RECOMENDACIÓN NO. 304 /2023.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS RELATIVOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN PERJUICIO DE V1, ASÍ COMO A LA VIDA E INTERES SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN CAMPECHE, CAMPECHE.

Ciudad de México, a 15 de diciembre 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/4/2020/8842/Q**, relacionado con la atención brindada a V1 y V2 en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Campeche, Campeche.

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
Persona Víctima	V
Persona Quejosa	Q
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Semanas de Gestación	SDG
Opinión Médica de la Coordinación de Especialidades Científicas y Técnicas de la CNDH	O.M. CNDH

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
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ Organismo Nacional/ CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	CEDAW
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Guía de práctica clínica para el control prenatal con atención centrada en la paciente	IMSS-028-08
Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal	Guía IMSS-632-13

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Campeche, Campeche.	HGZ 1
Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012	NOM-004-SSA3-2012
NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.	NOM-229-SSA1-2002
Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC IMSS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 21 de septiembre de 2021 V1 presentó queja por medios electrónicos, ante está Comisión Nacional por presuntos actos violatorios a derechos humanos, atribuibles a personal del HGZ 1 del IMSS, en la que señaló que el 04 de septiembre de 2021,con embarazo de 38.5 SDG, acudió al HGZ 1, con conocimiento previo por consultas de control prenatal, que su producto de la gestación venía “atravesado de manera horizontal”, por lo que su parto sería mediante cesárea; al arribar a ese nosocomio el personal médico le preguntó si quería adelantar su parto, negándose y regresando a su domicilio.

6. En los días 9, 11 y 15 de septiembre de 2019 volvió al HGZ 1 en donde se le señaló en cada ocasión que aún no entraba en labor de parto y que todo iba bien con el producto de la gestación. El 18 de septiembre del mismo año a las 15:00

horas V1 horas regresó al HGZ 1 siendo hospitalizada y a las 18:00 horas, sin preguntarle nada le colocaron una pastilla vaginal para dilatar su matriz comenzando con las contracciones.

7. El 19 de septiembre de 2019 a las 06:30 horas V1 fue ingresada al servicio de Tococirugía, indicándole el personal médico que "no pujara" ya que tenía que esperar hasta las 07:00 horas a que llegara la médica que la atendería; cuando esa médica arribó al servicio, V1 ya se encontraba en labor de parto por lo que a las 07:45 horas nació V2, aunque V1 no lo escuchó llorar; V1 agregó que la médica tratante le informó que V2 "tragó mucho líquido (amniótico) y popo", que se le estaba atendiendo pero que estaba en condiciones muy graves.

8. El 19 de septiembre de 2019 V1 fue dada de alta, pero V2 permaneció hospitalizado, siendo informada posteriormente el 21 de septiembre de ese año a las 05:30 horas, que V2 había sufrido cuatro paros cardiorrespiratorios, falleciendo finalmente sin recibir mayores explicaciones.

9. Debido a lo anterior, toda vez que la parte quejosa adujó la existencia de actos y omisiones que constituyen arbitrariedades de tipo médico, esta CNDH radicó el expediente de queja **CNDH/4/2020/8842/Q**, ya que personal de esta CNDH advirtió presuntas violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, atribuibles al personal médico del HGZ 1, por lo que se solicitó el informe y copia de los expedientes clínicos respectivos al IMSS, y se realizaron diversas diligencias para esclarecer los hechos, cuya valoración lógico-jurídica, es objeto de análisis en el capítulo de consideraciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de fecha 21 de septiembre de 2020, presentado ante esta CNDH por Q a través de medios electrónicos, en el que refiere actos y omisiones presuntamente violatorios a los derechos humanos de V1 y V2, atribuibles a personal médico del HGZ 1, adjuntando a esta la siguiente documentación: (fojas 02-06)

10.1 Credencial para votar de V1 expedida por el Instituto Federal Electoral; (foja 07)

10.2 Acta de nacimiento de V2; (foja 08)

10.3 Copia simple de la Carpeta de Investigación abierta con motivo de la denuncia presentada por V1 ante la FGR en contra de quien resulte responsable, con motivo de los hechos descritos en este instrumento Recomendatorio; (fojas 09-20)

11. Correo electrónico de fecha 29 de diciembre de 2020 recibido por personal de esta CNDH, mediante el cual personal del IMSS da respuesta a la solicitud de información hecha por personal de esta CNDH en fecha 04 de diciembre del mismo año, remitiendo la siguiente documentación: (foja 59)

11.1 Nota Médica de fecha 19 de septiembre de 2019 a las 08:05 horas, suscrita por PSP4; (foja 69)

11.2 Notas médicas y prescripción de fecha 18 de septiembre de 2019 a las 20:30 horas, elaborada por AR3; (foja 70)

11.3 Nota médica de fecha 18 de septiembre de 2019 a las 17:25 horas, suscrita por PSP2; (foja 71)

11.4 Nota de ingreso de fecha 04 de septiembre de 2019 a las 14:05 horas, elaborada por PSP1; (foja 92)

11.5 Notas médicas y prescripción de fecha 04 de septiembre de 2019 a las 17:47 horas, suscrita por AR1; (foja 95)

11.6 Nota de egreso de fecha 18 de septiembre de 2019 a las 12:35 horas, elaborada por AR2; (foja 99)

11.7 Nota de valoración de fecha 13 de septiembre de 2019 a las 19:30 horas, suscrita por AR1; (foja 104)

11.8 Nota de valoración de Ginecología y Obstetricia de fecha 15 de septiembre de 2019 a las 11:37 horas, elaborada por AR2; (foja 108)

11.9 USG obstétrico de fecha 04 de septiembre de 2019 a las 13:00 horas; (foja 120)

11.10 Nota médica de fecha 19 de septiembre de 2019 a las 07:08 horas, elaborada por PSP3; (foja 126)

12. Correo electrónico de fecha 10 de marzo de 2021 recibido por personal de esta CNDH, mediante el cual personal del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS informó que el caso de V1 y V2 fue sometido a la consideración de la Comisión Bipartita la cual emitió acuerdo en sentido improcedente; (foja 130)

12.1 Acuerdo de la Comisión Bipartita de fecha 24 de diciembre de 2020 sobre los hechos de V1 y V2 en sentido improcedente. (fojas 132-137)

13. Correo electrónico de fecha 22 de septiembre de 2021 recibido por personal de esta CNDH, mediante el cual personal del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS da contestación a solicitud de información complementaria de fecha 30 de agosto de 2021, en el que remite las siguientes constancias: (foja 153)

13.1 Nota de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico de fecha de impresión 06 de septiembre de 2021; (fojas 154-155)

13.2 Nota de ingreso de fecha 19 de septiembre de 2019 a las 07:47 horas, suscrita por PSP5; (foja 178)

13.3 Nota de evolución matutina de fecha 20 de septiembre de 2019 a las 13:00 horas, elaborada por PSP5; (foja 179)

13.4 Nota de gravedad de fecha 20 de septiembre de 2019 a las 22:30 horas, elaborada por PSP6; (foja 180)

14. Correo electrónico de fecha 22 de noviembre de 2021 recibido por personal de esta CNDH, mediante el cual Q remite diversas documentales, siendo una de estas: (fojas 213-214)

14.1 Dictamen de necropsia de fecha 03 de noviembre de 2021, en el que perito profesional ejecutivo B de la FGR concluyó como causa de muerte de V2, “falla orgánica múltiple e hipertensión pulmonar ocasionada por hipoxia, secundario a asfixia neonatal por aspiración meconial”. (fojas 218-233)

15. Opinión Médica de fecha 12 de julio de 2022, en la que personal de esta CNDH concluyó que la atención brindada a V1 y V2 en el HGZ 1 por AR1, AR2 y AR3 fue inadecuada, con trascendencia a la salud de V1 y a la vida de V2.

16. Correo electrónico de fecha 03 de noviembre de 2023, mediante el cual una asesora jurídica federal de la CEAV con el que remite dictamen médico emitido por la CONAMED sobre V2.

17. Oficio 00641/30.102/0653/2023 mediante el cual la titular del OIC IMSS informa el estado que guarda la investigación administrativa desarrollada con motivo de los hechos sobre V1 y V2.

18. Correo electrónico de fecha 09 de noviembre de 2023 mediante el cual la Encargada del Centro de Atención Integral Campeche de la CEAV remitió a esta CNDH escrito libre de V1.

19. Acta Circunstanciada de fecha 24 de noviembre de 2023, que hace constar la comunicación sostenida por personal de esta CNDH con V1, en la que refiere las consecuencias de los hechos violatorios en su proyecto de vida.

20. Acta Circunstanciada de fecha 13 de diciembre de 2023, que hace constar la comunicación sostenida por personal de esta CNDH con V1, en la que refiere las consecuencias de los hechos violatorios en su proyecto de vida.

21. Fe de hechos de fecha 14 de diciembre de 2023, que hace constar la recepción de correo electrónico de fecha 14 de diciembre de 2023 por parte de personal de la Dirección Jurídica del IMSS en el que, entre otras cosas, informa datos relacionados a las personas autoridades responsables.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

22. En la fecha del 21 de septiembre de 2019, V1 presentó denuncia ante la FGR en contra de quien resulte responsable, por el delito de responsabilidad profesional en perjuicio de V2, generándose la C.I. la cual a la fecha de presentación de la presente Recomendación continua en trámite.

23. El 24 de diciembre de 2020 la Comisión Bipartita emitió acuerdo sobre el caso de V1 y V2 en el que determinó que no existía responsabilidad médica, ni institucional por parte del personal médico del HGZ 1 que brindó atención médica a V1 y V2, y en ese sentido, no se acordó dar vista de ese acuerdo al OIC IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

24. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2020/8842/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, perspectiva de género, interés superior de la niñez y enfoque interseccional, 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 materna, a una vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, así como al derecho de protección a la vida y al interés superior de la niñez en agravió de V2, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HGZ 1, conforme a lo siguiente:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2

25. El artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, la SCJN señala que el derecho de protección de la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y que, por otro lado, este derecho tiene una faceta social o pública, que consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud[1].

26. La CrIDH ha señalado que 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].

27. 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]. En el mismo sentido,

---

[1] SCJN, Semanario Judicial de la Federación, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 8/2019, DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL, Registro digital: 2019358.

[2] CrIDH. Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. párr. 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.

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 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].

28. La CrIDH, ha establecido como un deber del Estado "el asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población"[5], como parte del acceso al derecho a la salud, también ha señalado "que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad"[6].

29. El ejercicio del derecho a la salud supone la eliminación de todas las formas de discriminación y el reconocimiento de que el disfrute de ese derecho implica el bienestar emocional, social y físico de las personas durante todo su ciclo vital y en el caso específico de las mujeres, el derecho a la salud sexual y reproductiva.

A.1 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DE V1

30. 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

[4] CEDAW, Recomendación General N.º 24: Artículo 12 CEDAW, "La mujer y la salud" 1999, Párr. 21.
[5] CrIDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 118.
[6] CrIDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 120.

suficiente, con la finalidad de que las personas puedan ejercer este derecho sin distinción y en condiciones de igualdad[7].

31. Por lo anterior, el Estado requiere implementar medidas y acciones que permitan evaluar las necesidades, consecuencias y 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”[8].

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

33. 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.

---

[7] 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.

[8] CrIDH, Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile. Sentencia de 8 marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 123.

34. 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”[9].

35. 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[10].

36. 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 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.

37. 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 materna de V1 y a la vida de V2.

---

[9] 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.

[10] 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.

A.2 VULNERACIÓN DEL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE V1 y V2 EN EL HGZ 1

38. El 4 de septiembre de 2019, V1 acudió al servicio de Urgencias del HGZ 1 con embarazo de 38.5 SDG, donde a las 14:05 horas fue valorada por PSP1, médico adscrito a ese servicio, quien le mencionó que debía ser ingresada al servicio de Ginecología y Obstetricia para descartar mediante ultrasonido obstétrico[11] que su embarazo se tratara de un producto de la gestación de término en posición transversal[12]. A las 17:47 horas del mismo día AR1, médica adscrita al servicio de Ginecología, señaló que el ultrasonido evidenció que el producto de la gestación se encontraba en presentación cefálica[13] y con un adecuado índice de líquido amniótico[14], descartando así la posición transversal mencionada en el escrito de queja de V1, por lo que de acuerdo con la O.M. CNDH el producto de la gestación adopto fisiológicamente su posición final.

39. En la misma valoración, AR1 refirió que el producto de la gestación contaba con una edad gestacional de 38.5 SDG, de acuerdo con mediciones fetales del ultrasonido realizado en el mismo día, al corroborarse el bienestar fetal se estableció el egreso de V1 para continuar con su vigilancia como paciente ambulatoria[15] con

[11] El ultrasonido obstétrico provee imágenes de un embrión o feto dentro del útero de una mujer, como así también del útero y los ovarios de la madre.
[12] En esta posición, el bebé tiene su cabeza en uno de los lados del vientre de su madre y el trasero en el lado contrario. Esta posición es muy habitual hacia la mitad del embarazo, pero los bebés suelen girarse según va avanzando la gestación. Alrededor de un 1% de los bebés a término presentan la situación transversa.
[13] La posición más deseable para su bebé dentro de su útero al momento del parto es con la cabeza hacia abajo.
[14] Índice de líquido amniótico ≤ 5 cm: el índice de líquido amniótico es la suma de la profundidad vertical de líquido medida en cada cuadrante del útero; el índice de líquido amniótico normal oscila entre > 5 y < 24 cm.
[15] Paciente que visita un establecimiento de atención de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en el mismo. A veces, se llama paciente de día o paciente diurno.

la indicación de acudir el día 9 de septiembre de 2019 para prueba de cardiotocografía fetal[16]

40. La O.M. CNDH advirtió que existían distintas discrepancias con relación a la edad gestacional del producto, en distintas notas medicas del expediente clínico de V1; por fecha de última gestación referida como confiable, V1 contaba con 37.4 SDG; por ultrasonido del segundo trimestre correspondiente al 27 de marzo de 2019 cursaba con 40 SDG, pero por ultrasonido del primer trimestre correspondiente al 6 de marzo de 2019 contaba con 33.1 SDG; por ello, aunque el egreso de V1 estaba aparentemente indicado, por considerar haber identificado bienestar fetal, AR1 omitió establecer fehacientemente la edad gestacional del producto de la gestación, al no realizar un interrogatorio especifico enfocado en descartar variables que influyeran en el plan de manejo del binomio materno-fetal, entre ellos, la vía de nacimiento y el tiempo que debía esperar para ello.

41. El 11 de septiembre, V1 acudió nuevamente al servicio de Urgencias del HGZ 1, siendo atendida por personal médico que no asentó su nombre, firma, ni matrícula en la nota correspondiente, en la cual refirió que V1 cursaba con embarazo de 38.3 SDG por fecha de última menstruación, sin trabajo de parto en esos momentos, describiendo frecuencia cardiaca fetal de 135 latidos por minuto[17], dehiscente[18], mencionó monitoreo fetal por 20 minutos que registro frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto con múltiples ascensos[19], considerándose una prueba sin

[16] La cardiotocografía fetal mide la frecuencia cardíaca del bebé (feto) durante el embarazo o el trabajo de parto y el parto.
[17] Normal: 110 a 160 latidos por minuto.
[18] Apertura inicial del orifico externo que apenas permite la introducción de un dedo por su parte media.
[19] Incremento abrupto de la FCF de más de 15 lpm de amplitud y que dura más de 15 segundos, pero menos de 10 minutos.

estrés[20] reactiva; es decir, que el producto de la gestación mantenía adecuadas condiciones hemodinámicas, por lo que nuevamente se egresó a V1 para revalorarla dos días después.

42. El 13 de septiembre de 2019, V1 acudió al servicio de Urgencias del HGZ 1, siendo atendida de nueva cuenta por AR1 a quien V1 le refirió tener dolor pélvico tipo cólico, flujo verdoso y prurito vaginal[21]. A la exploración física esa médica identificó ausencia de actividad uterina, signos de Tarnier[22] y Valsalva[23] negativos y apreciando en el guante explorador flujo grumoso y verde, datos indicativos de una infección vaginal, estableciendo con ello el diagnóstico de embarazo de 39 SDG y cervicovaginitis[24], sin trabajo de parto, egresándola nuevamente para seguimiento de paciente ambulatoria con tratamiento antibiótico para la infección vaginal identificada.

43. El 15 de septiembre de 2019 a las 11:37 horas, V1 fue valorada por AR2, médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ 1, quien la describió con ausencia de trabajo de parto, sin otros datos patológicos agregados y con buena motilidad fetal, retomó la información del ultrasonido realizado el 4 de septiembre de ese año, del cual transpoló la fecha del embarazo de 40.2 SDG, identificándose a producto de

[20] Prueba que tiene como objetivo único la detección de hipoxia fetal, ya que además de identificar la frecuencia cardiaca fetal basal, tambien permite determinar la aparición de variabilidad, aceleraciones, desaceleraciones y contracciones.
[21] El prurito vulvar se define como una sensación subjetiva desagradable, que lleva a quien lo padece a rascarse la zona afecta. Este síntoma no se presenta de forma permanente, sino que aparece de forma repentina, dura un rato y después suele calmar.
[22] Salida, a través del cuello uterino (cérvix), de un líquido claro, incoloro y continuo, que aumenta con una contracción uterina espontánea, con la movilización transabdominal del feto.
[23] Maniobra que permite identificar la salida de líquido amniótico a través del orificio cervical externo, con el incremento de la presión intraabdominal.
[24] Es la infección del útero, ovarios y trompas de Falopio. Aparece por la ascensión de bacterias patógenas desde la vagina y el cuello uterino.

la gestación con 148 latidos por minuto, al tacto vaginal con cérvix posterior cerrado, por lo que adecuadamente se ingresó a V1 al servicio de Ginecología y Obstetricia para valorar la resolución de su embarazo.

44. Respecto a la atención por AR2 descrita, la O.M. CNDH advirtió nota médica realizada en el mismo día a las 15:35 horas por ese médico en la que señaló que, a pesar de que contaba con indicación de ingreso hospitalario, V1 no aceptó en esos momentos seguir esperando para ingreso hospitalario, el cual se había demorado por estar el hospital a su máxima capacidad por lo que se decidió su alta, otorgándole datos de alarma obstétrica, lo que coincide en parte con el testimonio de V1 quien señaló que "no sentía dolor ni tenía sangrado, únicamente me pusieron una bata, me sentaron en el pasillo pero no me suministraron suero ni me proporcionaron alimentos por lo que me retiré a lo que el médico me dijo que mejor volviera cuando me sintiera mal", sin que en las constancias médicas correspondientes se advirtiera que dicha decisión fuera tomada de manera informada. Situación similar se reiteró el día 18 de septiembre del mismo año, cuando AR2 indicó en su nota de egreso de las 12:35 horas que V1 había acudido a valoración de inducción del trabajo de parto, sin especificarse en esa ocasión los motivos de ello y sin que en dicha nota se hubieran plasmado las indicaciones de su egreso.

45. En el mismo día a las 17:25 horas, V1 fue valorada por PSP2, médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ 1, quien la describió con frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, con una contracción uterina en 10 minutos, signos de Valsalva y Tarnier negativos, apreciándose guante explorador manchado sin especificar las características de esas manchas, estableciendo diagnóstico de embarazo de 39.3 SDG por fecha última de regla y de 41.3 por ultrasonido

transpolado del primer trimestre, con pródromos[25] de trabajo de parto, por lo que adecuadamente ingresó a V1 a hospitalización para vigilancia de parto.

46. El mismo día a las 20:30 horas, V1 fue valorada por AR3 quien indicó que al tacto vaginal encontró cuello uterino de 1 cm de dilatación[26], grueso y resistente sin borramiento[27], palpándose además una pastilla intracervical[28], misma que no fue mencionada en la nota correspondiente, por lo que se indicó monitoreo estrecho de la actividad uterina y evolución del trabajo de parto, así como toma de ultrasonido obstétrico, prueba sin estrés fetal y estudios de laboratorio, agregando que en ese turno no se contaba con radiólogo y que tampoco era posible realizar la prueba de estrés debido a que no contaban con papel en el tococardiógrafo. Cabe señalar que, en la nota correspondiente, no existe ningún registro sobre las condiciones de la pelvis de V1 ni sobre la posición del producto de la gestación.

47. Al respecto, la O.M. CNDH advirtió que la falta de papel para realizar la prueba sin estrés y la falta de personal para realizar el ultrasonido obstétrico incumple con lo previsto en el artículo 26 del Reglamento de la LGS[29], no siendo posible realizar las pruebas necesarias al binomio materno-fetal para determinar sus condiciones clínicas, situación que contribuyó a las complicaciones que V1 padeció

[25] Antes del inicio del parto, en las últimas semanas de gestación, suelen presentarse signos anunciadores, los llamados pródromos del parto. Los más significativos son: las contracciones de Braxton-Hicks, leves e indoloras, referidas como una sensación de tensión abdominal y la pérdida del tapón mucoso.
[26] La velocidad de dilatación suele rondar una hora para la dilatación de 1 cm para las madres primerizas, así como 1,5 centímetros por hora para las madres con dos hijos o más.
[27] Significa que el cuello uterino se estira y se vuelve más delgado.
[28] Hay varias maneras de inducir las contracciones del trabajo de parto, puede usarse medicamento para ablandar el cuello uterino y ayudar a que se afine (borre), puede usarse medicamento para hacer que el útero se contraiga.
[29] ARTICULO 26.- Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría.

posteriormente, lo cual además de la responsabilidad individual de AR3 también permite establecer responsabilidad institucional pues con lo descrito el IMSS incumplió con sus deberes de garantía y protección del derecho humano de protección de la salud de V1 y V2, al no proveer al HGZ 1 de los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para la prestación de sus servicios de atención médica.

48. Ante casos de productos de la gestación con postmadurez, la cual de acuerdo con la O.M. CNDH era una posibilidad, en este caso ante la falta de unificación de criterios para establecer la edad gestacional de V2, la Guía IMSS-632-13 señala que la cardiotocografía es una herramienta útil de orientación sobre el bienestar fetal que debe acompañarse de más estudios, para verificar la existencia de factores de riesgo y evitar complicaciones en el recién nacido, tal como el perfil biológico que ayuda a alertar al médico sobre la presencia de condiciones adversas del producto de la gestación, las cuales en el presente caso no fueron realizadas, sumado a la falta de realización de la cardiotocografía por la insuficiencia de recursos físicos y humanos, por lo anterior, AR3 además incumplió con el artículo 74 del Reglamento de la LGS[30] al no transferir a V1 a otro hospital para asegurar su atención y tratamiento. Cabe señalar que en las constancias de su expediente clínico no existe ningún registro sobre solicitud de remisión o subrogación a un hospital con mayor capacidad resolutiva.

49. En el mismo día a las 23:00 horas, AR3 señaló que V1 presentó un leve incremento de la actividad uterina, sin alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y

[30] ARTICULO 74.- Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

aún sin lograrse una dilatación cervical adecuada, a pesar del suministro previo de la pastilla de misoprostol, que permitiera realizar amniotomía[31] como mecanismo para favorecer el trabajo de parto. En ese sentido, el 19 de septiembre V1 tuvo una evolución con dilatación cervical de 2 cm a las 02:00 horas, de 3 cm a las 04:00 horas, de 4.5 cm a las 06:00 horas y de 5 cm a las 06:50 horas, con una frecuencia cardiaca fetal de 130 a 150 latidos por minuto, contando únicamente con un manejo contemplativo en espera del cambio de turno para realizar el ultrasonido obstétrico indicado a las 20:30 horas del día anterior.

50. A las 7:08 horas del 19 de septiembre, V1 ingresó al servicio de Tococirugía donde fue atendida por PSP3, médico adscrito a ese servicio, debido a que presentaba cérvix central borrado[32] con 8 cm de dilatación lo cual permitió realizar en ese momento la amniotomía, sin obtenerse líquido amniótico e identificándose una frecuencia cardiaca fetal de 156 latidos por minuto, con descensos durante la contracción uterina de 90-100 latidos por minuto, pero con recuperaciones inmediatas a 140 latidos por minuto, por ello a las 07:30 horas de ese día, PSP3 refirió que V1 cursaba con un trabajo de parto de tipo precipitado[33].

51. De acuerdo con la O.M. CNDH, en las notas relativas al trabajo de parto de V1 no hay elementos que permitan sostener el diagnóstico de parto precipitado, ya que desde el inició de parto de V1 a las 23:00 horas del 18 de septiembre de 2019 y hasta su resolución a las 07:47 horas del 19 de septiembre del mismo año,

[31] Ruptura mecánica de membranas.
[32] El borrado del cérvix corresponde con la fase de dilatación precoz o latente. Esta etapa significa que el cuello uterino se va acortando de forma progresiva como consecuencia de las contracciones de parto.
[33] Parto y el nacimiento de su bebé consta de tres etapas: parto activo, nacimiento del bebe, entrega de la placenta, normalmente, estas etapas duran entre 6-18 horas. Parto precipitado, también llamado parto rápido, se caracteriza por el proceso que puede durar de 3 horas y es por lo general, menos de 5 horas.

transcurrieron más de 8 horas. De acuerdo con notas médicas de personal médico cuyo nombre no es posible identificar, se refirió que a las 07:47 horas del 19 de septiembre de 2019 se obtuvo a V2, masculino recién nacido vivo con 39 SDG, con salida de meconio[34] por la nariz, situación que ameritó que V2 fuera intubado[35] para apoyo ventilatorio, así como aporte de soluciones intravenosas y de aspiración de secreciones de vía aérea mediante la cual se obtuvieron secreciones mucosanguinolentas, por lo que se establecieron los diagnósticos de asfixia perinatal[36], síndrome de aspiración de meconio[37] y neumonía intrauterina[38].

52. Resulta importante añadir que, con base en lo referido en la O.M. CNDH, la expulsión de meconio en el líquido amniótico se produce, entre otras causas, cuando hay acidosis y se produce peristalsis intestinal fetal, siendo más frecuente en niñas y niños recién nacidos, y es reconocido como un indicador de sufrimiento fetal, mismo que no fue identificado ni diagnosticado por AR3. Así las cosas, V2 cursó con oligohidramnios[39] severo en su embarazo de término, factor de riesgo que no fue identificado oportunamente por AR3 incumpliendo con ello lo previsto en la

[34] a primera evacuación de un bebé se conoce como meconio. El meconio está compuesto de líquido amniótico, moco, lanugo (el vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y el tracto intestinal. El meconio es espeso, pegajoso y de color negro verdoso.
[35] La intubación endotraqueal es la técnica definitiva de permeabilización y aislamiento de la vía aérea, permitiendo: la administración de oxígeno a alta concentración y de un volumen corriente suficiente para mantener una insuflación pulmonar adecuada. la aspiración de la tráquea.
[36] Se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa.
[37] Se produce cuando el sobreesfuerzo (como en el caso de infección o de concentraciones bajas de oxígeno) obliga al feto a tomar bocanadas de aire, de manera que inhala (inspira) el líquido amniótico que contiene meconio y este se deposita en los pulmones
[38] Es una infección grave en el neonato y consiste en la inflamación del tejido pulmonar, causada por virus o bacterias.
[39] El pronóstico perinatal asociado con oligohidramnios es alarmante, ya que se asocia a 40 veces mayor riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal, y su manejo depende de la edad gestacional en que el producto de la gestación se encuentre.

Guía IMSS-632-13[40], ante la falta de recursos y seguimiento adecuado del trabajo de parto en el HGZ 1.

53. A las 7:47 horas del mismo día, V2 fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGZ 1 donde fue valorado por PSP5, quien lo describió con necesidad de apoyo mecánico ventilatorio, cianosis[41] y desaturación hasta 70%, con pobre expansión de tórax, hipoactivo, tono muscular disminuido y sin automatismo[42] respiratorio, evolucionando a pesar del tratamiento intensivo sistémico proporcionado[43] sin respuesta favorable, con los diagnósticos de neumonía intrauterina, encefalopatía hipóxico-isquémica[44] probable miocardiopatía[45] hipóxico isquémica[46] probable hipertensión pulmonar persistente del recién nacido[47] y sepsis neonatal temprana[48]; posteriormente desarrolló eventos de crisis convulsivas e incoordinación ventilatoria, identificándose mediante radiografía de tórax, un

[40] Se deben identificar los factores de riesgo al momento del ingreso de la paciente al área de atención Obstétrica y consignarlos en el apartado correspondiente del expediente clínico del recién nacido.
[41] Coloración azulosa de mucosas y uñas debido a una disminución de la concentración de oxigeno en la sangre.
[42] Ausencia de intervención de agentes exteriores en el funcionamiento de un mecanismo o en el desarrollo de un proceso.
[43] Fentanilo, midazolam, dobutamina, vitamina K, milrinona, eritropoyetina, emikacina, ampicilina, surfactante y asilamiento foto acústico.
[44] Es la lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional ≥35 semanas, la cual, no puede ser explicada por otra causa.
[45] Problemas del músculo cardíaco que hacen que el corazón presente dificultades para bombear sangre.
[46] Está constituida por una amplia gama de síndromes clínicos cuya etiología es la falta de oxígeno en forma sostenida ocasionando diversosgrados de alteración en la función cardíaca normal.
[47] Es un trastorno grave en el que las arterias de los pulmones se estrechan (se constriñen) después del parto, limitando así el flujo sanguíneo hacia los pulmones y por lo tanto la cantidad de oxígeno en el torrente sanguíneo.
[48] Se define como la que se manifiesta en las primeras 72 horas de vida. Es una importante causa de morbilidad y mortalidad neonatal. Su diagnóstico se basa principalmente en la presencia de factores de riesgo como la corioamnionitis y la edad gestacional.

proceso broncoalveolar compatible con proceso neumónico secundario a la aspiración de meconio.

54. Las condiciones descritas evolucionaron con tendencia al deterioro sin respuesta al tratamiento implementado, lo cual fue documentado por PSP6, médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del HGZ 1, que a las 2:46 horas del día 20 de septiembre de 2019, reportó que V2 presentó un paro cardiorrespiratorio que fue posible revertir, continuando el paciente en malas condiciones físicas; que se le realizó un ecocardiograma que evidenció foramen oval permeable[49], disfunción sistólica[50] de ventrículo derecho[51] e hipertensión pulmonar severa[52] sin causa cardiaca que lo justifique, datos clínicos que corroboraban el diagnóstico de miocardiopatía hipóxica isquémica[53] del recién nacido que V2 presentó.

55. De acuerdo con la O.M. CNDH, en este caso, la asfixia que V2 padeció desencadenó falla de la bomba cardiaca[54], caída de gasto cardiaco y disminución

[49] El foramen oval es una abertura natural entre las dos cavidades superiores del corazón (la aurícula derecha y la aurícula izquierda) que presenta el corazón de los bebés antes de nacer. El foramen oval se suele cerrar entre 6 meses y 1 año después del nacimiento del bebé.
[50] En la ICrFE (también llamada insuficiencia cardíaca sistólica), predomina la disfunción sistólica global del ventrículo izquierdo. El ventrículo izquierdose contrae poco y se vacía de manera inadecuada, lo que produce aumento del volumen y la presión diastólica y disminución de la fracción de eyección. La disfunción sistólica puede afectar principalmente el ventrículo izquierdo o el ventrículo derecho; la insuficiencia ventricular izquierda a menudo genera insuficiencia del ventrículo derecho.
[51] Una de las cuatro cavidades del corazón. El ventrículo derecho bombea sangre baja en oxígeno hacia los pulmones.
[52] La hipertensión pulmonar es una situación patológica en la que las presiones de la circulación pulmonar (arterias pulmonares) están aumentadas. La presión sanguínea en estas arterias pulmonares se eleva a niveles mucho más altos de los niveles normales.
[53] Está constituida por una amplia gama de síndromes clínicos cuya etiología es la falta de oxígeno en forma sostenida ocasionando diversos grados de alteración en la función cardíaca normal.
[54] La insuficiencia cardíaca (o fallo cardiaco) significa que el corazón no puede bombear suficiente sangre rica en oxígeno para satisfacer las necesidades de su cuerpo.

de la tensión arterial, produciéndose una lesión orgánica, entre ellas la miocardiopatía hipóxica; en otras palabras, las alteraciones sistémicas identificadas en V2 derivaron del proceso de asfixia por aspiración de meconio, no identificado oportunamente por AR3 debido a la falta de recursos materiales y humanos, ya mencionados.

56. El 20 de septiembre de 2019, PSP6 señaló que V2 había presentado tres episodios adicionales de paro cardiorrespiratorio, a las 3:20, 4:18 y 5:20 horas, siendo en el último evento que ya no se obtuvo respuesta a la reanimación cardiopulmonar avanzada que se le realizó, declarándose su fallecimiento a las 05:20 horas con diagnósticos de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, síndrome de aspiración de meconio y encefalopatía hipóxico-isquémica. Finalmente, V1 fue egresada del servicio de Ginecología el día 19 de septiembre de 2019, en buenas condiciones generales y sin datos patológicos agregados

57. Esta CNDH pudo constatar que desde la hospitalización de V1 el 18 de septiembre de 2019, no fueron identificadas adecuadamente las condiciones fetales debido a la falta de recursos físicos y humanos del HGZ 1, aunado al hecho de que AR3 omitió realizar el estudio de las condiciones de su producto de la gestación con probable postmadurez, mediante la realización de un perfil biofísico, tampoco se realizó la estimación adecuada de su edad gestacional desde las valoraciones prenatales, por lo que no se identificó oportunamente el oligohidramnios severo, ni los datos clínicos de hipoxia perinatal que V2 padeció y que repercutió en un deterioro de sus condiciones clínicas, al existir una dilación en el plan de manejo establecido por AR3 ya que, de acuerdo con la O.M. CNDH, ante un caso de

oligohidramnios severo o anhidramnios[55] se debe resolver el embarazo por vía abdominal[56] inmediatamente, situación que en el presente caso no ocurrió, generando mayores riesgos a la salud de V1 y V2, derivando en la hipoxia y asfixia perinatal ya mencionadas. Por las consideraciones expuestas esta CNDH cuenta con elementos de convicción suficientes para tener por acreditada la vulneración del derecho de protección de la salud de V1 y V2.

B. DERECHO DE PROTECCIÓN A LA VIDA DE V2

58. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 43 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 1 fracción I y II, 6 fracción VI y 14 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

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

[55] Falta completa del líquido amniótico.
[56] Cesárea.

60. En el caso de recién nacidos, el derecho a la vida tiene elementos más profundos que solo su respeto, en ese sentido, el artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño, hace referencia al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Partes de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño, por lo que se pide a los Estados Partes a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil; así como crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

61. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

62. La SCJN ha determinado que "*[e]l derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja*, (…) *no sólo prohíbe la privación de la vida* (…), *también exige* (…) *la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho* (…) *existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado* (…) *cuando éste no adopta las medidas razonables necesarias* (…) *tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado* (…)..[57]

[57] Tesis Constitucional. "Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado". Semanario judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 16319.

B1. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V2

63. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 y V2 constituyen también el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V2 ya que V1 no recibió la atención médica adecuada en el HGZ 1 por la falta de recursos materiales y humanos, lo que impidió que el personal médico de ese hospital pudiera identificar el oligohidramnios severo que V2 padeció, como un factor de riesgo que incrementó su mortalidad.

64. En ese sentido, V2 padeció alteraciones sistémicas derivadas del proceso de asfixia por aspiración de meconio, secundario al oligohidramnios referido, el cual no fue identificado de manera oportuna por AR3, quien además omitió remitir a V1 a un hospital que sí contara con los recursos para valorar de manera adecuada el estado físico del binomio materno-fetal, como era debido; dicha situación en suma a la falta de estimación adecuada de la edad gestacional durante el periodo prenatal, repercutió en un deterioro de las condiciones clínicas de V2 y en su fallecimiento debido a una dilación en la implementación de su tratamiento adecuado y oportuno.

65. Aunado a lo anterior, cabe señalar que AR1 es responsable por vicios propios al vulnerar el derecho de protección a la vida de V2, ya que omitió establecer de forma fehaciente la edad gestacional y no realizó en su momento, un interrogatorio especifico, así como un perfil biológico, enfocados en descartar factores que influyeran en el plan de manejo del binomio materno-fetal. Por las consideraciones expuestas, esta CNDH cuenta con elementos de convicción suficientes para tener por acreditadas la vulneración de protección a la vida de V2, por omisiones atribuibles a AR1 y AR3.

C. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTETRICA

66. 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 discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres*…".[58]

67. 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*."[59] Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

68. 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.

58 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
[59] Artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará").

69. 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.*

C1. VULNERACIÓN DEL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTETRICA DE V1

70. V1 acudió al HGZ 1 el 4 de septiembre de 2019, en donde al existir datos contradictorios para la adecuada determinación de la edad gestacional de su producto de la gestación, fue remitida por PSP1 al servicio de Urgencias donde fue valorada por AR1, quien al contar con resultados de ultrasonido realizado en el mismo día determinó que V1 cursaba con 38.5 SDG, sin tomar en consideración las evidencias con datos discrepantes que hacían necesaria la realización de otras acciones para determinar de manera fehaciente la edad gestacional de su producto de la gestación, tales como la realización de interrogatorio específico enfocado en descartar variables que influyeran en su manejo, como la vía de nacimiento y el tiempo que debía esperar.

71. En nota médica realizada el 15 de septiembre de 2019 a las 15:35 horas por AR2, se señaló que a pesar de que V1 contaba con indicación de ingreso hospitalario, no aceptando en esos momentos seguir esperando para ingreso hospitalario, decidiéndose su alta en el servicio. Al respecto la O.M. CNDH pudo

advertir que en el expediente clínico de V1 no existe nota de alta voluntaria o de negación a la hospitalización en donde la agraviada haya plasmado su firma, por lo que no es posible afirmar que el alta en el servicio de V1 haya sido de manera voluntaria con información sobre las posibles consecuencias y riesgos que aquello representaba para su salud; dicha situación se reiteró tres días después, sin que en la nota correspondiente se asentaran las razones por los que V1 se negó a la hospitalización, ni las indicaciones de su egreso.

72. En la nota de las 20:30 horas del 18 de septiembre de 2019, cuando V1 fue hospitalizada para ser inducida a trabajo de parto, fue atendida por AR3 quien al tacto vaginal palpo una pastilla intracervical, misma que pasó inadvertida toda vez que su aplicación no fue asentada en las notas médicas correspondientes a la atención recibida previamente en el servicio de Urgencias del HGZ 1, mencionando AR3 que probablemente fuera misoprostol, lo cual muestra la falta de sensibilidad a la situación de V1 en la atención de su parto, asimismo, ese médico indicó toma de ultrasonido obstétrico y prueba sin estrés fetal los cuales no pudieron realizarse, pues en ese turno no se contaba con radiólogo ni con papel en el tococardiógrafo por lo que no fue posible realizar a V1 las pruebas necesarias para determinar su condición física, lo que incremento su riesgo de morbilidad.

73. La falta de recursos materiales y humanos descritos, en el marco de acceso a los servicios de salud materna para las mujeres y personas con capacidad de gestar, implica riesgos diferenciados que influyen al obstaculizar que puedan alcanzar el máximo beneficio posible de bienestar físico y mental, siendo una muestra de la discriminación institucional en su contra que persiste en la política pública de salud, así las cosas, AR3 además incumplió con el artículo 74 del Reglamento de la LGS al no transferir a V1 a otro hospital para su atención a efecto

de asegurar su tratamiento y evaluar integralmente las condiciones del producto de la gestación.

74. Así también, esta CNDH pudo documentar que durante el internamiento de V1, el 18 de septiembre de 2019 fue abandonada por AR3, médico que la atendió desde su ingreso y hasta la resolución de su trabajo de parto, al no realizar las indicaciones necesarias para el tratamiento de V2 con datos de probable postmadurez, motivo por el cual no se identificó oportunamente el oligohidramnios severo ni los datos clínicos de hipoxia perinatal que V2 curso, lo que aunado a las consideraciones expresadas en esta observación, acreditan la violencia obstétrica que V1 sufrió así como el daño a diversos de sus derechos, incluido el sufrimiento psicológico que padeció en el ámbito público de acceso a los servicios de salud materna.

75. En ese sentido, V2 presentó alteraciones sistémicas derivadas de la falta de identificación por parte de AR3 de la asfixia por aspiración de meconio que cursó, así como la falta de recursos humanos y materiales señalada, por lo que el 20 de septiembre de 2019, después de tres episodios adicionales de paros cardiorrespiratorios V2 falleció, con los diagnósticos de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, síndrome de aspiración de meconio y encefalopatía hipóxico-isquémica.

76. Las omisiones descritas constituyen violencia obstétrica en perjuicio de V1, pues se pudo documentar que sufrió de violencia psicológica al ser abandonada en sus acciones por AR1, AR2 y AR3, al buscar garantizar el ejercicio de sus derechos reproductivos, lo que trascendió a la salud del binomio materno-fetal y finalmente derivó en el fallecimiento de V2.

D. DERECHO AL PROYECTO DE VIDA DE V1

77. El proyecto de vida ha sido considerado por la CrIDH, 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* (...)"[60].

78. 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"*[61]. 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[62].

79. 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,[63] 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

[60] Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), "Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina.", párrafos 308.
[61] Ídem. párrafos 308.
[62] 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.
[63] Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260.

algunas Altas Cortes Nacionales reconocen daños relativamente similares asociados a la “vida de relación” u otros conceptos análogos o complementarios.[64]

D1. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V1

80. V1 mencionó a personal de esta CNDH que tiene dos hijos, VI1 y VI3, de 3 y 18 años, pero que, con motivo de los hechos descritos en esta Recomendación, quedo muy afectada psicológicamente teniendo la necesidad de acudir a atención psicológica y separándose de su pareja, padre de V2, de quien dependía económicamente, pues refirió que durante su embarazo de VI1 “se pelearon, se separaron y ya no pudieron entenderse” por lo que actualmente están separados y no tiene manera de localizarlo.

81. V1 informó que se dedica al hogar y a cuidar de VI1; que viven la casa de VI2, quien la apoya con sus gastos, además señaló que es de su interés retomar sus estudios, por lo que recientemente concluyó la secundaria toda vez que dejo la escuela cuando nació VI3.

82. La afectación a su proyecto de vida tiene relación con el impacto que los hechos violatorios descritos sobre V2 tienen en la realización integral de V1, VI1, VI2, VI3 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.

[64] Ídem.

83. Por las anteriores consideraciones, esta CNDH ha acreditado la vulneración al proyecto de vida de V1, VI1, VI2 y VI3 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.

84. En ese sentido, en el Amparo en Revisión 581/2022 la SCJN refirió que un elemento para reconocer la calidad de víctima indirecta es la participación activa en el cuidado de la víctima directa, previamente al hecho y posterior al hecho que causo la violación a los derechos humanos, situación que se acredita principalmente a familiares directos de la víctima, cómo es el caso de VI2 respecto a V1; por ello esta CNDH ha acreditado también, afectaciones indirectas a VI2.

E. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V1

85. El artículo 6o. párrafo segundo, de la Constitución Política establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

86. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, consideró que "(…) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico".[65]

[65] CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", 31 de enero de 2017

87. En ese sentido, la CrIDH en el Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, sostuvo que "un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades".[66]

88. La NOM-Del Expediente Clínico, establece que: "El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (…) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (…), mediante los cuales se hace constar (…) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (…) datos acerca del bienestar físico, mental y social (…)."[67]

89. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con su historial médico, diagnóstico, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida, asimismo, que este comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad:

[66] CrIDH, Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 68.
[67] Introducción, párrafo segundo.

que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente, y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.[68]

90. Asimismo, de acuerdo con la CrIDH, la obligación general de protección a la salud abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado,[69]en ese sentido, la Recomendación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sostiene que "[l]a accesibilidad de la información comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud.

E1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V1

91. El 04 de septiembre de 2019 a las 17:47 horas, V1 fue valorada por AR1 quien mediante mediciones fetales de ultrasonido obstétrico realizado ese mismo día, determinó que el producto de la gestación contaba con 38.5 SDG, siendo resaltado por la O.M. CNDH que por fecha de ultima menstruación referida como confiable,

[68] CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", Óp. Cit. Párr. 34.
[69] CrIDH. Caso Valencia Campos y otros Vs. Bolivia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de octubre de 2022. Serie C No. 469., párr. 234.

V1 contaba con 37.4 SDG; por ultrasonido del segundo trimestre V1 presentaba 40 SDG y que por ultrasonido del primer trimestre V1 contaba con 33.1 SDG, lo que generaba discrepancias importantes a considerar para que AR1 determinara fehacientemente la edad gestacional del producto de la gestación de V1.

92. De acuerdo con la IMSS-028-08, el ultrasonido de primer trimestre es un predictor más preciso de la edad gestacional, señalando que si no se cuenta con este, la estimación debe hacerse con base en la fecha de la última menstruación, asimismo, señala que la estimación de la edad gestacional en el segundo trimestre tiene una variación de 7 a 10 días en relación a la edad por fecha de última menstruación; no obstante, en el caso de V1 la variación entre las estimaciones referidas resultaba de 17 días, siendo notoriamente más amplia de lo establecido, del mismo modo, la variación entre los datos relacionados a la fecha de la última menstruación y del ultrasonido del primer trimestre era de 7 semanas, por lo que la valoración de V1 por el servicio de Urgencias estaba indicado, entre otros aspectos, para determinar su edad gestacional.

93. En ese sentido, en la O.M. CNDH se advirtió que en la hoja de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico que obra en el expediente clínico de V1 se estableció desde el inicio de su control prenatal la fecha de última menstruación el 12 de enero de 2019, lo que es contradictorio con notas de valoración subsecuentes en las que se señalan las fechas 15 de diciembre de 2019 y 05 de junio de 2018 como fecha de última menstruación.

94. Las discrepancias descritas hacían necesario determinar de manera fehaciente la edad gestacional que V1 cursaba, lo cual no fue realizado por AR1 al limitarse a descartar una posición transversal del producto, omitiendo realizar un interrogatorio

específico enfocado a descartar variables que influyeran en su plan de manejo y, por tanto, no establecer fehacientemente la edad gestacional de V2.

95. El 11 de septiembre de 2019 V1 acudió nuevamente al servicio de Urgencias del HGZ 1, siendo referida por personal médico que la valoró en el turno vespertino, sin que exista nota médica sobre dicha atención en el expediente clínico de V1 lo que es contrario a la NOM-004-SSA3-2012[70].

96. La O.M. CNDH advirtió que existe nota médica realizada el 15 de septiembre de 2019 a las 15:35 horas, elaborada por AR2, en la que señaló que a pesar de que V1 contaba con indicación de ingreso hospitalario, no aceptó en esos momentos seguir esperando para ingreso hospitalario, el cual se había demorado por necesidades del servició, decidiéndose su alta en el servicio, sin embargo, en el expediente clínico de V1 no existe nota de alta voluntaria o de negación a la hospitalización en donde la agraviada haya plasmado su firma, lo que es contrario a la NOM-004-SSA3-2012[71]; la misma situación se reiteró el día 18 de septiembre

[70] **5.14** El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

[71] 10.2 Hoja de egreso voluntario.
10.2.1 Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar;
10.2.2 Cuando el egreso sea voluntario, aun en contra de la recomendación médica, la hoja se elaborará conforme a lo dispuesto en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y relevará de responsabilidad al establecimiento y al médico tratante. En el caso de egreso voluntario para continuar el tratamiento médico en otro establecimiento para la atención médica, la hoja deberá tener el nombre y firma del médico que lo autoriza.
10.2.3 Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo los siguientes datos:
10.2.3.1 Nombre y domicilio del establecimiento;

del mismo año, sin especificarse en esa ocasión los motivos de su egreso ni las indicaciones correspondientes. En el mismo día a las 17:25 horas, V1 fue valorada por AR3 quien a la exploración física apreció guante explorador manchado, pero no ahondó en las características de las manchas referidas ni estableció un diagnóstico o manejo al respecto.

97. En el mismo día a las 20:30 horas, al tacto vaginal de V1, AR3 advirtió una pastilla intracervical, señalando que probablemente fuera misoprostol[72] intracervical aplicado en el servicio de Urgencias, sin que dicha información obre en las constancias sobre la atención previa por personal de ese servicio; asimismo, en la nota respectiva no se asentó dato relacionado a las condiciones de la pelvis de V1 ni sobre la posición del producto de la gestación. Con relación al desarrollo de trabajo de parto de V1, al ser atendida por PSP3 a las 07:30 horas del 19 de septiembre de 2019, ese médico refirió que V1 cursaba con un trabajo de parto de tipo precipitado lo que, de acuerdo con la O.M. CNDH, no es posible sustentar toda vez que, en la información asentada en las notas médicas correspondientes al referido trabajo de parto, desde su inició y hasta su resolución transcurrieron más de 8 horas.

10.2.3.2 Fecha y hora del egreso;
10.2.3.3 Nombre completo del paciente o del representante legal, en su caso, edad, parentesco, nombre y firma de quien solicita el egreso;
10.2.3.4 Resumen clínico que se emitirá conforme a lo previsto en el apartado 6.4.3 de esta norma;
10.2.3.5 Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;
10.2.3.6 En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;
10.2.3.7 Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y
10.2.3.8 Nombre completo y firma de dos testigos.
10.3 Hoja de notificación al Ministerio Público.

[72] El misoprostol es un medicamento utilizado para padecimientos gástricos que provoca contracciones en el útero, haciendo que éste vacíe su contenido.

98. Finalmente, el personal de esta Comisión Nacional advirtió la falta de nombres, firmas, cédulas y matrículas del personal médico que proporcionó la atención médica a V1 y V2 en el HGZ 1[73], la falta de información sobre medicamentos prescritos con motivo de la atención médica a V1[74]. Las anteriores consideraciones permiten acreditar la vulneración del derecho de acceso a la información en materia de salud por parte de AR1, AR2 y AR3, las cuales si bien no se relacionan directamente a las afecciones que V1 sufrió sí constituyen malas prácticas que vulneran su derecho de acceso a la información en materia de salud e implica responsabilidad institucional por parte del IMSS.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

99. Esta CNDH acreditó que la actuación del personal AR1, AR2 y AR3 en el desarrollo de los hechos referidos, incurrió en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos de V1 y V2 de conformidad con las acciones y omisiones descritas en el apartado que antecede, y con ello no se apegó a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público al no garantizar, de acuerdo con sus propios procedimientos, el derecho humano a la protección de la salud materna de V1 y a la vida de V2 mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

100. Con ello incumplieron, además, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición

[73] Foja 101, foja 069,
[74] Foja 104,

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 Constitución General de la República.

101. 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 y V2 se sancionen conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

102. En el presente caso, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V1 y V2 para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

103. 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.

104. 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.

105. 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.

106. Está CNDH ha identificado prácticas y omisiones recurrentes por parte del personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico[75], mismas que no se reducen a una cuestión de formación profesional o capacitación del personal médico, sino también guarda relación con la existencia de un problema de carácter estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud[76].

107. Como fue referido, en la integración del expediente materia de esta Recomendación pudieron documentarse múltiples omisiones en la integración del expediente clínico de V1 con motivo de la atención que se le brindo en el HGZ 1,

[75] CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, Óp. Cit., párr. 40.
[76] Ibidem, párr. 42.

muchas de ellas relacionadas a la falta de señalamiento claro y específico del nombre del personal médico que las elaboró, fechas y horas, lo que implicó que esta CNDH no pudiera conocer de forma integral la atención, cuidado y tratamiento que se le otorgo a V1 y V2, además del tramo de responsabilidad de cada personal médico que pudiera haber intervenido, lo que constituye una mala práctica que vulnera su derecho de acceso a la información en materia de salud.

108. Por lo que, ante la recurrencia del hecho violatorio de la deficiente integración del Expediente Clínico, la responsabilidad trasciende a las actuaciones individuales de los servidores públicos involucrados y genera responsabilidad institucional, por lo que, en el presente caso, esta CNDH acreditó que el IMSS es responsable institucionalmente al incumplir con sus obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar el derecho de acceso a la información en materia de salud en perjuicio de V1 y V2.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

109. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño por violaciones a derechos humanos, derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente; sin embargo, 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, prevé la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de

los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, siendo esta una labor que corresponde al Estado, en los términos establecidos en la Ley.

110. 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 fracciones I, II y VII, 65 inciso c), además fracciones VII y IX del artículo 74, 75 fracción IV, 88 fracción II y XXIII, 96, 97 fracción I, 106, 110 fracción IV, 111 fracción I, 112, 126 fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Victimas, y demás normatividad en la materia aplicable al caso en concreto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia y al acceso a la información en materia de salud de V1; a la protección de la vida y del interés superior de la niñez de V2, así como afectaciones de manera indirecta a VI1, VI2 y VI3 se deberá inscribirlas, conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que V1 y VI2 tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

i) Medidas de rehabilitación

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

113. De manera inmediata, se deberá brindar la atención médica y tanatológica V1, VI1 y VI3, así como la atención psicológica que en conjunto con VI2 requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para V1, VI2 y VI3, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad, de forma continua, mientras la necesiten y hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta para salvaguardar su derecho cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii) Medidas de compensación

114. Las medidas de compensación se encuentran establecidas en los artículos 27 fracción III, 64 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 sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la LGV.

115. Por ello, el IMSS colaborará en el trámite ante la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, V2, VI1, VI2 y VI3, 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 las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a su inmediata reparación integral del daño, que tome en consideración los gastos que VI2 haya erogado al proveer a V1, VI1 y VI3 que incluya la medida de compensación; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las Constancias con que se acredite su cumplimiento. Ello en atención al punto recomendatorio primero.

***iii*) Medidas de satisfacción**

116. En términos de lo dispuesto en 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.

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

***iv*) Medidas de no repetición**

118. Conforme a lo previsto en el artículo 27 fracción V y 74 fracciones IV y VIII de la LGV, estas medidas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, 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.

119. El IMSS deberá diseñar e impartir en un plazo de 6 meses, después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de capacitación dirigido al personal directivo, así como personal médico adscrito a los servicios de Urgencias Médico-Quirúrgicas, de Ginecología y Obstetricia, Tococirugía, Terapia Intensiva Neonatal en el HGZ 1, en el que estén presentes especialmente AR2 y AR3 que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud materna y reproductiva de las mujeres, b) Derecho de protección a la salud y vida de las niñas y niños recién nacidos, c) Conocimiento, manejo y observancia de las guías IMSS-028-08, IMSS-

632-13, la NOM-004-SSA3-2012 y el Reglamento de la LGS, enfocado especialmente en métodos de identificación de edad gestacional e identificación de riesgos relacionados con la prematurez de las niñas y niños recién nacidos, d) El análisis de las observaciones de esta Recomendación; este 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.

120. Dicho curso de capacitación será impartido por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

121. El IMSS, en un plazo no mayor de seis meses, deberá realizar las acciones necesarias para garantizar la presencia de personal médico radiólogo y personal técnico radiólogo especialmente para la toma de estudio de ultrasonido, en el HGZ 1 en todos los turnos en los que ese hospital brinde atención médica, en términos de la NOM-229-SSA1-2002, así como el suministro suficiente de papel tococardiógrafo, lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

122. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades, en su respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el 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.

123. 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, V2, VI1, VI2 y VI3 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 su inmediata reparación integral del daño, que tome en consideración los gastos que VI2 haya erogado al proveer a V1, VI1 y VI3, y que incluya la medida de compensación; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las Constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Brindar la atención médica y tanatológica a V1, VI1 y VI3, así como la atención psicológica que en conjunto con VI2 requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para V1, VI1 y VI3, con su consentimiento previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad, de forma continua, mientras la necesiten y hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se les deberá

dejar cita abierta para salvaguardar su derecho cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; debiendo remitir e esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir en un plazo de 6 meses, después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de capacitación dirigido al personal directivo, así como personal médico adscrito a los servicios de Urgencias Médico-Quirúrgicas, de Ginecología y Obstetricia, Tococirugía, Terapia Intensiva Neonatal en el HGZ 1, en el que estén presentes especialmente AR2 y AR3 que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud materna y reproductiva de las mujeres, b) Derecho de protección a la salud y vida de las niñas y niños recién nacidos, c) Conocimiento, manejo y observancia de las guías IMSS-028-08, IMSS-632-13, la NOM-004-SSA3-2012 y el Reglamento de la LGS, enfocado especialmente en métodos de identificación de edad gestacional e identificación de riesgos relacionados con la prematurez de las niñas y niños recién nacidos, d) El análisis de las observaciones de esta Recomendación; dicho curso de capacitación será impartido por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Realizará, en un término no mayor a seis meses, las acciones necesarias para garantizar la presencia de personal médico radiólogo y personal técnico radiólogo especialmente para la toma de estudio de ultrasonido, en el HGZ 1 en

todos los turnos en los que ese hospital brinde atención médica, en términos de la NOM-229-SSA1-2002, así como el suministro suficiente de papel tococardiógrafo, debiendo enviar a esta CNDH evidencia documental que incluya la plantilla actualizada del personal referido disponible en ese hospital.

QUINTA. 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.

124. 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.

125. 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.

126. 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.

127. 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