RECOMENDACIÓN NO. 216/2024.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V1; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE VI1 Y QVI Y AL PROYECTO DE VIDA VI1, QVI Y VI2 POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GINECOPEDIÁTRICO NÚMERO 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LOS MOCHIS, AHOME, SINALOA.

Ciudad de México, a 24 de septiembre de 2024

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

P R E S E N T E

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la CPEUM; 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/4/2023/13193/Q**, relacionado con la atención brindada a V1 en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá

su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la CPEUM, 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 Indirecta	VI1
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima	V1
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Semanas de Gestación	SDG
Carpeta de Investigación	CI
Queja Médica	QM
Expediente de Investigación Laboral 1	EA1

Expediente de Queja, Denuncia e Investigación del Órgano Interno de Control del IMSS	EA2

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/Organismo Autónomo
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa	CEDHS
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Agencia del Ministerio Público de la Federación, sede Los Mochis, Sinaloa, Equipo III de Investigación y Litigación B	AMP en Los Mochis
Fiscalia General de la República	FGR
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	OIC-IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Hospital Gineco-pediátrico Número 2 de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.	HGP No.2
Unidad de Medicina Familiar No. 33, dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Ahome, Sinaloa	UMF No. 33
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de GHP No.2	UCIN
Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente	Comisión Bipartita

Normatividad/Nombre	Siglas/ Acrónimo/ Abreviatura
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM/Constitución Federal
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Modelo de Atención a las Mujeres durante el embarazo, parto y puerperio	Modelo de Atención
Guía de Práctica Clínica IMSS-362-18 Cuidados del Recién Nacido Prematuro Sano Hospitalizado	GP IMSS-362-18
Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación	ILCOR
Guía de Práctica Clínica IMSS-137-08 Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido Prematuro	Guía de Práctica Clínica IMSS-137-08
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico
Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios 2660-003-008 del Instituto Mexicano del Seguro Social	Procedimiento para el tránsito 2660-003-008

I. HECHOS

5. El 2 de agosto de 2023, QVI presentó queja ante la CEDHS, la cual se remitió por razones de competencia a esta Comisión Nacional el 7 de agosto de esa anualidad, por presuntas violaciones a los derechos humanos cometidos en agravio de V1 atribuibles a personas servidoras públicas del HGP No. 2 del IMSS.

6. QVI indicó que VI1 cursaba con embarazo de 23.3 SDG y que el 14 de julio de 2023 acudió al HGP No.2 por presentar rompimiento de membranas, diagnóstico por el que el 18 de julio de esa anualidad, se le indujo el trabajo de parto dando a luz a V1. El personal médico tratante informó que V1 había nacido sin vida, por lo cual QVI gestionó los tramites funerarios y regresó al HGP No.2, en donde personal administrativo entregaron a uno de los familiares de QVI el cuerpo de V1 envuelto en una sábana y el certificado médico de muerte fetal, en el cual se indicó como motivo de fallecimiento “trabajo de parto prematuro extremo espontáneo”, siendo el firmante de dicho certificado AR1.

7. QVI señaló que al recibirlo lo colocó en un ataúd y lo llevó hasta su domicilio, a unos 80 kilómetros del HGP No.2, haciendo un tiempo aproximado de hora y media de camino, al llegar al domicilio se acercaron los abuelos paternos, quienes se percataron que V1 empezó a manotear e hizo leves quejidos de llanto.

8. Por lo que QVI lo llevó a la UMF No. 33, de ahí lo trasladaron en ambulancia al HGP No.2, en donde fue canalizado para recibir atención médica y permaneció internado por cinco meses.

9. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/4/2023/13193/Q**, para la investigación y documentación de las posibles violaciones a los derechos humanos. De igual manera, se solicitó diversa información al IMSS, se realizaron diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia del expediente clínico de VI1 y V1, con motivo de la atención médica que les fue brindada, entre otras documentales, cuya valoración lógica-jurídica, es objeto de análisis en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Pruebas” de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Oficio de la CEDHS de 3 de agosto de 2023, mediante la cual se remitió la queja de QVI, en la que señaló la inconformidad por la atención médica brindada a V1 en el HGP No.2.

11. Acta circunstanciada de 7 de agosto de 2023, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, donde se hizo la ratificación de la queja por QVI.

12. Acta circunstanciada de 7 de agosto de 2023, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, donde se le informó al Área de Atención de Quejas Urgentes del IMSS, sobre la queja interpuesta en este Organismo Nacional por QVI y se le solicitó brindara la atención y seguimiento médico a V1.

13. Correo electrónico de 8 de agosto de 2023, mediante el cual personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS, informó sobre la atención que se le estaba brindando a V1.

14. Correo electrónico de 10 de octubre de 2023, por el que personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS, informó que derivado de la queja se inició la investigación del EA1, asimismo, proporcionaron los datos de la CI que se aperturó en la FGR.

15. Correo electrónico de 16 de octubre de 2023, por medio del cual personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS, adjuntó informes sobre la atención médica brindada a VI1 y V1 y copia de expediente clínico generado en la HGP No. 2, del cual se destaca lo siguiente:

15.1 Informe clínico cronológico de la atención médica brindada a VI1 y V1 del 28 de septiembre de 2023.

15.2. Expediente clínico integrado en el HGP No.2, con motivo de la atención médica otorgada a V1, del que se destacó:

15.3. Hoja de ingreso de V1 a la UCIN[1] del 18 de julio de 2023 a las 20:30 horas, en donde se estableció su diagnóstico, los antecedentes heredofamiliares, gestacionales, perinatales, padecimientos actuales, así como el plan y análisis.

15.4. Nota de trabajo social médico del 18 de julio de 2023, en la cual se narró lo acontecido en el nacimiento de V1 hasta su reingresó al hospital.

15.5. Nota de estudio social médico del 18 de julio de 2023, en la cual se realizó la investigación de los factores sociales, económicos, y culturales de V1.

15.6. Expediente clínico integrado en el HGP No.2, con motivo de la atención médica otorgada a VI1, del que se destacó:

15.7. Nota de Ingreso de VI1 al Área de Urgencias de Tococirugía del HGP No.2, el 14 de julio de 2023, suscrita por PSP1, personal médico especialista en ginecoobstetricia, en la que estableció las valoraciones de continuidad del embarazo y la integración del feto y se solicitó el ingresó al área de hospitalización a cargo del servicio de Ginecología y Obstetricia.

[1] Unidad especial en el hospital para los bebés nacidos antes de término, muy prematuros o tienen alguna afección médica grave.

15.8. Nota de evolución matutina Jornada acumulada de VI1, de 16 de julio de 2023, en la que se traduce nuevamente parámetros fetales de baja viabilidad.[2]

15.9. Nota de evolución vespertina de 17 de julio de 2023, realizada por PSP3, personal médico ginecoobstetra del HGP No. 2, en donde valoró la resolución de embarazo vía parto vaginal, asimismo, indicó que VI1 y QVI recibieron informes sobre situación, plan y pronóstico por parte del personal médico responsable de la jefatura del servicio de Ginecología y Obstétrica.[3]

15.10. Hoja de vigilancia de atención del parto de VI1 de 17 del julio de 2023, en la cual PSP4 y AR1 personal médico adscrito al servicio Ginecología y Obstetricia describieron el inició conducción de trabajo de parto[4] y monitoreo estrecho de la condiciones maternas y fetales, mediante partograma.[5]

15.11. Nota de evolución de VI1 de 17 de julio de 2023, en la que PSP5 confirmó *"ruptura de membranas con salida de líquido amarillento, no fétido (...) adendum",* se continua conducción de trabajo de parto pretérmino *"por el momento sin urgencia quirúrgica*".

15.12. Nota post parto y revisión de cavidad de 18 de julio de 2023, en donde reportó AR1 las siguientes observaciones: *"producto de sexo masculino el cual nace sin presentar llanto ni movimientos, coloración violácea generalizada, sin*

[2] Se refieren a los indicadores clínicos que sugieren que un feto puede tener una baja probabilidad de sobrevivir fuera del útero, especialmente si nace prematuramente
[3] No existe otras opciones terapéuticas que ofrecerle y que, la posibilidad de sobrevida fuera del útero es remota, debido al estado de prematurez.
[4] (mediante la administración de oxitocina, un uterotónico que promueve las contracciones)
[5] (representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto durante cada hora)

datos de maceración en la piel, se ofrece contacto de V1 en pecho de VI1, durante 20 minutos".

15.13. Nota médica de valoración inicial de V1 de 18 de julio de 2023, firmada por AR3 y personal médico adscrito al servicio de UCIN, en la que indicó que otorgó a V1 pasos iniciales de reanimación por cinco minutos, informando a VI1 sobre la condición de V1 mismo que pone en su regazo, dando por concluida la atención médica.

15.14. Carta de consentimiento informado para la autorización del procedimiento o intervención anestésica, suscrita por AR2, personal médico adscrito al servicio de Anestesiología del HGP No. 2, en la que informó sobre la aplicación de la anestesia para reducir la intensidad del dolor durante la última fase del trabajo de parto, además, de no considerarse la relevancia al ser catalogado V1 como un producto no viable por su edad gestacional.

15.15. Opinión técnico-médica firmada por la Directora del HGP No. 2, en la cual informó que una vez que se declaró la defunción de V1, su cuerpo fue identificado por el personal de enfermería del servicio de Tococirugía en el momento de atención del paciente, además, a las 14:00, AR4 entregó el cuerpo a la hermana de VI1, mismo que se colocó en una caja que portaban y salieron del HGP No.2 a cumplir con el proceso funerario de V1.

16. Constancia de lesiones de la Cruz Roja Mexicana elaborada por PSP8, en la que se informó sobre la hora de llegada al hospital y los signos vitales de V1.

17. Oficio número 419/2023 de 16 de octubre de 2023, mediante el cual el AMP en Los Mochis informó sobre el estatus de la CI iniciada por QVI.

18. Correo electrónico de 4 de diciembre de 2023, en el cual personal del IMSS informó que se otorgó alta a V1 por mejoría clínica.

19. Acta circunstanciada de 4 de diciembre de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación telefónica con QVI, quien confirmó el alta médica de V1 por mejoría clínica

20. Correo electrónico de 24 de enero de 2024, en el que personal del IMSS informó sobre el inició de la investigación de la QM

21. Opinión Especializada en Materia de Medicina de 19 de abril de 2024, emitida por personal de esta Comisión Nacional, en la que se valoró la atención médica brindada a VI1 y V1 en el HGP No.2.

22. Acta circunstanciada de 14 de mayo de 2024, en la que personal de este Organismo Autónomo hizo constar la consulta en la AMP en Los Mochis de la CI.

23. Acta circunstanciada de 14 de mayo 2024, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar entrevista con QVI y VI1 en compañía de V1.

24. Correo electrónico de 16 de mayo de 2024, al que personal del IMSS adjuntó copia del acuerdo de 5 de abril de 2024, emitido por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS con relación a la QM, la que se concluyó como procedente desde el punto de vista médico.

25. Correo electrónico de 21 de junio de 2024, al que personal del IMSS informó que mediante el oficio 095217614D10/0839/2024 de 27 de mayo de 2024, la

Comisión Bipartita dio vista del caso al Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del OIC-IMSS.

26. Correo electrónico de 10 de septiembre de 2024, mediante el cual QVI realizó manifestaciones respecto a su proyecto de vida y el de VI1 y VI2.

27. Oficio 00641/30.102/01106/2024 del 5 de septiembre de 2024, mediante el cual personal del OIC-IMSS informó la apertura del EA2 iniciado con motivo de la atención médica brindada a Vi1 y V1 en el HGZMF-16.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

28. El 4 de agosto de 2023, QVI inició la CI en la AMPF en Los Mochis por el delito de Responsabilidad Profesional, en contra de quien resulte responsable por la atención inadecuada que se brindó a V1, la cual se encuentra en investigación.

29. Esta Comisión Nacional, cuenta con la evidencia de que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente determinó el 5 de abril de 2024, como procedente desde el punto de vista médico, la QM interpuesta por QVI.

30. El 5 de septiembre de 2024, el IMSS informó que, en cumplimiento al acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, el 3 de junio de 2024 se dio vista del caso al Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Órgano Interno de Control en donde se inició el EA2, mismo que se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

31. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2023/13193/Q,** en términos del artículo 41 y 42 de la Ley de este Organismo Autónomo, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por este Organismo Nacional 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, al interés superior de la niñez en agravio de V1, al acceso a la información en materia de salud VI1 y QVI y al proyecto de vida de VI1, QVI y VI2, por las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

32. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel [6] el artículo 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo por su parte la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

[6] CNDH. Recomendaciones 15/2024, párr. 19; 13/2024, párr. 47; 10/2024, párr. 22; 8/2024, párr. 32; 6/2024, párr. 30; 5/2024, párr. 29; 1/2024, párr. 32; 156/2023, párr. 22; 154/2023, párr. 33; 152/2023, párr. 24; 148/2023, párr. 29; 92/2022, párr. 18; 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 5/2021, párr. 21 y 52/2020, párr. 42.

33. Los Principios de París previenen las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, dentro de las que contemplan "(…) formular recomendaciones a las autoridades competentes (…)"[7]

34. El párrafo 1º del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: *"(…) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (…) la salud y en especial (…) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (…)".*

35. En la Recomendación General 15 "Sobre el derecho a la protección de la salud", Esta Comisión Nacional señaló que:

> *"(…) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.*[8]

36. La SCJN[9] ha expuesto como parte del estándar de protección del Derecho Humano a la Salud, reconocido en los artículos 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 24 de la

[7] Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las Instituciones Nacionales de Protección y Promoción de los Derechos Humanos "Principios de París".
[8] Recomendación General 15, "Sobre el derecho a la protección de la Salud", publicada el 23 de abril de 2009, párr. 24.
[9] SCJN. "DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE". Tesis 2022890. Localización: [TA]; 10a. Época; 1a. Sala; Seminario Judicial de la Federación; 1a. XIII/2021 (10a.). Publicación: Viernes 26 de Marzo de 2021.

Convención sobre los Derechos del Niño, que las autoridades del Estado se encuentran directamente obligadas a garantizar el Derecho a la Salud, brindando la asistencia médica y tratamiento de forma oportuna, permanente y constante.

37. En el presente asunto, debe considerarse el Objetivo tercero de la Agenda 2030, denominada Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, consistente en *"Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades."* [10]

38. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM 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[11].

39. El Estado Mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, "[…] *de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover,*

[10] La CNDH y La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.pdf, publicada el 3 noviembre 2019.
[11] 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.

mantener y restablecer la salud de la población"[12]. Por lo que, "[t]*odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*"[13].

40. Para mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V1, en el HGP No.2.

A.1 VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD V1

A.1.1. Antecedentes Prenatales de V1

41. V1 fue producto de la cuarta gestación de VI1 quien contaba con 39 años de edad, sin antecedentes de patologías previas, gineco obstétricos: multigesta, una cesárea en 2009 (por falta de progresión del trabajo de parto), posteriormente bajo tratamiento de fertilidad, con terapia in vitro de la cual se derivaron tres embarazos, dos abortos previos y el del motivo de la queja, a razón de 05 consultas prenatales, a partir del primer trimestre y 5 ultrasonidos obstétricos reportados como normales, consumo de ácido fólico y multivitamínicos.

[12] Tesis Constitucional. "*Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute*"; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683.
[13] ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrafo 1.

A.1.2. Antecedentes Perinatales de V1

42. V1 nació en el HGP No.2, el 18 de julio de 2023, a las 09:37 horas, vía cesárea, a las 23.6 SDG, con frecuencia cardíaca de cero latidos[14], sin esfuerzo respiratorio[15] (...) sin gesticulaciones ni movimientos, con un peso de 750 gramos, talla de 35 centímetros, sexo masculino, sin tono, prematuro extremo inmaduro[16], piel lisa y fina, cianótico[17], cráneo con cefalohematoma[18], parpados fusionados[19], paladar integro, pabellones auriculares con adecuada implantación, el tórax sin movimientos respiratorios, sin murmullo audible, sin frecuencia cardíaca, genitales masculinos con bolsas escrotales lisas, vacías, meato central, extremidades flácidas hipotróficas, sin pulsos palpables.

A.2. Atención médica brindada a VI1 y V1 el 14 de julio de 2023, en el Servicio de Urgencias de Tococirugía del HGP No.2.

43. El 14 de julio de 2023, VI1 acudió al área de urgencias de Tococirugía del HGP No.2. dependiente del IMSS, en donde fue atendida por la PSP1, quien la valoró por presentar sangrado transvaginal, le realizó una exploración física en la que informó que estaba comprometida la continuidad del embarazo y la integridad de V1 por el riesgo de ruptura de membrana e infección.

[14] La frecuencia cardiaca es el número de veces que se contrae el corazón durante un minuto.
[15] Cualquier consumo de energía por parte de los músculos respiratorios con el propósito de conducir la respiración.
[16] Nació antes de las 28 semanas de embarazo.
[17] Coloración azulada de la piel debida a una oxigenación insuficiente de la sangre.
[18] Acumulación de sangre que ocurre entre el cráneo y el cuero cabelludo de los recién nacidos.
[19] Es una anomalía congénita caracterizada por la adhesión parcial de los párpados superiores e inferiores.

44. Por lo cual, PSP1 realizó rastreo ultrasonográfico que reportó al producto "*activo, frecuencia cardíaca fetal 155 latidos por minuto, índice de líquido amniótico normal, placenta normo inserta. Fetometría*[20] *para 24.2 semanas, peso de 717 gr*.", así, tomando en cuenta todos los datos referidos, diagnosticó "embarazo de 23.3 SDG" (amenaza de parto inmaduro) y solicitó su ingreso al área de hospitalización a cargo del Servicio de Ginecología y Obstetricia para preservar el embarazo el mayor tiempo posible.

A.3. Atención médica brindada a VI1 y V1, del 14 al 17 de julio de 2023, hospitalizada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGP No.2.

45. Así, VI1 fue ingresada al área de hospitalización, donde debido al reporte de leucocitosis[21], bacteriuria[22] y sangrado transvaginal; PSP2 instruyó el inicio antibioticoterapia por el diagnóstico de infección de vías urinarias, así como esquema de maduración pulmonar, este último, siendo un tratamiento a base de esteroides (dexametasona por 4 dosis), que ayudan a los recién nacidos inmaduros para acelerar el desarrollo funcional a nivel respiratorio, para una ventilación adecuada al momento de nacer.

46. Además, se comenzó la administración tratamiento tocolítico[23] a base de indometacina, con la finalidad de reducir la tensión de la membrana amniótica expuesta, ante el alto riesgo de ruptura prematura de membranas. Tomando en

[20] Medición del perímetro del abdomen fetal.
[21] Recuento alto de glóbulos blancos (leucocitos) en sangre
[22] Indicador de infección del tracto urinario
[23] Es una intervención médica utilizada para retrasar el parto prematuro. Los medicamentos tocolíticos ayudan a reducir o detener las contracciones uterinas, con el objetivo de prolongar el embarazo y permitir que el feto tenga más tiempo para desarrollarse dentro del útero, especialmente sus pulmones.

cuenta que, debido a la presencia de sangrado transvaginal a su ingreso, no se encontró indicada la colocación de cerclaje de emergencia.

47. VI1 permaneció hospitalizada con reposo absoluto y manejo expectante, con la finalidad de evitar la progresión del mecanismo de parto; sin embargo, el 17 de julio de 2023, mediante ultrasonido de control se reportó la disminución del líquido amniótico[24] de forma severa acompañado de salida de líquido amarillo claro por la vagina, siendo esto un indicativo de la ruptura prematura de membranas dentro de la cavidad uterina, convirtiéndola en un ambiente hostil para el embarazo, por lo que fue necesario el nacimiento de V1.

48. Es así como, PSP3 indicó valorar la resolución de embarazo, vía parto vaginal, informando de esta situación a VI1 y a sus familiares, por lo que se continuó con vigilancia estrecha, tomando en cuenta que VI1 cursaba con un embarazo de 23.6 semanas de gestación y no existían otras opciones terapéuticas que ofrecerle a V1 y que, la posibilidad de sobrevida fuera del útero era remota, debido al estado de prematurez.

49. Por lo que, a las 18:10 horas de 17 de julio de 2023, se inició conducción de trabajo de parto mediante la administración de oxitocina[25], un uterotónico[26] y monitoreo estrecho de la condiciones maternas y fetales, mediante partograma[27] vigilancia y atención por PSP4 y PSP5.

[24] Líquido encerrado en el amnios, cuya composición está en relación con la maduración y estado del feto.
[25] Se usa para empezar o mejorar las contracciones durante el parto
[26] Son fármacos que modulan la fuerza de la contracción uterina
[27] Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto durante cada hora

50. Sin embargo, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se estableció que en el expediente proporcionado por el IMSS no se cuenta con referencia por parte del personal médico donde se solicitara al servicio de Pediatría la valoración de los antecedentes y condición del producto de la gestación de VI1, previendo de esta forma los requerimientos de atención necesarios posterior a su nacimiento, por lo que, el personal del servicio de Ginecología y Obstetricia inobservó lo establecido en el artículo 32[28] de la LGS, artículo 7[29] y 9[30] del Reglamento de la Ley General de Salud, artículo 7[31] y 8[32] del RPM IMSS.

51. Durante la conducción del trabajo de parto se reportó en las primeras 05 horas, la frecuencia cardíaca fetal con parámetros normales de 150 a 159 latidos por minuto (de 17:30 a 21:30 horas); sin embargo, durante el turno nocturno PSP5 refirió en su nota de evolución "al tacto vaginal con cérvix dilatado 5 cm, 70% de

[28] Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger promover y restaurar su salud

[29] Para los efectos de este Reglamento se entiende por: I.- ATENCIÓN MÉDICA. El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (...)

[30] "La atención medica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica".

[31] Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jamada de laboras

[32] El personal de salud a que hace alusión al artículo anterior deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes. Para tal efecto, cumplirá con lo dispuesto en la Ley y en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, así como en la normatividad y procedimientos institucionales en la materia y fundamentado en la **Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-362-18 Cuidados del Recién Nacido Prematuro Sano Hospitalizado** "El recién nacido prematuro requiere de una serie de procedimientos y cuidados rutinarios en el periodo Inmediato al nacimiento, aunados a una valoración cuidadosa de su estado general que facilite la aplicación individualizada de los cuidados médicos y de enfermería como lo son el tipo y técnica de alimentación . control térmico, vigilancia de su condición metabólica y respiratoria, así como su estado neurológico. La Sistematización de estas acciones permitirá identificar y dar tratamiento oportuno e las complicaciones que pudieran presentarse", De este modo, repercutiendo en la oferta de **servicios especializados** de **forma oportuna,** para contar con el acceso al área e intervenciones especializadas de forma prioritaria para el manejo del estado clínico del recién nacido.

borramiento, maniobras de tarnier y valsaba positivas” [33], además manifestó que VI1 no permitió la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal y se respetó su negativa.

52. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que, no existe evidencia en el expediente clínico referente a la razón de la negativa de VI1, y si esta, se encontró relacionada a que, el producto de la gestación no era viable por su edad gestacional y peso.[34] Así, se respetó la decisión de VI1, situación de relevancia, ya que ejerció su derecho a la toma de decisiones sobre su padecimiento y tratamiento como lo establece el artículo 51 Bis 2 de la LGS.[35]

53. Debido a lo anterior, no se cuenta en el expediente médico con información relacionada al estado clínico de V1 producto de la gestación de VI1,[36] por lo que, se desconoce sí durante esas últimas 12 horas V1 tuvo alteraciones del ritmo cardíaco (elevaciones o descensos) o si se dejaron de percibir movimientos fetales, parámetros que indican sufrimiento fetal siendo este un trastorno causado por una variación de los intercambios en la circulación sanguínea de la madre y el producto, que ocasiona la disminución rápida del oxígeno en sangre provocando lesiones en los diversos órganos y puede producir la muerte en el producto.

[33] Ambos signos confirman ruptura de membranas, con salida de líquido amarillento, no fétido (...) adendum.
[34] (23.6 semanas de gestación y 673 gramos) siendo considerado como límite de viabilidad para México: 25 semanas de gestación y 700 gramos).
[35] Artículo 51 Bis 2.- los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario dejando constancia en el expediente clínico”
[36] (como frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales) de las 21:30 horas del 17 de julio de 2023 hasta su nacimiento a las 09:37 horas del 18 de julio del 2023.

A.3. Atención médica brindada a VI1 y V1, el 18 de julio de 2023, trabajo de parto atendido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGP No.2.

54. Al progresar el trabajo de parto, AR1 solicitó anestesia obstétrica, por lo que, previa firma de consentimiento informado AR2 aplicó a VI1 anestesia peridural a base de lidocaína, epinefrina y bupivacaina[37].

55. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que, si bien el medicamento aplicado a VI1 es una técnica para el manejo del dolor recomendada para minimizar el impacto durante el parto de un producto no viable, se debe de considerar que la administración de estos fármacos ha llegado a reportar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, tales como bradicardia fetal[38] posterior al inicio de la analgesia, deceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal, con una mayor frecuencia de aparición de deceleraciones tardías o variables[39] que tienden a autolimitarse con medidas de reanimación neonatal estándar (iniciales), además de valores de Apgar[40] más bajos y una mayor frecuencia de ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales a diferencia del resto de la población de recién nacidos.

56. En el caso particular, la administración de dicha terapéutica (anestesia peridural) aumentó significativamente el riesgo de estos efectos adversos debido al estado de

[37] Anestésicos locales administrados para reducir la intensidad del dolor durante la última fase del trabajo de parto
[38] disminución del latido cardiaco
[39] alteraciones del latido cardiaco
[40] valora la vitalidad y estado de alerta en los recién nacidos

prematurez extremo de V1, sin que se considerara de relevancia al ser catalogado como un producto no viable.

57. Así, a las 09:37 horas, del 18 de julio de 2023, por trabajo de parto se obtuvo recién nacido masculino; sin embargo, al no contar con médico neonatólogo en el área de Tococirugía, acudió al llamado AR3, quien refirió que, a su ingreso a la sala de expulsión, le fue comentado que V1 *"fue considerado producto prematuro extremo no viable, desconociendo antecedentes maternos"* y agregó *"a mi llegada al servicio de tococirugía para brindar atención al paciente (. ..) se encuentra (. ..) en manos del ginecólogo desconociendo momento de expulsión; se observa producto no vigoroso, sin esfuerzo respiratorio, con cianosis generalizada, se pinza cordón umbilical; se lleva a cuna de calor radiante, se otorgan pasos iniciales de reanimación neonatal".*

58. Lo que se traduce en que, al nacimiento no se observaron signos de vitalidad franca (movimientos de extremidades, tono muscular, llanto y respiración espontánea o esfuerzo respiratorio), por lo que, se realizó el pinzamiento del cordón umbilical hasta que AR3 ingresó a la sala de expulsión, acción que favoreció el aporte de sangre y oxígeno de VI1 a V1 durante ese tiempo, y al ver el estado clínico de V1 (ausencia de signos de vitalidad), inició maniobras de reanimación.

59. Por lo anterior, el personal médico especializado de esta Comisión Nacional consideró que el trabajo de parto no se presentó de manera fortuita al personal médico, ya que debido a las 23 semanas de gestación de V1, la probabilidad de parto pretérmino inmaduro fue considerada desde su ingreso al área de Hospitalización, el 14 de julio de 2023 y la conducción del trabajo de parto, se inició

posterior a que se estableció el diagnóstico de oligohidramnios severo [41], el 17 de julio de 2023 a las 14 horas, es decir 19 horas previas a la hora de nacimiento de V1.

60. Por lo que, el personal médico de Ginecobstetricia del área de Tococirugía de HGP No.2 fue omiso al no solicitar previamente la presencia de personal del servicio de Pediatría ante el estado de inmadurez de V1 producto de la gestación de VI1.

61. Aunado a que, el personal administrativo del HGP No.2, inobservó el deber de contar con personal especializado para la atención de V1 en el área de Tococirugía, área de atención prioritaria en un hospital materno-infantil, espacio físico destinado al cuidado del binomio madre-hijo, en concordancia con lo establecido en la LGS, el Reglamento de la Ley General de Salud, con el RPM IMSS, así como con la NOM-007-SSA2-2016.[42]

62. Por lo que hace, a la intervención de AR3 al ingreso a la sala de expulsión, se desconoce el tiempo que paso desde el nacimiento de V1 hasta su llegada y, por consiguiente, para el inicio de las maniobras de reanimación. No obstante, al ver el estado clínico de V1 (sin signos de vitalidad), AR3 administró el apoyo cardio respiratorio sin dilación, durante el cual documentó "*auscultando frecuencia cardíaca de cero latidos, sin esfuerzo respiratorio (...) sin gesticulaciones ni movimientos, por lo que se procede a realizar ligadura del cordón umbilical y*

[41] poco líquido dentro del útero
[42] 5.9 Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento.
5.9.1 En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo que se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica se segundo o tercer nivel de atención o personal especializado

somatometría con un peso de 750 gramos, talla de 35 centímetros, sexo masculino, *se otorgan 23.6 semanas de gestación (sin mencionar método de cálculo de edad gestacional, datos que coinciden con lo reportado en el último ultrasonido realizado el 15 de julio de 2023 , continuando con las mismas condiciones a los 05 minutos, a la exploración física (...) sin tono, prematuro extremo inmaduro, piel lisa y fina, cianótico, cráneo con cefalohematoma, parpados fusionados, paladar integro, pabellones auriculares con adecuada implantación, el tórax sin movimientos respiratorios, sin murmullo audible, sin frecuencia cardíaca, genitales masculinos con bolsas escrotales lisas, vacías, meato central, extremidades flácidas hipotróficas, sin pulsos palpables".*

63. AR3 documentó la auscultación del tórax, la ausencia de latido cardíaco de V1 y signos francos de vitalidad al primer minuto y a los cinco minutos de su intervención, también refirió datos clínicos característicos de la edad gestacional (prematurez) de V1, tales como parpados fusionados[43] y la falta de descenso testicular a las bolsas escrotales.[44]

64. El personal médico especializado de esta Comisión Nacional indicó que el ILCOR, el Consejo Europeo de Reanimación y la Guía de Práctica Clínica IMSS-137-08 recomiendan la administración de estas maniobras (de reanimación neonatal) de 10 hasta 20 minutos, aproximadamente, las cuales dependerán de diversos factores, como la existencia de patología fetal previa, circunstancias perinatales y edad gestacional, por lo que se puede reducir este periodo de tiempo a consideración del médico y solicitud de los padres.

[43] Sin estar separados en superior ni inferior
[44] Ausencia de testículos en escroto

65. Así mismo, la GRN-SENeo de 2021, establece como recomendación la edad mínima de 24 semanas de gestación para realizar una intervención activa en el trabajo de parto inmaduro, entendiéndose por esta, todas las medidas de apoyo para favorecer la transición a la vida posnatal, mientras que para las gestaciones por debajo de las 24 semanas se sugiere la oferta de cuidados paliativos, la cual es una forma de atención clínica diseñada para anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los fetos y recién nacidos particularmente vulnerables, con condiciones amenazantes para la vida y una muy baja sobrevida a esa edad gestacional, siendo decisión del equipo médico y la familia, proporcionar o no una actuación activa al recién nacido.

66. AR3 proporcionó las maniobras de reanimación indicadas para la condición del recién nacido; sin embargo, al no contar con respuesta favorable (continuando con ausencia de signos de vitalidad) indicó en su nota "*se comenta a la madre las condiciones del paciente con posterior colocación de este sobre su regazo para favorecer contacto físico, observando que en ese momento no presenta ningún movimiento o signo de vida y posteriormente regreso a mi servicio asignado (. ..) permaneciendo un aproximado de 15 a 20 minutos en área de tococirugía".*[45]

67. De conformidad con el artículo 138 Bis 8 del Reglamento de la Ley General de Salud establece que *"Es responsabilidad del médico tratante y del equipo multidisciplinario identificar, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el usuario refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de estos. Indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas, con apego a los principios científicos y éticos que*

[45] Nota médica informativa del manejo del recién nacido de 18 de enero de 2024.

orientan la práctica médica, sin incurrir en ningún momento en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica ni que tengan como finalidad terminar con la vida del paciente".

68. Así como en el Modelo de Atención puntualiza el enfoque humanizado, intercultural y seguro "*En los resultados del estudio se señala que lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto intimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor".*

69. Por lo que, al informar a VI1, sobre la condición de V1 y promover el contacto físico con el mismo, haciendo notar la estancia de la facultativa en la sala de expulsión, el 18 de julio de 2023 fue de 20 minutos, tiempo en el que, de acuerdo con la nota de atención inicial a V1, no se reportó cambios en su estado clínico.

70. De igual forma, PSP6 refirió "*ingresa paciente a sala de expulsión, expulsa paciente masculino 9:37 hrs sin signos vitales, con talla de 35 cm, peso de 750 grs, se hace revisión de cavidad, egresa de sala al área de recuperación 10:05 hrs*", en la cual nuevamente se documentó la ausencia de signos de vitalidad franca en V1, durante los 28 minutos (de 9:37 a 10:05 horas) en los que VI1 se encontró en sala de expulsión.

71. En consecuencia, AR1 realizó el certificado de muerte perinatal, estableciendo como causa de muerte de V1, "*trabajo de parto prematuro extremo espontaneo*", siendo esta la principal causa de muerte en los recién nacidos de menos de 24

semanas de gestación por el estado de prematurez extrema, derivado del limitado desarrollo del sistema nervioso, respiratorio e inmunológico.

72. Considerando lo antes expuesto destaca que, el personal médico del servicio de Ginecobstetricia del área de Tococirugía y administrativo del HGP No.2, inobservó lo estipulado en la LGS, el Reglamento de la Ley General de Salud, el RPM IMSS, así como con la NOM-007-SSA2-2016, al no solicitar previo al nacimiento de V1 apoyo al servicio de Pediatría durante la atención del parto, de un producto de 23.6 semanas de gestación, ni contar con personal de la especialidad de Pediatría en el área de Tococirugía; aunque la posibilidad de sobrevida de V1 era remota, debido a que nació sin signos francos de vitalidad, condición que persistió a pesar de que se aplicaron maniobras de reanimación neonatal.

73. Razones por las que V1 no recibió la atención médica especializada su estado de prematurez extrema y se declaró su fallecimiento sin que el personal médico del HGP No.2 agotara los medios para brindarle la atención que necesitaba, esto como consecuencia de que a VI1 le administraron fármacos para el manejo del dolor recomendados para minimizar el impacto durante el parto, los cuales han llegado a reportar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, lo que aumenta significativamente el riesgo de efectos adversos debido al estado de prematurez extremo, sin que se considerara de relevancia al ser catalogado V1 como un producto no viable por su edad gestacional.

74. Así mismo, obra en el expediente clínico un documento denominado opinión técnico-médica firmada por la Directora del HGP No.2, mediante el cual informó que "*una vez que se declaró la defunción de [V1], su cuerpo fue identificado por el*

personal de enfermería asignado al área de Tococirugía en el momento de atención del paciente (18 de julio de 2023, turno matutino)". La entrega del cuerpo de V1 fue realizada por AR4, cuatro horas posteriores a su nacimiento. El cuerpo de V1 fue entregado a la hermana de VI1, a las 14:00 horas. Por lo que colocaron a V1 en la caja que portaban y salieron del hospital a cumplir con el proceso funerario.

75. Al respecto se comenta, que el expediente clínico proporcionado por el HGP No. 2, no cuenta con el formato de "*tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas*", donde se registra el tránsito y entrega del cuerpo del paciente al familiar o personal legalmente responsable; por lo que se desconoce la ubicación de V1 durante esas 04 horas dentro del nosocomio, así como la razón por la cual se entregó su cuerpo a su tía, para después colocarlo en una caja, incumpliendo el Procedimiento para el tránsito 2660-003-008.

76. El cumplimiento adecuado de las normativas y protocolos relacionados con el tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas es fundamental para garantizar el respeto a los derechos humanos, la dignidad de los fallecidos y el funcionamiento ético y legal de las instituciones médicas.

77. Ahora bien, en el expediente médico proporcionado a este Organismo Nacional no obra el registro de entrega ni hora de salida del hospital del cuerpo de V1, por lo anterior, no se cuenta con elementos técnicos médicos para establecer la ubicación y condiciones de V1 durante las últimas 04 horas dentro del HGP No. 2, así como la razón por la que su cuerpo fue trasladado fuera de las instalaciones por sus familiares y no por una empresa prestadora de servicios funerarios.

78. Ante la falta de documentación referida, se tiene que QVI, se retiró de las instalaciones aproximadamente a las 14:45 horas; con V1 cubierto por una sabana dentro de un ataúd y lo trasladó en la parte trasera de su automóvil al ejido Mártires de Sinaloa Nuevo, Ahome, Sinaloa, que está a una distancia de los Mochis de aproximadamente 80 kilómetros, *"con trecho de camino de terracería, haciendo un tiempo aproximado de una hora y media"*.

79. Por lo que al llegar QVI a su domicilio, estaban sus padres, quienes al acercarse a verlo y abrir el pequeño ataúd, V1 comenzó a manotear y se le escuchaba quejidos[46] muy bajos, como llanto, situación que fue sorpresiva para todos los presentes en el lugar.

80. Por lo que acudieron de inmediato a UMF No. 33, en donde V1 fue atendido por PSP7, quien refirió que observó parámetros normales para un recién nacido prematuro; sin embargo, al conocer sus antecedentes y observar datos de dificultad respiratoria (quejido), fue colocado en fuente de calor con casco cefálico y oxígeno suplementario.

81. Al no contar con servicio de traslado, solicitó apoyo a personal de la Cruz Roja Mexicana que acudió al llamado, donde PSP8 refirió en su reporte, que atendió a V1 en las instalaciones de la UMF No. 33, el 18 de julio de 2023 a las 16:46 horas se decidió su traslado urgente en ambulancia a las instalaciones del HGP No.2, refiriendo la *"hora de llegada al hospital: 17:32 horas".*

82. Al estar V1 en el área de Urgencias del HGP No.2, fue valorado por PSP9, quien estableció como diagnóstico *"recién nacido inmaduro de 23.6 semanas de*

[46] Voz lastimosa, motivada por un dolor o pena que aflige y atormenta.

gestación+ síndrome de dificultad respiratoria" este último, siendo una enfermedad debido a la inmadurez pulmonar de V1, que se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento, por lo que, PSP9 indicó el traslado de V1 a la UCIN[47], para que recibiera un tratamiento especializado por encontrase muy grave y potencialmente complicado, con un pronóstico malo para la vida[48] y para la función[49].

83. Es así como V1 ingresó a la UCIN, el 18 de julio de 2023, y fue conectado a ventilación mecánica por PSP10, quien refirió que se tenía a un *"recién nacido pretérmino de 23.6 semanas de gestación / peso adecuado para edad gestacional / hijo de madre con corioamnionitis[50] / síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido / sospecha de sepsis neonatal temprana[51]"*.

84. De este modo, V1 continuó a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales durante los siguientes 136 días (cinco meses) periodo comprendido del 18 de julio al 01 de diciembre de 2023, día en el que fue egresado de las instalaciones por mejoría clínica.

85. Sin embargo, lo indicado por especialistas de esta Comisión Nacional es que debido a la corta edad de V1 no se puede limitar el análisis del impacto físico de los

[47] Unidad especial en el hospital para los bebés nacidos antes de término, muy prematuros o tienen alguna afección médica grave.
[48] Indica que, según la evaluación médica, hay pocas probabilidades de que el paciente sobreviva a la enfermedad o a la condición médica que enfrenta.
[49] Esto se refiere a la evaluación de las capacidades del paciente para mantener o recuperar funciones físicas, cognitivas o sensoriales.
[50] Es una condición médica que se refiere a la inflamación de las membranas fetales (corion y amnios) y del líquido amniótico durante el embarazo.
[51] Es una infección sistémica que ocurre en los recién nacidos durante las primeras 72 horas de vida. Se trata de una condición médica grave que requiere atención inmediata y tratamiento adecuado.

antecedentes documentados, ya que, el desarrollo funcional del sistema nervioso central no se encuentra totalmente organizado, lo que hace que los signos clínicos del daño sean inespecíficos o incluso inexistentes, en cierta etapa y los hace evidentes en otro momento en el desarrollo de V1.

86. No se omite señalar que, el personal médico del HGP No. 2, inobservó la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, debido a ausencia de los reportes de estudios de gabinete y diagnóstico, notas de interconsulta de los servicios que intervinieron en el manejo de V1, datos completos de la institución y médicos en las notas médicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

B. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

87. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se debe señalar la falta del formato de depósito y entrega de cadáveres como se establece en Procedimiento para el tránsito 2660-003-008, por lo que QVI y VI1 no tuvieron acceso a la información y sobre lo que sucedió con V1 durante las 4 horas posteriores a que se declarara su defunción, ya que no existe en el expediente médico el registro en cita correspondiente con la información de cada servidor público que intervino durante su traslado dentro de las instalaciones del HGP No. 2, situación que vulnera el derecho de QVI y VI1 a conocer la verdad.

88. Se vulneró el derecho a la información de QVI y VI1 respecto al diagnóstico de V1, ya que desde el ingreso de VI1 su embarazo fue catalogado como un embarazo no viable lo que limitó sus expectativas sobre el nacimiento y sobrevivencia de V1, así como la atención y tratamientos que V1 debía recibir al nacer y los especialistas que debieron atenderlo.

89. De conformidad con la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se observó que a VI1 no se le proporcionó la información de los efectos secundarios que la aplicación de la anestesia peridural a base de lidocaína, epinefrina y bupivacaina[52], que si bien es una técnica para el manejo del dolor recomendada para minimizar el impacto durante el parto de un producto no viable, el personal médico tratante no consideró que la administración de estos fármacos ha llegado a reportar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal tales como bradicardia[53] fetal posterior al inicio de la analgesia y lo que esta podía provocar en V1, lo que aumentó significativamente el riesgo de estos efecto adversos debido al estado de prematurez extremo, sin que se considerara de relevancia al ser catalogado como un producto no viable; sin embargo, no se puede indicar con certeza, si V1 presentó estas alteraciones cardiacas previo a su nacimiento, ya que VI1 no permitió la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, doce horas antes de su nacimiento.

90. Se advirtió que personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGP No. 2, incurrieron en inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, debido a ausencia de los reportes de estudios de gabinete y diagnóstico, notas de interconsulta de los servicios que intervinieron en el manejo de V1, datos completos de la institución y médicos en las notas médicas, por lo que no cumplen con lo dispuesto por ésta y con los numerales 4.9, 5.10, 6.1.1, 6.1.2, 6.2, 9, 9.1, 9.1.4 y 9.1.5.

[52] Anestésicos locales administrados para reducir la intensidad del dolor durante la última fase del trabajo de parto
[53] Disminución del latido cardiaco

91. El artículo 6º, párrafo segundo, de la CPEUM reconoce el derecho al libre acceso a la información[54].

92. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, pág. 40 párrafo 27, consideró que *"(…) el derecho 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[55]."*

93. 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.*

94. La NOM-004-SSA3-2012, 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, magneto-ópticos (…), mediante los cuales se hace constar (…) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el*

[54] Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión.
[55] CNDH. *"Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud"*, 31 de enero de 2017.

estado de salud del paciente; además de (…) datos acerca del bienestar físico, mental y social (…).[56]

95. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que *"la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad"*[57].

96. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. 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.[58]

[56] Introducción, párrafo segundo.
[57] CNDH. Recomendación General 29/2017.
[58] CNDH, párrafo 34.

C. VULNERACIÓN DEL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V1.

97. Este principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo noveno de la CPEUM, que prevé que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

98. El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, madres, personas tutoras, autoridades y personas servidoras públicas que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

99. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales, en ese sentido, en el artículo 3.1 establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

100. En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que “Todo niño tiene derecho, (…), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”.

101. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, niñas y adolescentes, al resolver que: "(…) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (…), su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (…)".

102. El artículo 6, fracciones I, VI y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece entre otros, como principios rectores en la protección de sus derechos el interés superior de la niñez, el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; y la corresponsabilidad de los miembros de la familia, estado y sociedad.

103. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que las niñas y los niños que sufren enfermedades se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque por su capacidad disminuida para expresar con claridad la sintomatología que presentan, para protegerse de los padecimientos que contraen o para hacer frente a las consecuencias negativas de los mismos, ocasiona que tales padecimientos puedan originar mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad[59].

104. Con base en lo anterior, AR1, AR2 y R3, personal médico adscrito al HGP No. 2, al momento de brindarle a V1 atención médica, debieron tener en cuenta su condición de vulnerabilidad, al ser producto de un embarazo prematuro, por lo que estaban obligadas a otorgar dicha atención de manera eficiente y bajo los lineamientos que indica el procedimiento para tal efecto; contrario a ello, al no contar

[59] CNDH. Recomendación: 195/2022, párr. 70.

con asistencia médica especializada durante las primeras horas de vida extrauterina de V1, puede presentar alteraciones derivadas de la privación de oxígeno por la depleción de las funciones vitales, las cuales se expresan mediante hemorragias cerebrales[60], leucomalacia periventricular[61], déficit motor de tipo espástico[62], desde cuadriparesia y hemiparesia, hasta déficit intelectual; sin embargo, estas condiciones no fueron documentadas en V1 durante su hospitalización del 18 de julio al 01 de diciembre de 2023, en el HGP No.2.

105. En razón de lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4 transgredieron los derechos humanos de V1, a la protección de la salud previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 4°, párrafos cuarto y noveno Constitucionales; 6°, fracciones I, VI y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, XI y 51 párrafo primero, de la LGS, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en las que se encuentren relacionados niños, niñas o adolescentes se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

[60] Periventriculares
[61] Daño o muerte del tejido cerebral
[62] Músculos del cuerpo rígidos que limitan la movilidad

D. AFECTACIÓN AL PROYECTO DE VIDA

106. De acuerdo con la CrIDH, el proyecto de vida "se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad."[63] En ese sentido, es a través de la libertad de elección, que la persona le da sentido a su existencia, considerando sus aptitudes, circunstancias, aspiraciones, el fijarse metas y poder acceder a ellas.

107. No obstante, cuando un hecho violatorio de derechos humanos interrumpe o impide las posibilidades de desarrollo o cambia el curso de la vida de una persona, en ocasiones en forma irreparable, se daña su proyecto de vida, debido a que estos hechos "*cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito.*"[64]

108. Por ello, es deber del Estado no sólo de reconocer el daño causado al proyecto de vida de una persona, sino que, en la medida de lo posible, repararlo, a través de los medios adecuados para ello, a fin de que la víctima tenga la posibilidad de retomar su vida y cuente con los recursos suficientes que le permitan garantizar su sostenibilidad.

---

[63] CrIDH. Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, párrafo 148.
[64] CrIDH. Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, párrafo 149.

109. En este sentido, por comunicación sostenida con QVI se pudo conocer que dentro de la planificación familiar de VI1 y QVI se encontraba el nacimiento de V1, y que para lograr ese embarazo se sometieron a un procedimiento de fecundación invitro, el cual financiaron con recursos propios en una clínica particular, QVI señaló que durante el embarazo de V1, ambos generaron un proyecto de vida relacionado con el ejercicio de su maternidad y paternidad, al ser informados de su fallecimiento experimentaron sentimientos de dolor y frustración derivados del procesos de duelo que estaban por iniciar, a consecuencia de los hechos se han replanteado y modificado su proyecto de vida familiar.

110. Así mismo, las eventualidades en el nacimiento de V1, provocaron en QVI, VI1 y VI2 un impacto psicológico[65] que aún no han podido asimilar. Por su parte, QVI refirió afectaciones a su salud, pues a los pocos días de ocurridos los hechos presentó una crisis hipertensiva, ataques de ansiedad y alteraciones nerviosas por lo que fue hospitalizado, así mismo, a raíz de los hechos presenta un cuadro depresivo, por lo que en la actualidad es tratado con medicamentos contralados y considera que ello le impide retomar su vida de manera normal; las circunstancias descritas son igualmente aplicables para VI1, quien refirió tener problemas para dormir, irritabilidad y alteraciones emocionales, circunstancias que han afectado su vida cotidiana; así mismo, los hechos descritos han sido presenciados por VI2, quien igualmente presenta afectaciones emocionales y que además ha contribuido en la nueva dinámica familiar que los hechos ocasionaron.

[65] conjunto de comportamientos, pensamientos, emociones y sensaciones que aparecen como consecuencia de la experiencia de algún tipo de situación que implica un impacto emocional intenso o prolongado, una pérdida, un daño o una amenaza importante.

111. QVI y VI1 señalaron que los hechos han ocasionado afectaciones a su economía familiar, pues V1 estuvo internado durante cinco meses en HGP No. 2, tiempo en el que VI1 solicitó a su centro de trabajo una licencia sin goce de sueldo y se mantuvo al cuidado de V1, situación que implicó que QVI asumiera los gastos económicos y familiares, durante ese periodo erogaron recursos económicos destinados a cubrir el viaje, traslados y estancia para que VI1 permaneciera cerca del HGP No. 2; QVI señaló que sus actividades laborales se han visto afectadas y que no ha desempeñado adecuadamente sus actividades, además de que ha adquirió varias deudas para cubrir los gastos familiares generados, situación que lo ha obligado a vender la maquinaria con la que desarrollaba su trabajo, lo que ha implicado un gran detrimento a su patrimonio. Así mismo, QVI y VI1 señalaron que durante la hospitalización de V1 la atención medica brindada por el IMSS presentó deficiencias, por lo que tuvieron que recurrir a atención médica particular, la que actualmente han mantenido y que han financiado con recursos propios.

112. Ahora bien, es necesario considerar la situación emocional, psicológica y económica de QVI y VI1 como consecuencia de la forma en que se desarrolló el nacimiento de V1, la incertidumbre de su desarrollo funcional, ya que no se encuentra totalmente definido, lo que hace que los signos clínicos del daño sean inespecíficos o incluso inexistentes en cierta etapa y los hace evidentes en otro momento en el desarrollo de V1.

113. Actualmente la atención médica que recibe V1 es subrogada por el IMSS y en diversas ocasiones tiene que ser cubierta por QVI al no contar el HGP No.2 con la especialidad requerida, afectando esta situación el proyecto de vida de VI1 y QVI.

114. La afectación al proyecto de vida tiene relación con el impacto que los hechos violatorios tienen en la realización integral de las víctimas de esos hechos y como los mismos influirán necesariamente, a largo plazo o incluso 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, lugar de residencia, entre otros; por ello, las consideraciones expuestas en esta observación, deberán ser estimadas por la CEAV, en la emisión del dictamen de reparación integral del daño de QVI, VI1 y VI2, que para tal efecto determine, contemplando las erogaciones acreditables que con motivo de los hechos hayan realizado.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

115. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional:

> *Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la Ley.*

116. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y

convenciones de derechos humanos suscritos por México. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

117. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

118. La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al proyecto de vida, a la inadecuada atención médica, al acceso a la información en materia de salud, corresponde al IMSS, toda vez que no se brindó atención médica de manera adecuada y oportuna a V1, acorde con lo previsto en los artículos 48 y 72, del Reglamento de la LGS; también por las irregularidades detectadas en el expediente clínico que incumplieron con lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012.

119. Asimismo, la falta de personal especialista en Neonatología y Pediatría en el Área de Tococirugía que incumple con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio de la

persona, al no solicitar previo al nacimiento de V1, apoyo al servicio de Pediatría durante la atención del parto, de un producto de 23.6 SG.

120. De igual forma, por la falta de una valoración especializada por parte del IMSS para su revisión, diagnóstico, determinación y cuantificación de complicaciones o alteraciones en su salud, como fue referido en los párrafos que anteceden, así como consultas médicas establecidas en la NOM-007-SSA2-2016, de la GP IMSS-362-18 y de la Guía de Práctica Clínica IMSS-137-08.

121. Como se acreditó por este Organismo Nacional, V1 tiene que recibir terapía física y seguimiento médico multidisciplinario, ya que se desconoce en qué etapa de su desarrollo puede presentar consecuencias físicas o neuronales como consecuencia de lo que padeció en su nacimiento, sin embargo, se han presentado ciertas omisiones por parte del IMSS en el pago de servicios subrogados para que estas le sean brindadas, así como también en el otorgamiento de forma periódica de consultas por especialistas multidisciplinarios.

122. Además, la inexistente aplicación del Procedimiento para el tránsito 2660-003-008, ya que no existe en el expediente médico el registro en cita correspondiente con la información de cada persona servidora pública que intervino durante su traslado dentro de las instalaciones, además de que, la entrega del cuerpo debe de realizarse al familiar responsable en compañía del personal de la agencia encargada de proporcionar los servicios funerarios, por lo anterior, no se cuenta con elementos técnicos médicos para establecer la ubicación y condiciones de V1 durante las últimas 4 horas dentro del HGP No.2, así como la razón por la que su cuerpo fue trasladado fuera de las instalaciones por sus familiares y no por una empresa prestadora de servicios funerarios.

E.2. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

123. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4 provino de una inadecuada atención médica y administrativa en agravio de V1, que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud.

124. Así, AR1 y AR4 fueron omisos al no solicitar previamente la presencia de personal del servicio de Pediatría ante el estado de inmadurez del producto de la gestación de VI1, ya que este era considerado un producto no viable por su edad gestacional incumpliendo con la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida

125. Asimismo, AR1 y AR4 inobservaron el deber de contar con personal especializado para la atención del recién nacido en el área de Tococirugía, área de atención prioritaria en un hospital materno- infantil y con un espacio físico destinado al cuidado del binomio madre-hijo, en concordancia con lo establecido en la LGS, el RLGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, con el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como con NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida "5.9 Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento. 5.9.1 En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo que se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o personal especializado".

126. AR1 y AR2 omitieron considerar de relevancia de la aplicación de la anestesia obstétrica, sin considerar el aumento significativo de riesgo y efectos adversos debido al estado de prematurez extremo, al ser V1 catalogado como un producto no viable, ya que posterior al inicio de la analgesia, se pudieron presentar reducciones transitorias de la frecuencia cardiaca fetal, con tendencia a la aparición de desaceleraciones tardías o variables[66] que pueden autolimitarse con medidas de reanimación neonatal estándar (iniciales), lo que condiciona una mayor frecuencia de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; riesgos que aumentaron exponencialmente por el estado de prematurez del producto, al contar con una elevada permeabilidad de la barrera hematoencefálica y falta de mielinización de las estructuras nerviosas[67]; sin embargo, no se puede indicar con certeza, si V1 presentó estas alteraciones cardiacas previo a su nacimiento, ya que VI1 no permitió la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, doce horas antes de su nacimiento.

127. Además, AR1 omitió promover que la atención a VI1, quien presentaba amenaza o trabajo de parto pretérmino con restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo, se llevara a cabo en un establecimiento para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención, con personal especializado.

128. AR2 omitió realizar un adecuado interrogatorio, exploración física completa y revisión del expediente médico de VI1, para evitar que se presentaran las posibles consecuencias en la administración de la anestesia que han llegado a reportar

[66] (alteraciones del latido cardiaco)
[67] (que regulan la absorción de los medicamentos)

alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal como bradicardia [68] fetal posterior al inicio de la analgesia, reducciones transitorias de la frecuencia cardiaca fetal, con tendencia a la aparición de desaceleraciones tardías o variables (alteraciones del latido cardiaco) que pueden autolimitarse con medidas de reanimación neonatal estándar (iniciales), y una mayor frecuencia de ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales; riesgos que aumentaron exponencialmente por el estado de prematurez del producto.

129. AR3 al ver el estado clínico de V1 (sin signos de vitalidad) administró el apoyo cardio respiratorio, solamente por 05 minutos, sin contar que se presentó aproximadamente 5 minutos después de la expulsión del producto, dejando a V1 sin atención médica oportuna y adecuada, debido a que la administración de maniobras de reanimación neonatal dependen de diversos factores, como la existencia de patología fetal previa, circunstancias perinatales y edad gestacional, pudiendo reducir este período de tiempo a consideración del médico y solicitud de los padres; mientras que la Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021 del Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología indica que, a las gestaciones por debajo de las 24 semanas, se sugiere la oferta de cuidados paliativos para prevenir y tratar el sufrimiento físico del producto.

130. AR3 al observar que V1 no respondía a las medidas de soporte cardiorrespiratorio, omitió realizar varios estudios y evaluaciones para confirmar la

[68] (disminución del latido cardiaco)

ausencia de signos vitales de V1, tomado en consideración la administración y efectos de la anestesia.

131. No existe evidencia que AR1 y AR3 hayan realizado electrocardiograma para confirmar la ausencia de actividad eléctrica cardíaca de V1 y confirmar si había algún latido cardíaco.

132. AR1 y AR3 no realizaron una ecografía cardíaca para confirmar la ausencia de actividad cardíaca de V1, ya que este método es especialmente útil en situaciones donde la auscultación y el electrocardiograma pueden no ser concluyentes.

133. AR1 y AR3 omitieron la realización de pruebas de imagen como radiografías, ecografías o tomografías computarizadas (CT), estas pueden ser utilizadas para evaluar el cerebro y otros órganos en busca de signos de daño o anomalías para determinar que V1 no contaba con actividad cerebral.

134. AR1 y AR3 no contaban con un protocolo de intervención bien definido, además de que no tomaron en cuenta las directrices y recomendaciones de las sociedades médicas y autoridades sanitarias correspondientes. Dicho proceso debe ser llevado a cabo respetando en todo momento la dignidad humana del paciente y su familia, considerando también brindar el apoyo emocional a VI1 y QVI.

135. AR3 omitió realizar el certificado de muerte fetal, al ser el personal médico tratante de V1, siendo AR1 quien realizó el certificado y quien estableció como causa de muerte "trabajo de parto prematuro extremo espontaneo", ya que, el estado de prematurez extrema (23.6 semanas de gestación) del producto de la gestación de VI1, fue la condición que estableció que el producto no era viable, lo

cual, aunado a que al nacimiento, V1 no presentó signos de vitalidad franca, otorgaron una posibilidad de sobrevida nula.

136. No existe evidencia de que AR1, AR2, AR3 y AR4 conocieran la ubicación de V1 desde que se declaró su fallecimiento, hasta ser entregado a su familiar para después colocarlo en una caja, debido a que el expediente clínico proporcionado por el HGP No. 2, no cuenta con el formato de "tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas", donde se registra el tránsito y entrega del cuerpo del paciente al familiar o personal legalmente responsable; por lo que se desconoce la ubicación de V1 durante esas 04 horas dentro del nosocomio, así como la razón por la cual se entregó el cuerpo de V1 a su familiar, para después colocarlo en una caja, incumpliendo con el Procedimiento para el tránsito 2660-003-008.

137. AR4 omitió la elaboración del registro de tránsito del cuerpo de V1 con la información de cada servidor público que intervino durante el traslado del cuerpo de V1 en las instalaciones del HGP No.2, así como, entregarlo envuelto en una sábana a su familiar, teniendo un manejo inapropiado de V1 incumpliendo con el Procedimiento para el tránsito 2660-003-008.

138. Por lo que, este Organismo Nacional considera que AR1, AR2, AR3 y AR4, incurrieron en actos y omisiones que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal a lo dispuesto en los artículos 7, fracción I, II y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

139. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la CPEUM; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 63 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, este Organismo Autónomo:

139.1. Tiene conocimiento del inició del EA2 ante el OIC-IMSS, por la inadecuada atención médica brindada a V1, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico, por lo que, en virtud de lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas en el presente pronunciamiento, este Organismo Nacional dará seguimiento al EA2 en donde se precisa la participación de AR1, AR2, AR3 y AR4, remitiendo copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a fin de que dicha autoridad investigadora determine conforme a derecho corresponda.

139.2. Solicitará a las autoridades investigadoras que den continuidad y seguimiento a la CI, que actualmente se integra en la FGR, en contra de quien o quienes resulten responsables con motivo de la deficiente atención médica brindada a V1.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

140. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad

con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

141. 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), 73, fracción V, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I y último párrafo, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, así como al interés superior de la niñez en agravio de V1, al acceso a la información en materia de salud en agravio de VI1 y QVI y al proyecto de vida de VI1, QVI y VI2; por lo que, se deberá inscribir a VI1, V1, QVI y VI2, en el Registro Nacional de Víctimas, a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Víctimas.

142. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones

manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario, a interponer recursos y obtener reparaciones" de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera 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, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y/o, en su caso, sancionar a los responsables.

143. En el "Caso Espinoza González vs. Perú", la CrIDH asumió que: "toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado", además precisó que "las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos".[69]

144. En consecuencia, el IMSS deberá realizar las siguientes acciones con la finalidad de otorgar una reparación integral a la víctima conforme a las siguientes consideraciones:

[69] CrIDH, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrs. 300 y 301.

i. Medidas de rehabilitación

145. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y a sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas; así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, del instrumento antes referido. La rehabilitación incluye "la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales".

146. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS deberá proporcionar a V1 la atención médica por todas las especialidades clínicas de forma periódica y de rehabilitación, así mismo deberá proporcionar a VI1, QVI y VI2, la atención psicológica y/o psiquiátrica en caso de que la requieran, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para V1, VI1, QVI y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a V1, VI1, QVI y VI2, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine 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.

CNDH
MÉXICO
Defendemos al Pueblo

ii. Medidas de Compensación

147. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 de la Ley General de Víctimas; la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia."[70]

148. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

149. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción de V1, así como de VI1, QVI y VI2 en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación que ese Instituto realice ante la CEAV, y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos

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

descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño a VI1, V1, QVI y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello para dar atención al punto recomendatorio primero.

150. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando éstas así lo requieran, inicien con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

151. De igual forma, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y éstas no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continue con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por las víctimas, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando éstas así lo soliciten ante la CEAV se inicie o retomen el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la

Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de las víctimas, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii*. *Medidas de satisfacción

152. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, con arreglo a lo dispuesto por los artículos 26, 27, fracción IV y 73, fracción V y VI de la Ley General de Víctimas, se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a Derechos Humanos.

153. En el presente caso, el IMSS deberá colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento del EA2, iniciado ante el OIC-IMSS, por la inadecuada atención médica otorgada a V1, así como las advertidas omisiones a la integración de su expediente clínico, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Ante ese respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

154. Igualmente, el IMSS deberá colaborar con la FGR en el trámite y seguimiento de la CI, que actualmente se integra en la AMP con sede en Los Mochis, por los hechos probablemente constitutivos de delito cometidos durante la atención médica brindada a V1, atendiendo a su calidad de niño y al principio del interés superior de la niñez; ante ese respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente

Recomendación y las evidencias a la CI. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

155. Por lo anterior, para dar cumplimiento a los puntos recomendatorios tercero y cuarto, el IMSS deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

156. 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, 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

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

158. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS diseñen e impartan en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de

derechos humanos dirigido al personal médico y de enfermería del servicio de Ginecología y Obstetricia, Tococirugía, Pediatría y Personal del Área Administrativa del HGP No.2, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de continuar laboralmente activas, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud con énfasis en el interés superior de la niñez a fin de garantizar que se brinde la atención médica especializada a niños y niñas con prematurez extrema, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica y el Procedimiento para el tránsito 2660-003-008, citadas en esta Recomendación, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano, y deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias de participación. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

159. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico y de enfermería adscritos al servicio de Ginecología y Obstetricia, Tococirugía, Pediatría y Personal del Área Administrativa del HGP No.2 del HGP No.2, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de seguir en activo laboralmente, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se brinde la atención médica especializada a niños y niñas con prematurez extrema, y se garantice el procedimiento 2660-003-008, con la finalidad de evitar que se repitan los hechos que padecieron QVI, VI1 y sus familiares durante el proceso de entrega

de cuerpo y se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los manejos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que generen, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello para acreditar el cumplimiento del punto sexto recomendatorio.

160. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el 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 consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

161. En consecuencia, esta Comisión Nacional le formula a usted, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, así como a VI1, QVI y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la

CEAV de la presente Recomendación, y que este acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño a V1, VI1, QVI y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a V1 atención médica por todas las especialidades clínicas de forma periódica y de rehabilitación, así mismo, deberá proporcionar VI1, QVI y VI2, la atención psicológica y/o psiquiátrica, en caso de que lo requieran, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para V1, VI1, QVI y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a V1, VI1, QVI y VI2, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento del EA2 que se inició en el OIC-IMSS, por la inadecuada atención médica proporcionada a V1, así como por las advertidas omisiones en la integración del expediente clínico, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Ante ese respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho EA2. Hecho lo anterior, remitir las constancias de su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con la FGR, en el trámite y seguimiento de la CI, que actualmente se integra en la AMP con sede en Los Mochis, por los hechos probablemente constitutivos de delito cometidos durante la atención médica brindada a V1, atendiendo a su calidad de niño y al principio del interés superior de la niñez, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración. Ante ese respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias a la CI.

QUINTA. Se elabore e imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos dirigido al personal médico y de enfermería de los servicios de Ginecología y Obstetricia, Tococirugía, Pediatría y Personal del Área Administrativa del HGP No.2, particularmente a AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de continuar laboralmente activas, que considere los principios de

accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud con énfasis en el interés superior de la niñez a fin de garantizar que se brinde la atención médica especializada a niños y niñas con prematurez extrema, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas, las Guías de Práctica Clínica y el Procedimiento para el tránsito 2660-003-008, citadas en esta Recomendación, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano, y deberá ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes; realizado lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que lo acredite.

SEXTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico y enfermería adscritos al servicio de Ginecología y Obstetricia, Tococirugía, Pediatría y Personal del Área Administrativa del HGP No.2, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de seguir en activo laboralmente, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se brinde la atención médica especializada a niños y niñas con prematurez extrema, y se garantice el procedimiento 2660-003-008, con la finalidad de evitar que se repitan los hechos que padecieron QVI, VI1 y sus familiares durante el proceso de entrega de cuerpo y se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los manejos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-

004-SSA3-2012 del expediente clínico; hecho lo anterior, con objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SÉPTIMA. 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.

162. 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.

163. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional, 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.

164. 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.

165. 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 Comisión Nacional 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