
[32] Infección del útero, ovarios y trompas de Falopio. Disponible en: https://fundacionpasteur.org/cervicovaginitis/
[33] “En casos en donde se requiera un diagnóstico preciso de VT se debe realizar el cultivo de secreción vaginal.”.

la actuación de dicha médica fuera realizada en presencia y supervisión de personal médico adscrito al servicio, lo que fue contrarió a la NOM-001-SSA3-2012.[34]

57. En la misma fecha se indicó el egresó de V1 al haber sido tratada su vaginosis bacteriana sin aparente remisión. De acuerdo con la opinión especializada de esta CNDH AR4, así como el personal médico que la atendió durante su estancia en el HGR No. 45, omitieron solicitar un cultivo vaginal por tratarse de un caso recurrente o persistente de vaginitis infecciosa; asimismo, se omitió registrar la altura del fondo uterino y al haberse reportado el resultado de los estudios de laboratorio de esa misma, que eran compatibles con anemia, se omitió integrar el tratamiento.

58. El 31 de diciembre de 2019 a las 14:26 horas, V1 acudió al UMAE- CMNO No.176, donde fue atendida por PSP2, quien determinó embarazo de 31.1 SDG y la encontró sin datos de urgencia obstétrica. También señaló que fue remitida de forma tardía, al estar V1 en su tercer trimestre de su embarazo, por lo que sugirió su hospitalización para ser valorada por los servicios de Gastroenterología y Angiología ya que probablemente cursaba con sobrecarga de líquidos, debido a que el embarazo ponía en riesgo la derivación venosa, indicando que fuera hospitalizada el día 06 de enero y se le realizara perfil tiroideo, ultrasonido obstétrico y las valoraciones especializadas referidas.

59. El 06 de enero de 2020, a las 10:57 horas, V1 fue recibida en la UMAE- CMNO No.176 por AR9, médica adscrita al servicio de Terapia Intensiva, quien elaboró la histórica clínica correspondiente. Durante la exploración física la encontró con embarazo de alto riesgo de 32 SDG, indicando su ingreso para realizar la evaluación

[34] 9. Disposiciones para los profesores titular y adjunto
9.3.1 Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente.

por medio de estudios de laboratorio y ultrasonido. En el mismo día, a las 11:01 horas, AR9 agregó que la paciente permanecería en ayuno, para poder realizar ultrasonido de hígado y vías biliares, solicitó exámenes de laboratorio ordinarios, perfil de Coombs e interconsulta al servicio de Gastroenterología.

60. El 07 de enero de 2020, a las 06:35 horas, V1 fue atendida por AR6, médico adscrito al servicio de Angiología, quien reportó a V1 el resultado de los estudios de laboratorio del día anterior; sin embargo, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, AR6 omitió valorar de forma adecuada dichos resultados, al ser compatibles con anemia y sugestivos de infección urinaria. AR6 determinó que V1 cursaba con los diagnósticos de síndrome de laceración y hemorragia gastroesofágica, por lo cual determinó que meritaba protocolo preoperatorio, y al contar con resultados valoración por los servicios de Gastroenterología y Angiología, indicó que permaneciera en ayuno, sin soluciones parenterales, ácido fólico una vez al día y antiácido.

61. En Nota Médica, sin fecha, ni hora, elaborada por PSP3, señaló haber encontrado a V1 con telangiectasias;[35] asimismo, reportó el resultado del ultrasonido hepático de fecha 07 de enero de 2020, por el que observó vena porta de calibre y trayecto normal, sin alteraciones de flujo, por lo que determinó que no existían contraindicaciones para llevar el embarazo a término, y una vez resuelto, sugirió realizar angiotomografia[36] en fase venosa y arterial de tórax, abdomen y pelvis, y enviarla al servicio de Angiología para seguimiento postoperatorio.

[35] Dilatación de los capilares superficiales en la cara lateral del muslo izquierdo.
[36] Técnica capaz de generar imágenes de los vasos sanguíneos en la zona de su vientre (abdomen) o su pelvis. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007674.htm

62. El 08 de enero de 2020, a las 05:19 horas, V1 fue atendida por AR6, quien reportó el resultado del ultrasonido hepático, valorado por el especialista en Angiología el cual, además, evidenció una vena porta de calibre y trayecto normal, con dificultades técnicas para el estudio por la presencia de gas intestinal y útero gestante.

63. El 09 de enero de 2020, a las 06:17 horas, PSP4 indicó la prealta de la paciente y estableció que se solicitó interconsulta al servicio de Gastroenterología por tercera ocasión, sin que, hasta el momento, personal de ese servicio acudiera para dicha valoración. A las 15:36 horas del mismo día, PSP5 atendió a V1 y reiteró que solicitaron interconsulta al servicio de Gastroenterología quien omitió acudir, sin haber descrito la causa, motivo por el que la envió al servicio de Gastroenterología de manera externa para completar diagnóstico y manejo.

64. La Opinión Médica de esta CNDH concluyó que durante su estancia hospitalaria en la UMAE- CMNO No.176, pese a que se le realizaron pruebas específicas a V1 para complementar y descartar alteraciones vasculares y hepáticas, no se identificó de forma adecuada, que V1 tenía datos de anémica y compatibles con infección de vías urinarias, y consecuentemente, esas afecciones no se trataron ni estudiaron, por medio de un cultivo de orina, sumado al hecho de que el objeto de la hospitalización no se cumplió, pues V1 no fue valorada por el servicio de Gastroenterología, sin haber especificado el motivo.

65. El 20 de enero de 2020, V1 acudió a la UMF No. 53 a consulta de su control prenatal, donde fue atendida por AR1, quien señaló que aún estaba pendiente su valoración completa por el servicio de Gastroenterología, encontrándose en ese momento con 34 SDG; a la exploración física de V1, determinó que cursaba con un

embarazo normal, sin embargo, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, AR1 omitió interpretar el resultado de los estudios de laboratorio previos y de no contar con resultado de examen general de orina, de nueva cuenta fue omiso en realizar prueba rápida de orina con tira reactiva y solicitar urocultivo.

66. El 23 de enero de 2020, V1 acudió a la UMAE- CMNO No.176 siendo atendida por un médico residente del primer año de servicio del servicio de Gastroenterología, a quien le refirió que había presentado vómito con sangre al agitarse y sangrado por fosas nasales durante el aseo. Con el resultado del ultrasonido hepático de fecha 07 de enero de ese año, ese médico reportó glándula hepática de ecotextura homogénea,[37] sin lesiones focales aparentes,[38] sin dilatación de la vía biliar, conducto colédoco[39] no valorable y vesícula biliar sin alteraciones, hallazgos por los cuales integraron los diagnósticos de embarazo de 34 SDG de alto riesgo, hipertensión portal, secundarias a trombosis crónica de la vena porta,[40] ausencia congénita del tronco celiaco, esplenectomizada, hemoptisis

[37] La ecogenicidad hepática normal es homogénea. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-higado-enfermedad-cardiovascular-loque-elcardiologo-articulo-S030089321630286X

[38] Estructura intraparenquimatosa de naturaleza líquida (anecoica) o sólida (con ecos internos) que altera la estructura hepática normal. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ecografia-hepatica-lesiones-focales-enfermedades-S1138359314004432#:~:text=Se%20entiende%20por%20lesi%C3%B3n%20focal,superficie%20deformar%20los%20contornos%20hep%C3%A1ticas.

[39] Tubo que transporta la bilis desde el hígado y la vesícula biliar, a través del páncreas, hasta el intestino delgado. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/conducto-coledoco

[40] Es un evento relativamente frecuente en la cirrosis, pudiendo aparecer en el 10-25 % de los pacientes, que es más frecuente en aquellos pacientes que tienen una enfermedad hepática más avanzada. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000700011#:~:text=La%20trombosis%20de%20la%20vena%20porta%20(TVP)%20es%20un%20evento,que%20necesitan%20un%20trasplante%20hep%C3%A1tico).

sin abordaje; a descartar síndrome procoagulante[41] y probable síndrome de Rendu Weber Osler.[42]

67. Ese médico determinó que V1 cursaba con alto riesgo de alteraciones derivadas de la hipertensión portal y sangrado, considerando que no se le había realizado endoscopia de control y se desconocía el estado actual de la varices esofágicas, le otorgó cita para realizar endoscopia, solicitó exámenes de laboratorio y ultrasonido de control para confirmar o descartar dichas alteraciones, recomendó terminar el embarazo por vía abdominal al llegar a término y reiniciar tratamiento a base de antihipertensivo durante el puerperio. Aunque el manejo de dicho médico fue adecuado, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, no hay evidencia de que su valoración haya sido realizada en presencia y supervisión de un médico adscrito al servicio de Gastroenterología.

68. El 28 de enero de 2020, a las 11:10 horas, V1 fue valorada por PSP6, médico adscrito al servicio de Gastroenterología de la UMAE- CMNO No.176, quien reportó el resultado de los últimos estudios de laboratorio de fecha 24 de enero, compatibles con anemia y Dimero D alto de 3287,[43] indicativo de daño vascular, así como un

---

[41] Trastorno autoinmunitario que se manifiesta por trombosis y (durante el embarazo) muerte fetal causada por diversos anticuerpos dirigidos contra una o más proteínas de unión a fosfolípidos. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-tromb%C3%B3ticos/s%C3%ADndrome-de-anticuerpos-antifosfol%C3%ADpidos-saf

[42] De acuerdo con la bibliografía médica es también conocida como Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, alteración vascular displásica, que afecta múltiples sistemas, de carácter hereditario, asociado a mutaciones en el cromosoma 9 y 12, que en el 95% de los casos se presenta con sangrado nasal (epistaxis) a partir de los 12 años, que incrementa progresivamente y está asociado a malformaciones arteriovenosas pulmonares y/o múltiples telangiectasias en el sistema gastrointestinal. Di Cosola M., Cazzolla AP., Sindrome de Rendu-Osler-Weber o Telangiectasia hemorrágica Hereditaria (HHT): Descripción de dos casos y revisión de la literatura, Avances en Odontoestomatolagia.2005; 21 (6): p. 297

[43] Normal de 500-2499 ng/ml. El Dimero D es una prueba útil, como indicador y de escrutinio para el estudio de trombosis venosas profunda y tromboembolia pulmonar.

estado de hipercoagulabilidad,[44] que incrementaba el riesgo de trombosis. A las 01:27 horas, PSP6, realizó endoscopia a V1 teniendo como hallazgos varices gastroesofágicas, menores a 5 mm, que desaparecen con la insuflación;[45] sin datos de hipertensión portal descompensada, por lo que recomendó concluir tempranamente el embarazo vía quirúrgica bajo opinión Ginecológica.

69. El 29 de enero de 2020, a las 14:14 horas, V1 fue valorada por PSP2, quien determinó que cursaba con un embarazo de 35.2 SDG por ello, a las 14:23 horas del mismo día, determinó la hospitalización de V1 para realizar pruebas de madurez pulmonar fetal y programarla para cesárea, con la finalidad de interrumpir tempranamente su embarazo.

70. El 30 de enero de 2020, a las 14:56 horas, PSP2, describió los resultados del Doppler pulmonar fetal, realizado a V1 el cual fue negativo para madurez, hallazgos por los cuales indicó iniciar esquema de maduración pulmonar fetal, permanecer en vigilancia hasta completar esquema y posteriormente interrumpir el embarazo. A las 18:00 horas, del mismo día, PSP8 médica adscrita al servicio de gastroenterología de la UMAE- CMNO No.176, encontró a V1 con los diagnósticos a descartar de síndrome procoagulante y probable síndrome de Rendu Osler; refirió el resultado de la endoscopia (del día 28 de ese mismo mes y año), la cual reportó varices gastroesofágicas “GOV 1",[46] sin estigmas de riesgo de sangrado y gastropatía hipertensiva portal leve, por ello PSP8 sugirió solicitar nueva interconsulta al término

[44] Presencia de una enfermedad que puede ser heredada (congénita) o adquirida, asociada con un mayor riesgo de trombosis venosa. https://www.hospitalmilitar.gov.co/index.php?idcategoria=70443#:~:text=La%20hipercoagulabilidad%20o%20trombofilia%20se,mayor%20riesgo%20de%20trombosis%20venosa.

[45] Introducir en un órgano o en una cavidad un gas, un líquido o una sustancia pulverizada. Disponible en: https://dle.rae.es/insuflar

[46] Se refiere a la continuidad de las varices entre 2 a 5 centímetros del esófago hacia la unión esofagogástrica. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH.

del embarazo, para ajustar tratamiento de hipertensión portal, vigilar sangrado gastrointestinal y de ameritar revaloración así solicitarla.[47]

71. El día 01 de febrero de 2020, a las 07:30, PSP9 envió a V1 a la unidad tocoquirúrgica para realizar cesárea y oclusión tubaria bilateral,[48] en ese sentido, PSP10, médico adscrito al servicio de Obstetricia señaló haber encontrado abundante liquido ascítico en la cavidad abdominal,[49] estimado en aproximadamente 1000 mililitros, el cual en los ultrasonidos previos no fue detectado o descrito y adherencias severas[50] de intestino a epiplón y vejiga, pérdida de la anatomía del intestino grueso, pero que implicó alto riesgo de lesión intestinal y vesical, alteraciones que en el caso de la paciente ameritaron realizar incisión en la parte alta del útero por limitación anatómica; además, se encontró de manera anormal al útero muy vascularizado, obtuvo líquido amniótico claro y un recién nacido masculino que respiró y lloró. A las 20:27 horas del mismo día, PSP9, encontró a V1 con signos vitales dentro de parámetros normales, agregando que estaba pendiente de que fuera valorada el servicio de Gastroenterología.

72. El 03 de febrero de 2020, a las 07:32 horas, PSP11 determinó que V1 presentó adecuada evolución y agregó que el día anterior solicitaron interconsulta al servicio de Gastroenterología, pero no acudieron a realizar dicha valoración, sin haber

---

[47] La bibliografía médica señala que la Hipertensión Portal (HP) empeora durante el embarazo, por incremento del volumen sanguíneo y su mayor complicación es el sangrado por varices esofágicas durante el segundo-tercer trimestre y el parto.

[48] Método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral#:~:text=Es%20un%20m%C3%A9todo%20de%20anticoncepci%C3%B3n,durante%20la%20ces%C3%A1rea%20o%20en

[49] Acumulación patológica de líquido libre en la cavidad peritoneal.

[50] Que son uniones anormales entre superficies, como resultado de la respuesta inflamatoria de las cirugías previas

establecido el motivo, por lo que solicitó nuevamente dicha intervención. A las 12:30 horas del mismo día, AR7 médico adscrito al servicio de Gastroenterología, describió que V1 cursaba con reciente desarrollo de ascitis grado II, que es la acumulación patológica de líquido en la cavidad abdominal (peritoneal), debida a la hipertensión portal que padecía, sin que determinara la causa, ni los hallazgos por los cuales se estadificó en grado II.

73. AR7 reportó el resultado de los estudios de laboratorio de esa misma fecha los cuales eran compatibles con anemia, leucocitosis de 13340,[51] niveles de plaquetas bajas, albumina 2.11,[52] bajas y enzimas hepáticas ALT 24[53]y AST 37 elevadas,[54] sugestivas de un proceso hepático obstructivo; el rastreo ultrasonográfico de la misma fecha, reportó abundante liquido libre en toda la cavidad y la radiografía de tórax aumento de la trama vascular, compatible con un proceso inflamatorio y/o infeccioso, por esos hallazgos, AR7 determinó que encontró a V1 en manejo de beta-bloqueadores para tratar hipertensión portal, por lo cual sugirió tratarla a base de doble esquema de diuréticos,[55] continuar con propanolol[56] y suspender líquidos intravenosos, así como la suspensión de antiinflamatorios no esteroideos[57] por el

[51] Normal de 4000 a 11000/mm
[52] Normal 3.5-4.8 g%
[53] Normal 8-20 U/l
[54] Normal 15- 30 Ul
[55] Tipo de medicamento que hace que los riñones produzcan más orina. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/diuretico
[56] Su acción consiste en relajar los vasos sanguíneos y desacelerar el ritmo cardíaco para mejorar el flujo sanguíneo y disminuir la presión arterial. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682607-es.html#:~:text=El%20propranolol%20pertenece%20a%20una,y%20disminuir%20la%20presi%C3%B3n%20arterial.
[57] Reducen la fiebre y la inflamación y alivian el dolor. Disponible en: https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/medicamentos-antiinflamatorios-no-esteroideos-sid7998

riesgo de lesión renal, y enviarla a su egreso al servicio de la consulta externa de Gastroenterología para continuar seguimiento.

74. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, AR7 omitió determinar las características del líquido libre en la cavidad abdominal, por medio de paracentesis abdominal,[58] de acuerdo con la Guía SS-096-08,[59] para tratar a V1 de forma adecuada por tratarse de una presumible ascitis detectada por primera vez, ser estadificada en grado II y haberse agravado durante su estancia hospitalaria; omisión que sí incremento el riesgo de morbilidad y mortalidad de V1.

75. De acuerdo con la misma Opinión, la valoración y manejo a V1 por parte de AR7 no fue adecuada, porque no confirmó por medio de paracentesis, el diagnóstico de ascitis, que había sido detectada por primera vez, clínicamente se agravo durante su estancia hospitalaria y fue estadificada en cantidad moderada, lo cual sí incrementó el riego de morbilidad y mortalidad de la paciente, debido a que presentó una hemorragia intrabdominal que no se sospechó ni detectó oportunamente, ante el antecedente de malformaciones vasculares y las múltiples alteraciones anatómicas advertidos en el transquirúrgico.

76. A las 13:00 horas del mismo día, AR8, médica adscrita al servicio de Gastroenterología de la UMAE- CMNO No.176, encontró a V1 con campos pulmonares con ruidos respiratorios anormales (rudeza respiratoria) por lo que sugirió tomar radiografía de tórax; reportó haberla encontrado con el abdomen

[58] Procedimiento que consiste en extraer una muestra del líquido abdominal que en este caso confirmaría el diagnóstico, permitiría determinar la cantidad de proteínas en el líquido, calcular el gradiente mediante los
niveles de albumina, descartar infección y/o hemorragia gastrointestinal.
[59] “Ante la presencia de líquido de ascitis el paciente deberá ser referido al 2do nivel para evaluar la paracentesis abdominal, diagnóstico diferencial, estadificación de la descompensación y planes de manejo dietético y evaluar su referencia a tercer nivel”.

globoso, sin determinar a expensas de que. AR7 omitió considerar el resultado del rastreo ultrasonográfico, que reportó abundante liquido libre en toda la cavidad, ni los resultados de rayos x de tórax previos, sin haber confirmado hasta ese momento las características del líquido abdominal libre, por lo que es importante señalar que hasta este momento, tal y como es referido por la Opinión Médica de esta CNDH, no se había confirmado de forma adecuada que V1 cursaba con ascitis, pues en ningún momento se confirmaron las características del líquido en la cavidad abdominal de V1.

77. El 04 de febrero de 2020, a las 05:18 horas, AR9, encontró a V1 con campos pulmonares con rudeza respiratoria de predominio derecho, abdomen aumentado de volumen a expensas de panículo adiposo y ascitis sin tensión. Reportó el resultado de los estudios de laboratorio y ultrasonido abdominal del día 03 de febrero de 2020, determinando que V1 cursaba con adecuada evolución, sin haber considerado que la ascitis aumento estadificándose en grado II, sin haber estudiado las características bioquímicas del líquido, previamente a establecer el tratamiento.

78. AR1 indicó el alta hospitalaria de la paciente, con el diagnóstico de parto por cesárea electiva,[60] puerperio quirúrgico mediato más presentación transversa, ascitis grado II e infección de vías respiratorias altas. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, la indicación de egreso de V1 por AR9 fue inadecuada porque omitió considerar que, debido a la cantidad de líquido libre en cavidad abdominal, su estado de salud era inestable, lo que era clínicamente evidente

[60] Cesárea que se realiza de manera programada en embarazadas que tienen alguna enfermedad materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Disponible en: https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/pruebas-y-procedimientos/cesarea#:~:text=Ces%C3%A1rea%20electiva.,de%20m%C3%A1s%20de%205%20kg.

sumado al conocimiento de los antecedentes de V1, los hallazgos transquirúrgicos de útero muy vascularizado, abundante liquido ascítico, adherencias severas, perdida de la anatomía del intestino grueso, el reporte de anemia, liquido libre en toda la cavidad abdominal por ultrasonido, hipotensión, sin contar hasta ese momento con el estudio bioquímico del líquido para confirmar el diagnóstico y determinar su origen, y ante la magnitud del líquido estimado, solicitar estudios de imagen complementarios tales como tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN), para confirmar el diagnóstico y descartar otras posibles alteraciones entre ellas una hemorragia abdominal.

79. El 05 de febrero de 2020 a las 14:03 horas, V1 solicitó atención al servicio de Triage de la UMAE- CMNO No.176, porque presentó dolor abdominal desde la noche anterior, acompañado de distinción que se incrementé y de nauseas. Personal médico de ese hospital la valoró, describiéndola con taquicardia de 135 latidos por minuto, frecuencia respiratoria aumentada de 40 respiraciones por minuto, determinando que cursaba con índice de choque mayor a 0.8 (normal de 0.5-0.7),[61] como signos de emergencia que ponían en peligro su vida, por lo que fue ingresada al servicio de Urgencias.

80. A las 14:08 horas del mismo día, V1 fue atendida por AR10, médica adscrita al servicio de Urgencias, quien reportó haberla encontrado con hipertensión portal ausencia congénita del tronco celiaco, infección de vías respiratorias altas y ascitis; a la exploración física señaló que V1 presentaba frecuencia respiratoria aumentada,

[61] Es la integración de 2 variables fisiológicas (frecuencia cardíaca/presión arterial sistólica) y es utilizado en la evaluación de pacientes con choque hemorrágico, en donde se ha asociado con parámetros de perfusión tisular y desenlaces clínicos. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-utilizacion-del-indice-shock-el-S0122726216300702

taquicardia, desaturación de oxígeno entre 85-90%, pálida, expresión facial de dolor, dificultad para respirar (disnea), distensión abdominal importante secundarla a probable ascitis, dolor a la palpación.

81. Ante esos hallazgos AR10 determinó que V1 cursaba con probable ascitis a tensión sin que, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, hubiera considerado que V1 cursaba clínicamente con choque hipovolémico.[62] Para confirmar o descartar el diagnóstico que sospechó, indicó su ingreso a hospitalización para ser valorada por el servicio de Gastroenterología y Terapia Intensiva de manera urgente, indicando la realización de estudios de laboratorio, omitiendo los signos de emergencia tales como taquicardia, taquipnea y desaturación de oxígeno que ponían en peligro su vida, así como indicar su ingreso a la Unidad de Reanimación o Sala de Trauma Choque, para iniciar su reanimación a base de oxígeno ante su desaturación, restituir líquidos y sangre y determinar el origen del sangrado, incrementando con dichas omisiones, su riesgo de morbilidad y mortalidad, incumpliendo con lo establecido en la Guía ISSSTE-339-08.[63]

82. A las 14:50 horas del mismo día, PSP12, médica adscrita al UMAE- CMNO No.176, reportó que contaba con el resultado de estudios de laboratorio que eran compatibles con disminución de 3 gramos en la hemoglobina en 24 horas y trombocitopenia grave,[64] integrando los diagnósticos de abdomen agudo,

---

[62] Afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000167.htm#:~:text=Un%20shock%20hipovol%C3%A9mico%20es%20una,bombear%20suficiente%20sangre%20al%20cuerpo.

[63] (En casos de) Palidez, diaforesis, taquicardia e hipotensión; Dificultad respiratoria aguda y/o en reposo., (la atención deberá realizarse en) Unidad de Reanimación o Sala de Trauma Choque.

[64] Es una afección que aparece cuando el recuento de plaquetas de la sangre es demasiado bajo. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/trombocitopenia#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20

secundario a hemorragia intrabdominal, agregando que en ese momento se encontraba en el quirófano en laparotomía, con un sangrado estimado de 1500 mililitros.

83. A las 15:00 horas del mismo día, AR10, reportó el resultado de los estudios de laboratorio que previamente solicitó, los cuales fueron compatibles con anemia grave, además describió que contaba con el resultado del ultrasonido abdominal, que evidenció una colección de líquido de 2165 centímetros cúbicos en el hueco pélvico, compatible probablemente con un hematoma abdominal y/o hemoperitoneo, que corresponde a una hemorragia intraabdominal, sin que hubiera descrito su posible origen, hallazgos por los cuales señaló que V1 cursaba con alta sospecha de sangrado abdominal, por disminución importante de hemoglobina y condiciones clínicas, indicando que pasará a Tococirugía, después de aproximadamente cincuenta minutos y sin evidencia de haber iniciado maniobras de reanimación desde su ingreso a base de restauración del volumen sanguíneo perdido, por medio de líquidos en carga, sangre, plasma, plaqueta, oxigeno suplementario, reconocimiento y detención del sangrado, como lo recomienda la Guía IMSS-162-09,[65] incrementado con dicha omisión su riesgo de morbilidad y mortalidad.

---

trombocitopenia%3F&text=La%20trombocitopenia%20es%20una%20afecci%C3%B3n,partir%20de%20c%C3%A9lulas%20m%C3%A1s%20grandes.

[65] La piedra angular de la reanimación son la restauración del volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno, que incluye: • Pedir ayuda inmediatamente • Evaluar la vía respiratoria y aumentar la fracción inspirada de oxígeno mayor a 40%. • Canalizar 2 venas con catéteres #14 que garantice un flujo de 330 mL/min o #16 flujo de 225ml/minuto • Rápida infusión con líquidos, idealmente tibios, una vez que se alcance el acceso intravenoso. • Muestras de sangre para pruebas diagnósticas que incluyan biometría hemática completa, pruebas de coagulación incluyendo fibrinógeno, urea y electrolitos • Mantener diponibles por lo menos 4 unidades de concentrados eritrocitarios y 2 unidades de plasma. (uso de concentrado eritrocitario con grupo y Rh específico o considerar grupo O Rh D-negativo) • Monitoreo de la frecuencia cardiaca, pulso, saturación de

84. A las 15:56 horas del mismo día, AR11, médico adscrito al servicio de Cuidados Intensivos, atendió a V1 en interconsulta solicitada por el servicio de Obstetricia, quien, habiendo ya solicitado ultrasonido abdominal para descartar colecciones y/o líquido libre y estudios de laboratorio para completar su estudio, omitió considerar el registró de las 15:00 horas, en donde AR10, reportó el resultado de hemoglobina, hematocrito y ultrasonido, además de que no consideró la inestabilidad de los signos vitales de la paciente como criterios para ingresarla a la Unidad de Cuidados Intensivos por lo que, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, AR11 incumplió con lo previsto en el Reglamento de la LGS, al no prestar atención inmediata a la paciente, ante un caso de urgencia que ponía en peligro su vida y la NOM-025-SSA3-2013 la cual establece que un estado agudo crítico, inestable, amerita tratamiento intensivo y monitoreo, en dicha unidad.

85. A las 16:02 horas del mismo día, V1 fue valorada por PSP13, médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, quien durante la exploración física la encontró con dolor muy intenso (EVA 10/10), dificultad para respirar, mal estado general, pálida, campos pulmonares hipoventilados en ambas bases pulmonares, limitación en los movimientos respiratorios, dolor abdominal, signos de irritación peritoneal, sangrado transvaginal (loquios) y aumento de volumen mínimos en las extremidades; PSP13 integró los diagnósticos de abdomen agudo secundario a hemoperitoneo y antecedente de hipertensión portal, por lo que de la misma manera indicó prepararla y pasarla de manera urgente a quirófano, con el propósito de realizar laparotomía exploradora con riesgo quirúrgico de hemorragia, choque,

oxígeno, presión arterial. • Colocación de sonda foley número 16 Fr. • Realizar balance de líquidos • Mantener la temperatura.

sepsis, lesión a órgano vecino, vejiga, intestino, histerectomía, choque anafiláctico y muerte.

86. De acuerdo con la opinión especializada de esta CNDH, si bien la atención otorgada por PSP13 fue adecuada, su intervención fue inoportuna porque desde las 14:08 horas, V1 se encontraba grave, con signos de inestabilidad hemodinámica que ameritaban medidas especializadas de reanimación y cirugía urgente para tratar el origen del sangrado, lo que en el caso no se realizó, en ese sentido los especialistas médicos de esta CNDH concluyeron que desde el ingreso de V1 a la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE- CMNO No.176, el personal médico que la atendió omitió brindarle una atención adecuada, inmediata y oportuna, ante su gravedad, incumpliendo con lo que establece el Reglamento de la LGS, omisiones que incrementaron su mortalidad.

87. El 05 de febrero de 2020, PSP13 reportó haber realizado bajo anestesia general y previa colocación de sonda foley,[66]retiró la sutura de la herida quirúrgica de la cesárea previa, en región media umbilical, hasta ingresar a la cavidad abdominal, en donde identificó hemoperitoneo, con sangre obscura de aproximadamente 3000 centímetros cúbicos, confirmándose hasta ese momento que V1 no cursó con ascitis, como había sido señalado el 03 de febrero, después de su procedimiento de cesárea. Con relación a dicho procedimiento quirúrgico, PSP13 determinó que la causa de la hemorragia abdominal no fue debida a una inadecuada técnica obstétrica, ameritando lavado peritoneal para encontrar el origen del sangrado

[66] Tipo común de sonda permanente. Es una sonda suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm

activo, sin evidencia de un sitio exacto de sangrado, por lo que decidió solicitar interconsulta al servicio de Cirugía General y Angiología.

88. A las 19:13 horas del mismo día PSP13 le realizó a V1 laparotomía exploradora, adherenciolisis,[67] empaquetamiento abdominal, debido a hemorragia obstétrica grave grado IV, diagnóstico que en el caso de la paciente no se confirmó, porque no se encontró el sitio de sangrado y de acuerdo a la laparotomía presentó un sangrado intenso de múltiples capilares (en capa), que no fue advertido y tratado oportunamente, estimando un total de sangre pérdida de 5000 centímetros cúbicos, que implicaba la perdida de factores coagulantes, hipoxia y daño celular irreversible (coagulación intravascular diseminada), por lo que determinó que su pronóstico era reservado a su evolución.

89. A las 23:19 horas del mismo día, PSP15, médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos, indicó que V1 provenía de quirófano para continuar con su manejo del estado posquirúrgico y estabilización hemodinámica; encontrándola con saturación de oxígeno al 100% bajo apoyo ventilatorio; los resultados de los estudios de laboratorio transquirúrgicos de ese día reportaron niveles muy bajos de hemoglobina y hematocrito, y la gasometría era compatible con PCO2 55 (normal de 32-48 mmHg) y PO2 16 (normal 83-108 mmHg), que reflejaba hipoxia y daño celular, por lo cual se determinó que su pronóstico era fatal a corto plazo; así mismo, solicitó transfundirle seis concentrados plaquetarios más, tres paquetes globulares, plasma y crioprecipitados, solicitó estudios de laboratorio de control urgentes, radiografía de tórax y la reportó muy grave.

[67] Manejo de las adherencias, que son uniones patológicas entre superficies peritoneales)

90. El 06 de febrero de 2020 a las 07:00 horas, PSP15 reportó haber recibido a la paciente orointubada con saturación de oxígeno del 100%, hemodinámicamente inestable con caída de presión arterial a 40/20 mmHg, abdomen empaquetado, sangrado residual por medio del drenaje abdominal, que se incrementó durante el turno y manejo con hidrocortisona, y etomidato,[68] los estudios de laboratorio de control postquirúrgicos reportaron trombocitopenia de 80 mil a pesar de transfusión de plaquetas, hallazgos por los cuales adecuadamente la reportó muy grave; agregó que continuaba con manifestaciones de choque, que no permitían el descenso de aminas por lo que determinó que cursaba con alto riesgo de trombosis por múltiples transfusiones, coagulación intravascular diseminada y muerte.

91. A las 14:20 horas del mismo día AR8, recibió a V1 con los diagnósticos de choque hipovolémico hemorrágico grado IV y en malas condiciones generales. A las 10:30 horas presentó desaturación de oxígeno súbita, disminución de la presión arterial y bradicardia de 50 a 60 latidos por minuto, que manejo con apoyo de oxígeno al 100% con bolsa válvula mascarilla, aumentó la dosis de vasopresores y 0.5 mg de atropina, mejorando temporalmente su frecuencia cardiaca a 120 latidos por minuto y disminuyendo posteriormente a 50 latidos por minuto, sin pulsos perceptibles a nivel carotideo, por lo que a las 10:35 horas iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada a base de compresiones torácicas y ventilaciones y después de un ciclo de reanimación no recuperó la actividad eléctrica por lo que continuaron maniobras de reanimación, con un gramo de adrenalina cada 3 minutos, corroborando la ausencia de pulso en todas las

[68] Anestésico carboxilado derivado del imidazol, efecto hipnótico de comienzo muy rápido (10 segundos) y de acción corta (5 minutos). Además, tiene propiedades anticonvulsivantes y protege los tejidos cerebrales del daño celular inducido por hipoxia. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/etomidato

ocasiones, determinando que el paro se debía a probable acidosis que trató con bicarbonato de sodio, medidas antihiperkalemia y le administró volumen a base de soluciones cristaloides y un paquete globular presentado retorno de la circulación a las 10:48 horas.

92. Después del primer paro cardiorrespiratorio se mantuvo bajo monitorización cardiaca encontrándose, con frecuencia cardiaca de 60 latidos por minuto, hipotensión de 30/20mmHg y acidosis metabólica grave, con pH de 6.87, cayendo nuevamente en paro cardiorrespiratorio a las 11:00 horas, que se manejó con maniobras de reanimación avanzada, con retorno a la circulación a las 11:25 horas. Los estudios de laboratorio post-paro reportaron deshidrogenasa láctica de 1756 UA y lactato de 22.6 mmol/l, compatible con falla orgánica múltiples, coagulopatía, insuficiencia hepática y lesión renal, hallazgos por los cuales determinó que cursaba con probable tromboembolia pulmonar masiva, por haber presentado un deterioro súbito hemodinámico y ventilatorio.

93. A las 12:03 horas del día, V1 presentó un tercer paro cardiorrespiratorio; pese a su manejo por AR8 con maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas y administración de adrenalina cada 3 a 5 minutos, no hubo evidencia de ritmo y pulso, declarando que perdió la vida a las 12:25 horas a causa de una probable tromboembolia pulmonar de dos horas de evolución, trombosis crónica de la vena porta, hipertensión portal y ausencia del tronco celiaco de 14 años de evolución, choque hipovolémico hemorrágico grado IV secundarios a hemoperitoneo de 3000 mililitros más 2000 mililitros de sangrado transquirúrgico, desequilibrio acido-base, falla multiorgánica e hiperkalemia moderada.

94. Por las consideraciones expuestas, está CNDH acreditó que el personal médico de la UMF No. 53, el HGR No. 45 y la UMAE-CMNO No. 176, pertenecientes al IMSS, no brindaron una adecuada atención prenatal y puerperal, los cuales, con sus omisiones generaron afectaciones a su salud en distintos niveles, que tuvieron por consecuencias, la pérdida de su vida. En ese sentido, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, incumplieron con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016, NOM-004-SSA3-2012, NOM-001-SSA3-2012, NOM-025-SSA3-2013, NOM-001-SSA3-2012, Guía ISSSTE-339-08, Guía IMSS-162-09 y Guía IMSS de Infección Aguda, vulnerando en perjuicio de V1 su derecho a la protección de su salud materna.

B. DERECHO A LA VIDA

95. La vida como derecho fundamental se encuentra reconocido en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo, en el ámbito de su respectiva competencia.

96. 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.[69]

[69] SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

97. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

98. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él".[70]

B.1 VULNERACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V1

99. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

100. El día 01 de febrero de 2020, a las 07:30, PSP9, envió a V1 a la unidad tocoquirúrgica para realizar cesárea y oclusión tubaria bilateral, en ese sentido, PSP10, médico adscrito al servicio de Obstetricia señaló haber encontrado

[70] Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf

abundante liquido ascítico en la cavidad abdominal, estimado en aproximadamente 1000 mililitros, el cual en los ultrasonidos previos no fue detectado y descrito, 03 de febrero de 2020, a las 07:32 horas, PSP11 determinó que V1 presentó desarrollo de ascitis grado II, que sí se debe a hipertensión portal, sin que determinara la causa, ni los hallazgos por los cuales se estadificó en grado 2.

101. Misma afección que evolucionó y respecto de la cual, el 05 de febrero de 2020, sin hora, PSP13 identificó hemoperitoneo, con sangre obscura de aproximadamente 3000 centímetros cúbicos, confirmándose hasta ese momento que V1 no cursó con ascitis, como había sido señalado el 03 de febrero, después de su procedimiento de Cesárea, en cuya ocasión no fue estudiado y, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, de haberse realizado una paracentesis que si estaba indicada, por la cantidad estimada clínicamente en el abdomen después de la Cesárea y previamente a su alta hospitalaria el día 05 de febrero de 2020, se habría identificado un sangrado abdominal, evitando las complicaciones que presentó y su muerte.

102. Esta CNDH determinó que V1 cursó con múltiples factores de riesgo no modificables, como malformaciones arteriales y venosas, adherencias posquirúrgicas y derivaciones vasculares, anemia durante el embarazo que no se corrigió y plaquetopenia previa a la cesárea, que incrementaron el riesgo de sangrado abdominal trans y post quirúrgico, y después de la Cesárea, se encontró con una cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal de reciente instauración, que se consideró liquido ascítico, que si ameritaba una paracentesis para confirmar el diagnostico e iniciar su manejo especifico, lo cual en el caso no ocurrió.

103. A las 19:13 horas del mismo día PSP13 le realizó a V1 laparotomía exploradora, en la que se encontró un sangrado intenso de múltiples capilares (en capa), que no fue advertido y tratado oportunamente y que fue la causa de su deceso. Con motivo de las omisiones descritas V1 presentó una hemorragia abdominal (hemoperitoneo), que le produjo un estado de choque hipovolémico que no fue detectado a su ingreso y tratado de manera inmediata en la sala de choque o en la Unidad de Cuidados Intensivos, estimado inicialmente en una pérdida de 3000 mililitros de sangre durante la laparotomía, que corresponde a más de la mitad del volumen sanguíneo circulante, que en su caso le produjo hipoxia y daño multiorgánico irreversible e incrementé su riesgo de mortalidad.

104. El 06 de febrero de 2020, A las 12:03 horas del día, V1 presentó por tercera ocasión un paro cardiorrespiratorio, y después de las maniobras de reanimación realizadas por AR8, V1 perdió la vida causa de una tromboembolia pulmonar de dos horas de evolución, que derivó de una trombosis crónica de la vena porta e hipertensión portal a causa de la ausencia congénita del tronco celiaco, contribuyendo en su muerte, un hemoperitoneo de 2 días de evolución, el cual, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, no fue advertido oportunamente, y que de haberse detectado y tratado tempranamente, se habría evitado la muerte de V1.

105. Con relación a VI1 y VI2, la CrIDH ha considerado que se puede declarar violado el derecho a la integridad psíquica y moral de “familiares directos” u otras personas con vínculos estrechos con las víctimas con motivo del sufrimiento adicional que aquellos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a estos

hechos, tomando en cuenta, entre otros elementos, las gestiones realizadas para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar.[71]

106. Por las anteriores consideraciones, se acreditó por parte de esta CNDH, omisiones que no solo trascendieron a la salud materna y a la vida de V1, sino que tuvieron implicaciones importantes en los derechos de VI1 y VI2.

C. DERECHO DE LAS MUJERES A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

107. La LGAMVLV, define la violencia contra las mujeres como: "*Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público*". Asimismo, precisa en su artículo 18, que la violencia institucional "*son actos u omisiones de las servidoras y servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminación o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres*…".[72]

108. La "Convención de Belém do Pará", es el primer instrumento internacional que reconoce que las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia; así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos. Además de plasmar la definición de violencia contra las mujeres como : "*cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado*."[73]. Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

---

[71] CrIDH, Caso Leguizamón Zaván y Otros Vs. Paraguay, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 15 de noviembre de 2022, Parr. 87.
72 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
[73] Artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará").

109. Las mujeres son víctimas de diversos tipos de violencia en el ejercicio de sus derechos reproductivos (embarazo, parto y puerperio). A nivel nacional e internacional, se reconoce como violencia obstétrica, en la que se visibilizan dos tipos de violencias, la física y la psicológica por parte del personal médico en los espacios de servicios de salud.

110. Esta Comisión Nacional, en la Recomendación General No. 31, 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, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros*.

C.1 VULNERACIÓN AL DERECHO DE LAS MUJERES DE VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

111. V1 sufrió de distintas omisiones en el transcurso de su embarazo, parto y puerperio, en el marco de su acceso a los servicios de salud materna, cuyo análisis con perspectiva de género permite afirmar que, si bien no todas ellas tuvieron su origen en un inadecuado manejo obstétrico, todas tuvieron relación con una inadecuada atención, diagnóstico y tratamiento, durante el periodo en el que V1 ejerció sus derechos reproductivos con relación al acceso a los servicios de salud; omisiones que impidieron a V1 que pudiera acceder al más alto nivel posible de salud materna y que derivaron en su muerte.

112. La NOM-007-SSA2-2016 es clara al señalar que en el caso de mujeres y personas con capacidad de gestar, se deben identificar los factores de riesgo que incremente su morbilidad y/o mortalidad, en ese sentido, en el marco de la atención prenatal de V1, en las fechas 22 de julio, 22 de agosto, 20 de septiembre se omitió identificar plenamente si V1 cursaba con bacteriuria, a través de la solicitud y realización de prueba rápida de orina con tira reactiva o urocultivo de control, siendo hasta el 22 de octubre que se estableció el diagnóstico correspondiente, lo que tuvo implicaciones en el parto prematuro que V1 presentó. Dicha situación además se reiteró el 15 de noviembre de 2020, el 30 de diciembre y el 20 de enero cuando AR4, AR5 y AR1 respectivamente, omitieron realizar prueba rápida de orina con tira reactiva durante la consulta, solicitar urocultivo, interpretar el resultado de estudios de laboratorio previos, por tratarse de un caso recurrente o persistente de vaginitis infecciosa.

113. El 20 de septiembre, V1 fue remitida al segundo nivel de atención por existir factores de riesgo de coagulopatía; sin embargo, esta CNDH concluyó que desde el inicio de su embarazo y hasta ese momento, no se la había otorgado una atención médica integral que tomara en consideración sus antecedentes patológicos, mismos que la colocaron en una especial situación de vulnerabilidad y que terminaron siendo factores que influyeron en su muerte. En ese sentido, en la valoración a V1 por AR4 de fecha 15 de noviembre de 2019, se omitió generar una historia clínica que tomara en consideración sus antecedentes personales, patológicos y gineco-obstétricos, tampoco se solicitaron estudios y valoraciones especializadas, en su caso por el servicio de Gastroenterología, omisiones que no permitieron un diagnóstico y seguimiento especializado oportunamente, incrementando su riesgo de morbilidad y mortalidad durante su embarazo.

114. Asimismo, en su ingreso, estancia y alta en el HGR No. 45, en las fechas del 20 al 30 de diciembre de 2019, el personal médico omitió valorar la altura del fondo uterino de V1, para corroborar el desarrollo fetal y ante niveles bajos de hemoglobina y hematocrito, omitiendo el diagnóstico y manejo de anemia; también, durante su estancia hospitalaria en la UMAE- CMNO No.176, del 06 al 09 de enero de 2019, pese a que se le realizaron pruebas específicas a V1 para complementar y descartar alteraciones vasculares y hepáticas, no se identificó de forma adecuada, que V1 tenía datos de anémica y compatibles con infección de vías urinarias, y consecuentemente, omisiones que incrementaron el riesgo de morbilidad infecciosa.

115. Por las consideraciones anteriores, esta CNDH acreditó que las autoridades señaladas como responsables en el presente instrumento Recomendatorio, con sus omisiones generaron actos de violencia obstétrica en contra de V1 al impedir que gozara de su derecho a la maternidad, al generarle sufrimiento y la muerte.

D. DERECHO AL PROYECTO DE VIDA

116. El proyecto de vida ha sido considerado por la CrlDH, como *"(…) 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. El proyecto de vida se expresa en las expectativas de desarrollo personal, profesional y familiar, posibles en condiciones normales* (...)"[74]

[74] Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), "Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina.", párrafos 308.

117. La CrIDH se ha referido al daño en el proyecto de vida como aquella *"pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable"*[75]. También ha señalado que dicho daño se deriva de las limitaciones sufridas por una persona para relacionarse y gozar de su entorno personal, familiar o social, por lesiones graves de tipo físico, mental, psicológico o emocional[76].

118. Asimismo, ha precisado que la reparación integral del daño al "proyecto de vida" generalmente requiere medidas reparatorias que vayan más allá de una mera indemnización monetaria, consistentes en medidas de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición,[77] con una perspectiva especial que tome en consideración los factores interseccionales que coloquen a la víctima en una situación de vulnerabilidad diferenciada. En algunos casos recientes la Corte ha valorado este tipo de daño y lo ha reparado. De igual forma ha observado que algunas Altas Cortes Nacionales reconocen daños relativamente similares asociados a la "vida de relación" u otros conceptos análogos o complementarios.[78]

D1. VULNERACIÓN AL DERECHO AL PROYECTO DE VIDA DE VI1 Y QVI3

119. En el presente caso, VI2 quien en la actualidad tiene tres años y padece autismo, por lo que requiere de cuidados acordes a su condición, y quedó a cargo de VI1, lo que dificulta el poder mantener empleos y por consiguiente, fuentes de ingresos que le permitan a él como a su hijo, obtener un nivel adecuado de

[75] Ídem. párrafos 308.
[76] Caso Furlan *y Familiares Vs Argentina.* (Excepciones Preliminares), Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 285.
[77] Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260.
[78] Ídem.

bienestar; QVI3 y VI1 han señalado que, con motivo de los hechos, VI1 tuvo afectaciones emocionales, psicológicas y sufre de un cuadro de depresión por lo que acude a centros de rehabilitación para poder atenderse, por lo que además tiene dificultades para poder ejercer y gozar de su paternidad de forma plena.

120. En ese sentido, QVI3 es la persona que cuida de VI2 cuando VI1 trabaja, en esa labor en algunas ocasiones es apoyada por su esposo y por su otro hijo, hermano de VI1, por lo que, en el mismo sentido, las consecuencias de los hechos violatorios descritos generaron afectaciones en su proyecto de vida, lo cual será tomado en consideración en las medidas de reparación de esta Recomendación.

121. La afectación a su proyecto de vida tiene relación con el impacto que los hechos violatorios descritos sobre V1 tienen en la realización integral de VI1 y QVI3, y como los mismos, influirán necesariamente de forma permanente en sus decisiones personales y profesionales que, con motivo de sus potencialidades y aspiraciones, les obstaculicen fijar y acceder razonablemente a sus expectativas; impacto que se ve afectado por otro tipo de factores interseccionales, como el sexo, la condición económica, el nivel de educación, el estado civil, entre otros.

122. Por las anteriores consideraciones, esta CNDH ha acreditado la vulneración al proyecto de vida de VI1 y QVI3 en los términos descritos, no solo serán tomados en consideración por esta Comisión Nacional para la determinación de las medidas de reparación integral a que haya lugar, sino que deberán ser consideradas por la CEAV en el dictamen que, con motivo del conocimiento de esta Recomendación, realice su Comité Interdisciplinario.

V. RESPONSABILIDAD

V1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

123. Esta CNDH acreditó que la actuación del personal de la UMF No. 53, el HGR No. 45 y de la UMAE-CMNO No. 176, en el desarrollo de los hechos referidos, incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de conformidad con las acciones y omisiones descritas en el apartado que antecede, ya que no se apegó a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público, así como a los Principios y Valores del Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, que deben observar las personas servidoras públicas, al no garantizar, de acuerdo con sus propios procedimientos, el derecho humano a la protección de la salud de V1 mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

124. Con ello incumplieron, además, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público previstos en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como el de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la CPEUM.

125. 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 V1, se sancione conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

V2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

126. El artículo 1° de la CPEUM, en su párrafo tercero mandata que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley; en el mismo sentido, el artículo 1 de la Comisión Americana de Derechos Humanos señala que los Estados están comprometidos a respetar los derechos humanos, y garantizar su libre y pleno ejercicio, a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna.

127. Estas obligaciones generales y específicas no sólo rigen a las personas servidoras públicas en su actuación pública, sino también a las instituciones de las que forman parte, las cuales tienen una especial posición garante frente a los deberes de prevención, atención, investigación y sanción de los actos violatorios de derechos humanos cometidos en el ámbito de las atribuciones de sus personas servidoras públicas.

128. 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, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

129. En el presente caso, V1 cursó con múltiples factores de riesgo no modificables, como malformaciones arteriales y venosas, adherencias posquirúrgicas y derivaciones vasculares, anemia durante el embarazo que no se corrigió y plaquetopenia previa a la cesárea por omisiones atribuibles al personal de la UMF 53, el HGR 45 y la UMAE-CMNO No. 176; omisiones que incrementaron el riesgo de sangrado abdominal trans y post quirúrgico de V1.

130. Después de la realización de la Cesárea a V1, se encontró con una cantidad de líquido libre en su cavidad abdominal que se consideró liquido ascítico, el cual ameritaba una paracentesis para confirmar el diagnostico e iniciar su manejo especifico, lo cual en el caso no ocurrió. La falta de vigilancia y control por parte de las autoridades médicas de la UMAE-CMNO No. 176, así como el retardo injustificado de una atención, diagnóstico y tratamiento adecuados, impidieron que el hemoperitoneo de 2 días de evolución que V1 padeció, fuera debidamente identificado, lo cual acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, habría evitado su muerte.

131. En ese sentido, en esta Recomendación se documentó que desde el inicio del embarazo de V1 y en fechas posteriores al nacimiento de VI2, no se le otorgó a V1 una atención médica integral que tomara en consideración sus antecedentes patológicos, mismos que la colocaron en una especial situación de vulnerabilidad y que terminaron siendo factores que influyeron en su muerte, lo anterior descrito es muestra de la Responsabilidad Institucional del IMSS al no garantizar en ninguno de los hospitales referidos, involucrados con la atención de V1, el cumplimiento de sus obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar el derecho de protección de la salud en perjuicio de V1.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

132. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1°, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la CNDH; y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuibles a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales, así como las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

133. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI; 26, 27, fracciones II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones 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 Victimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, por inadecuada atención médica, a una vida libre de violencia obstétrica, a la libertad y autonomía reproductiva y al acceso a la información en materia de salud, este Organismo Nacional le reconoce a V1, VI1 y VI2 su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe

hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a V1, así como a VI1, VI2 y QVI3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la LGV; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

134. En el presente caso, esta CNDH considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i) **. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN**

135. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares el hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II, y 62, fracción I, de la LGV, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación "*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales".*

136. Por ello el IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá proporcionar a VI1 y VI2 la atención psiquiátrica, psicológica y tanatología que requieran, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, hasta obtener el más alto beneficio posible.

137. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para VI1 y VI2 con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado; asimismo, en el caso de VI2 deberá considerarse su discapacidad para recibir la citada atención. También, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determine o desee retomarla. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii) . MEDIDAS DE COMPENSACIÓN

138. Las medidas de compensación se encuentran previstas en los artículos 27, fracción III, 64, fracciones I y II, a 72 de la LGV y 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 de la que fue víctima, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas, como consecuencia de las violaciones ya descritas, ello acorde a la LGV.

139. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas a V1, así como de VI1, VI2 y QVI3, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación para VI1 y VI2, en términos de la LGV, en la que se tome en consideración las erogaciones realizadas para el cuidado. Ello en atención al cumplimiento del punto recomendatorio primero.

iii) MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

140. De acuerdo con los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, las medidas de satisfacción buscan reconocer y establecer la dignidad de las víctimas, teniendo como finalidad el esclarecimiento de los hechos y el reconocimiento de la responsabilidad por las violaciones a derechos humanos a cargo de las personas servidoras públicas involucradas o relacionadas con los hechos, para lo cual es indispensable la investigación y eventual sanción de los responsables.

141. En ese sentido, 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, 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

142. Conforme a los preceptos legales 26, 27, fracción V y 74, fracciones II y IX de la Ley General de Víctimas, referentes a implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

143. En ese sentido, y con apoyo en los artículos 27, fracción V y 74 fracciones VII y IX de la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un

curso de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado a las personas derechohabientes; también en la aplicación de la NOM-007-SSA2-2016, la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-025-SSA3-2013, la Guía ISSSTE-339-08, la Guía IMSS-162-09, la Guía IMSS de Infección Aguda y el Reglamento de la LGS; los cuales deberán ser impartidos al personal médico de los servicios de Gastroenterología, Urgencias, Angiología y Terapia Intensiva de la UMF No. 53, el HGR No. 45 y de la UMAE-CMNO No. 176, debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 en caso de seguir laboralmente activas, a fin de que promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

144. El curso señalado 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 y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento. Ello en atención al cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

145. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición, previamente descritas, constituyen una oportunidad para 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 consiguiente, 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.

146. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted señor Director General, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, así como de VI1, VI2 y QVI3, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa CEAV con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en la que se tome en consideración las erogaciones realizadas para el cuidado de VI2; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las Constancias con que se acrediten su registro.

SEGUNDA. Colabore con la CEAV para que se le dé la atención psicológica y tanatológica que requiera VI1, VI2 y QVI3 misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para VI1, VI2 y QVI3, con su consentimiento e previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad, de forma continua, mientras la necesite y hasta que alcance el máximo beneficio; asimismo, en el caso de VI2 deberá considerarse su discapacidad para recibir la

citada atención; así también, en caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o en su caso retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta, debiendo remitir las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado a las personas derechohabientes; también en la aplicación de la NOM-007-SSA2-2016, la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-025-SSA3-2013, la Guía ISSSTE-339-08, la Guía IMSS-162-09, la Guía IMSS de Infección Aguda y el Reglamento de la LGS; los cuales deberán ser impartidos al personal médico de los servicios de Gastroenterología, Urgencias, Angiología y Terapia Intensiva de la UMF No. 53, el HGR No. 45 y de la UMAE-CMNO No. 176 debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, en el caso de seguir laboralmente activas, a fin de que promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos; dicho curso 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 y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

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

147. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

148. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la CNDH, 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.

149. 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 este Organismo Autónomo, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

150. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública

su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello esta CNDH solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP