



RECOMENDACIÓN NO. 41/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1, A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, QVI, VI1 y VI2, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL DE GINECOPEDIATRÍA NO. 3A DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2025

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero, 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, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2024/3092/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley

de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 64 y 115 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como 1, 6, 7, 9,10,11 y 12 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves, siglas, acrónimos o abreviaturas utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Persona Quejosa y Víctima	QVI
Persona Víctima	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Actualización 2019. Catalogo Maestro IMSS-052-19	GPC - Vigilancia en Trabajo de Parto
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro IMSS-632-13	GPC – DT Asfixia Neonatal
Guía de Práctica Clínica Parto después de una Cesárea. Catalogo Maestro IMSS-605-13	GPC – Parto después de una Cesárea
Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación de Cesárea. IMSS-048-08. (Actualización 2014)	GPC – Reducción de Cesárea
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la sepsis neonatal. Catálogo Maestro GPC-SS-283-19	GPC – DTP Sepsis neonatal
Hospital de Gineco-Pediatría No. 3-A del del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México	HGP 3A
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Lineamiento Técnico, Cesárea Segura. Secretaría de Salud 2013	Lineamiento – Cesárea Segura
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM – Del Expediente Clínico
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 – Atención a la mujer en embarazo
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	NOM – Org y Funcionamiento de UCI
Manual de Procedimiento para otorgar atención	Manual de Procedimiento para

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención 2650-A03-005 Actualización 11 octubre de 2022, del Instituto Mexicano del Seguro Social	otorgar atención materna
Opiniones Especializadas de 29 de noviembre de 2024 realizadas por personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Opinión Médica, Opinión Especializada
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento del IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	UCI
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN
Unidad de Cuidados Posanestésicos	UCPA

I. HECHOS

5. El 14 de enero de 2024, QVI presentó queja ante la Comisión Nacional por la presunta violación de derechos humanos en agravio de V1 y V2. En dicha queja, manifestó que el 9 del mismo mes y año, V1 ingresó al HGP 3A para recibir atención médica debido a que se encontraba al término de su embarazo. Sin embargo, al día siguiente, personal médico especialista en Pediatría le informó que V2 ya había nacido

y que, debido a la gravedad de su estado, sería ingresado a Terapia intensiva, ya que había sufrido daño neurológico.

6. Asimismo, señaló que después del nacimiento de V2, V1 le comentó que horas antes, solicitó la atención que requería, pero esta no se proporcionó hasta que el personal médico se percató de que ya se encontraba en malas condiciones. Como resultado, su parto se complicó y fue necesario realizarle una cesárea¹ de urgencia, además de reconstruirle el útero, lo que ocasionó una gran pérdida de sangre. También precisó que ambos continuaban internados y a pesar de ello, V2 no presentaba mejoría.

7. Posteriormente, el 25 de enero de 2024, en una llamada telefónica realizada por QVI con personal de esta CNDH, manifestó que la atención otorgada por las personas servidoras públicas del HGP 3A a V1 y V2, fue inadecuada y negligente, lo que provocó que V2 falleciera el 21 de ese mes y año, por lo que solicitó a esta CNDH la investigación de los hechos narrados.

8. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V1 y V2, se inició el expediente **CNDH/1/2024/3092/Q** y, se obtuvo copia de sus expedientes clínicos e informes de la atención médica que se les brindó en el HGP 3A, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

¹ Un parto por cesárea se realiza cuando no es posible o seguro para la madre dar a luz al bebé a través de la vagina. El cuerpo está anestesiado desde el tórax hasta los pies, usando anestesia epidural o raquídea.

II. EVIDENCIAS

9. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional, de 14 de enero de 2024 a las 22:50 horas, en la que se hace constar la llamada telefónica de QVI, con motivo de la inadecuada atención médica que se brindó a V1 en el HGP 3A.

10. Correo electrónico de 14 de mayo de 2024, a través del cual personal del IMSS envió a esta Comisión Nacional copia de los expedientes clínicos de V1 y V2 integrados en el HGP 3A, de los que se destacan los siguientes documentos:

- **Atención médica de V1 en el HGP 3A**

10.1. Nota de atención médica de 30 de noviembre 2023 a las 15:46 horas, elaborada por personal médico del consultorio del servicio de Obstetricia, turno vespertino.

- ❖ **servicio de Admisión**

10.2. Nota de admisión en hoja sin membrete institucional, de 9 de enero 2023 (sic), a las 16:15 horas.

10.3. Hoja de vigilancia y atención del parto de 9 de enero de 2023 a las 16:15 horas.

10.4. Partograma², sin nombre, fecha ni datos de quien la elaboró.

² El Partograma es una herramienta gráfica esencial en el campo de la obstetricia, utilizada para seguir el progreso del trabajo de parto y proporcionar información crucial sobre la salud de la madre y el feto. Este instrumento representa visualmente varios parámetros clínicos, como la dilatación cervical, el descenso del feto, las contracciones uterinas, y el bienestar fetal, a lo largo del tiempo. Su objetivo principal es

❖ **servicio de Tocirugía³**

10.5. Nota de ingreso hospitalario en hoja sin membrete institucional de 9 de enero de 2024 a las 17:06 horas.

10.6. Nota de evolución de 10 de enero de 2024 a las 01:03 horas, suscrita por AR, personal médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

10.7. Nota de valoración preanestésica de 10 de enero de 2024 a las 05:24 horas, suscrita por personal especialista en Anestesiología.

10.8. Hoja de registro de anestesia y recuperación, de 10 de enero de 2024, suscrita por personal especialista en Anestesiología.

10.9. Nota prequirúrgica y activación Código Mater (ERI)⁴ de 10 de enero de 2024, a las 07:25 horas, suscrita por AR.

10.10. Carta de consentimiento bajo información para procedimientos anestésicos de 10 de enero de 2024, suscrito por V1.

10.11. Nota de descripción de técnica quirúrgica de 10 de enero de 2024 a las 07:48 horas, suscrita por AR.

identificar de manera oportuna cualquier desviación del curso normal del trabajo de parto, permitiendo intervenciones tempranas para prevenir complicaciones tanto para la madre como para el neonato.

³ La Tococirugía es una especialidad médica que se encarga de realizar intervenciones quirúrgicas durante el embarazo, el parto o el puerperio, con el objetivo de garantizar la salud y bienestar tanto de la madre como del bebé.

⁴ El IMSS ha creado una estrategia para prevenir la muerte materna denominada "Equipo de respuesta Inmediata" (ERI), que es un sistema de emergencia multidisciplinario que se activa cuando existe una emergencia obstétrica en cualquiera de sus unidades de atención en los tres niveles de atención.

❖ **UCPA**

10.12. Nota de ingreso de V1 a la UCPA del 10 de enero de 2024 a las 07:45 horas, elaborada por personal médico, sin que se observe la especialidad.

10.13. Nota de evolución de 10 de enero de 2024 a las 11:24 horas, suscrito por personal médico adscrito a la UCPA.

10.14. Nota de evolución – alta del servicio, de 10 de enero de 2024 a las 12:10 horas suscrito por personal médico adscrito a la UCPA.

❖ **Piso de Obstetricia – Hospitalización**

10.15. Notas de ingreso y evolución en el servicio de Obstetricia del 10 de enero de 2024 a las 18:00, 22:00 y 23:00 horas, elaboradas por personal médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

10.16. Notas de evolución de 11 de enero de 2024 a las 08:00, 15:00 y 21:00 horas, suscritas por personal médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

10.17. Indicaciones médicas del 11 de enero de 2024 a las 08:00, a las 15:00 y a las 21:00 horas, suscritas por personal médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

10.18. Nota de valoración de 12 de enero de 2024 a las 19:00 horas, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

10.19. Notas de valoraciones de 14 de enero de 2024 a las 09:00, 13:36 y 15:00 horas, suscritas por personal médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

10.20. Nota pre, trans y post transfusión de 14 de enero de 2024, suscrita por personal médico residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

10.21. Notas de revisión de 15 de enero de 2024 a las 15:00 y 21:00 horas, suscritas por personal médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

10.22. Nota de alta de 16 de enero de 2024 a las 12:30 horas, sin datos de médico emisor.

- **Atención médica de V2 en el HGP 3A**

10.23. Nota de evolución de 10 de enero de 2024 a las 01:03 horas, suscrita por AR.

10.24. Historia clínica neonatal elaborada por personal médico adscrito al servicio de Neonatología.

10.25. Nota de ingreso a UCIN de 10 de enero de 2024 a las 07:25 horas, suscrita por médico especialista en Pediatría.

10.26. Consentimiento informado para hospitalización, uso de medicamentos requeridos y colocación de catéter intraumbilical, de 10 de enero de 2024, suscrito por QVI.

10.27. Hoja de indicaciones médicas de 10 de enero de 2024 de las 08:00, 09:33, 10:14, 11:00 y 13:40 horas, suscritas por personal médico especialista en Pediatría.

10.28. Nota de evolución matutina de 10 de enero de 2024 a las 11:00 horas, suscrita por personal especialista en Pediatría.

10.29. Nota de colocación de catéter arterial umbilical del 10 de enero de 2024 a las 13:40 horas, suscrita por medica especialista en Pediatría.

10.30. Notas de evolución vespertina de 10 de enero de 2024 a las 16:20 y 22:00 horas, suscritas por médicos especialistas en Pediatría.

10.31. Nota de evolución de 11 de enero de 2024 a las 09:30 horas.

10.32. Notas de evolución vespertina de 11 de enero de 2024, a las 17:08 horas y nocturna de las 22:15 horas suscritas por personal médico especialista en Pediatría.

10.33. Notas de evolución de 12 de enero de 2024 a las 09:00, 16:30 y 20:15 horas, suscritas por personal médico especialista en Pediatría.

10.34. Notas de evolución de 13 de enero a las 11:50, 13:50, 16:30 y 21:15 horas, suscritas por personal médico especialista en Pediatría y Neonatología.

10.35. Nota agregada en la que se solicitó la intervención de la Subdirección del HGP 3A para realización de una Tomografía de cráneo y valoración neurológica urgente, sin datos de quien la suscribe.

10.36. Notas de evolución del 17 al 19 de enero 2024, por personal médico adscrito a la UCIN.

10.37. Notas de evolución del 20 de enero de 2024 a las 09:00 horas, 15:00 y 20:00 horas, suscritas por personal médico especialista en Pediatría.

10.38. Nota de gravedad y defunción de la UCI del 21 de enero de 2024 a las 03:50 horas.

11. Acta circunstanciada de 25 de enero de 2024, elaborada por personal de la CNDH, en la que se hizo constar la llamada telefónica de QVI en la que manifestó que la atención médica que personas servidoras públicas del HGP 3A le proporcionaron a V1 fue inadecuada.

12. Opinión Especializada de 29 de noviembre de 2024, en la que personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la CNDH concluyó que la atención médica de V1 en el HGP 3A, durante la atención del parto en el turno nocturno del 9 de enero 2024, no fue proporcionada de manera oportuna y adecuada, con lo que se incumplió lo establecido en la LGS, RLGS, en el Reglamento del IMSS, en el Lineamiento sobre Cesárea, en la NOM – Atención a la mujer en el embarazo, así como en la NOM – Del Expediente Clínico y en la bibliografía médica especializada.

13. Opinión Especializada de 29 de noviembre de 2024, en la que personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH concluyó que la atención médica de V2 en el HGP 3A del 10 al 21 de enero 2024, posterior a su nacimiento fue oportuna y adecuada por parte del personal médico de los servicios de Pediatría y Neonatología; sin embargo, como consecuencia de una inadecuada e

inoportuna atención obstétrica de V1, originó que V2 cursara con asfixia perinatal severa⁵, paro cardiorrespiratorio⁶, por lo que posteriormente falleció.

14. Acta circunstanciada de 7 de febrero de 2025, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que QVI proporcionó los nombres completos y edades de VI1 y VI2; además de señalar que por los hechos motivo de la queja no ha acudido a ninguna otra instancia ni ha presentado denuncia ante la FGR.

15. Correo electrónico de 14 de febrero de 2025, mediante el cual personal de esta Comisión Nacional solicitó al IMSS informara la situación laboral del personal médico involucrado en los hechos motivo de la queja, así como también se informara si por los mismos se inició queja ante el OIC-IMSS y/o Queja Médica.

16. Correo electrónico de 3 de marzo de 2025, en el que personal del IMSS informó que por las irregularidades que le fueron atribuibles a AR relacionadas con la atención médica brindada a V1, una vez realizada la indagatoria en la Oficina de Investigaciones Laborales del IMSS, de conformidad con las cláusulas 1, 55 y 55 Bis del Contrato Colectivo de Trabajo vigente, el 13 de febrero de 2024 se determinó rescindir a AR el Contrato Individual de Trabajo, por haber contravenido con su proceder, lo señalado en el artículo 64, fracciones I,II,V,VI, XIV y XV del Reglamento Interior de Trabajo inserto en el Pacto Laboral vigente.

⁵ Es la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa.

⁶ El paro cardíaco se produce cuando el corazón deja de bombear sangre y oxígeno al encéfalo y a otros órganos y tejidos.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. Este Organismo Nacional no tuvo a la vista constancias que permitieran establecer que se hubiese iniciado alguna carpeta de investigación ante la Fiscalía General de la República, o queja administrativa ante la CONAMED y/o el OIC-IMSS u otra instancia por los hechos motivo de la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANALISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2024/3092/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia en agravio de V1 y el derecho a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V2, así como al acceso a la información en materia de salud, en agravio de V1, QVI, VI1 y VI2 atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HGP 3A, en razón de las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

19. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto

nivel⁷, reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección⁸.

20. La constitución de la OMS⁹ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud pública cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

20.1. Disponibilidad: establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud, y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

20.2. Accesibilidad: garantizar que la atención médica y medicamentos que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

20.3. Aceptabilidad: lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

⁷ CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. Este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

⁸ La SCJN ha establecido en la Jurisprudencia administrativa con registro 167530 que: “(...) El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiéndose la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”.

⁹ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

20.4. Calidad: que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

21. De acuerdo a lo observado en la Opinión Especializada, se estableció que AR, personal médico adscrito al HGP 3A en su calidad de garante según lo establecido en los artículos 32¹⁰ y 33, fracción II¹¹, de la LGS, omitió proporcionar la adecuada atención médica en trabajo de parto que V1 requería, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica y por consecuencia, a la vida y al interés superior de la niñez de V2, así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, QVI, VI1 y VI2, lo cual será materia de análisis posterior a los antecedentes clínicos de V1.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por la inadecuada atención médica proporcionada en el HGP 3A.

- **Antecedentes clínicos de V1**

22. V1, quien presentaba embarazo número, 4¹² contaba con una cesárea previa no reciente y con edad materna de riesgo¹³, el 30 de noviembre 2023 a las 15:46 horas, acudió al consultorio de Obstetricia donde personal médico la valoró y después de revisar el ultrasonido que le fue realizado, resaltó que cursaba un embarazo de 36

¹⁰ Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

¹¹ Artículo 33. Las actividades de atención médica son: II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

¹² 1 parto, cesárea 1, aborto 1 y éste último.

¹³ El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal.

semanas de gestación y observó producto único vivo, sin actividad uterina y concluyó que se trataba de un embarazo cercano a término, por lo que indicó vigilancia a partir de la semana 37 de gestación en Urgencias de ese nosocomio. A principios del mes de enero de 2024, V1 ya tenía un embarazo de 41 semanas de gestación, peso de 79 kg (obesidad por IMC¹⁴ 32.46).

- **Atención médica brindada a V1 en el HGP 3A**

23. La información que obra en el expediente clínico y motivo de análisis corresponde al 9 de enero 2024¹⁵, cuando V1 se presentó al servicio de Urgencias, en donde personal médico la valoró, describió con antecedentes gineco-obstétricos¹⁶, que acudió para revisión por semanas de gestación y en virtud de que percibió movimientos fetales, así como actividad uterina irregular¹⁷, sin que presentara pérdidas transvaginales¹⁸. A la exploración física observó abdomen globoso a expensas de útero gestante¹⁹, frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos por minuto²⁰, sin dilatación²¹, por lo que procedió a indicar vigilancia y atención del parto a través del llenado de hoja de Partograma, donde se agregó que V1 no presentaba dolor ni hemorragia y estableció el diagnóstico de embarazo de 41 semanas de gestación por fecha de última

¹⁴ El índice de masa corporal (IMC) es la relación entre la masa corporal de una persona y su estatura. Según los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el IMC es uno de los principales recursos para evaluar el estado nutricional.

¹⁵ Aunque la nota dice año 2023.

¹⁶ Los antecedentes obstétricos y ginecológicos se consideran a menudo una parte distinta de la historia clínica. Estos antecedentes incluyen antecedentes médicos relacionados con la salud reproductiva y ginecológica en general, como embarazos, períodos menstruales, problemas de salud sexual, control de la natalidad y menopausia.

¹⁷ Contracciones uterinas irregulares que son poco perceptibles.

¹⁸ Sangrado, líquido o flujo.

¹⁹ Útero, cavidad uterina o matriz. Dentro del aparato reproductor femenino, el útero tiene una función fundamental en el desarrollo del bebé durante el embarazo. La cavidad uterina o matriz es el lugar donde se desarrolla el bebé durante la gestación.

²⁰ Normal 110-160 latidos por minuto.

²¹ Aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros.

menstruación, sin trabajo de parto y se registró pase a la Unidad de Tocoquirúrgica para seguimiento. Ese mismo día, a las 17:06 horas, en la valoración que personal médico realizó a V1, a las maniobras de Leopold²² encontró producto longitudinal, cefálico²³ y fue reportada sin alteraciones, por lo que se iniciarían pruebas de bienestar fetal²⁴ para vigilancia y así poder normar conducta a seguir, además de que dio diversas indicaciones, entre las que destacaron cuidados generales de enfermería, vigilancia de pérdidas transvaginales, registro cardiotocográfico no estresante²⁵ y estudios paraclínicos²⁶.

24. Es importante señalar que, en la Opinión Especializada se observó que, si bien se dio la indicación para que V1 fuera ingresada al servicio de Tocirugía, aunque no se encontraba en trabajo de parto, la GPC - Vigilancia en Trabajo de Parto, señala que el personal médico no debe indicar el pase de la mujer a sala de labor con dilatación cervical²⁷ igual o menor de 4 centímetros y también refiere, que entre las semanas 41 y 42 de gestación se les debe ofrecer la inducción de trabajo de parto²⁸ para evitar los

²² Son cuatro maniobras de exploración obstétrica que permiten diagnosticar el fondo del útero, la situación fetal, la presentación y la posición del feto.

²³ La palabra cefálico de acuerdo a su etimología, significa o se refiere a aquella parte que se relaciona o que tiene una posición cercana a la cabeza.

²⁴ El bienestar fetal es evaluado principalmente en base a la percepción materna y visualización ecográfica de movimientos fetales, al crecimiento fetal, a la evaluación del volumen de líquido amniótico y a la resistencia al flujo sanguíneo de la arteria umbilical fetal, evaluada mediante la aplicación de Doppler color.

²⁵ Los "monitores" o registro cardiotocográfico es un método de evaluación de bienestar fetal y de presencia o ausencia de contracciones uterinas, inocuo tanto para la madre como para el futuro bebé. Se suelen realizar en la última etapa del embarazo, pero siempre va a depender de la evolución y del tipo de gestación. La prueba sin estrés es una prueba segura y sin dolor.

²⁶ Los exámenes paraclínicos son pruebas de apoyo diagnóstico que contribuyen a la toma de decisiones y evaluación de resultados por parte del médico.

²⁷ Dilatación significa que el cuello uterino se abre. A medida que se acerca el trabajo de parto, el cuello uterino puede empezar a afinarse o estirarse (borrarse) y abrirse (dilatarse). Esto prepara el cuello uterino para que el bebé pase por el canal de parto (vagina).

²⁸ Significa hacer que el útero se contraiga antes de que el trabajo de parto empiece de forma natural.

riesgos inherentes al embarazo prolongado; asimismo, la GPC - Reducción de Cesárea, estipula los beneficios de un parto vaginal²⁹.

25. En seguimiento a la atención médica proporcionada al binomio³⁰, en la hoja de vigilancia y atención del parto³¹ del 9 de enero 2024 se registró que V1 llevaba 3 horas desde su ingreso a Tococirugía, con libre evolución del trabajo de parto y vigilancia de bienestar fetal a través de registro tococardiográfico³².

26. Sin embargo, en la Opinión Médica, se observó que no se cuenta con evidencia escrita en el expediente clínico de V1 de que se haya brindado la vigilancia estrecha del binomio por algún médico especialista en Ginecoobstetricia de las 20:30 a las 01:03 horas, esto en relación con la información agregada en las documentales puestas a la vista, donde se señaló que el horario de la Ginecoobstetra del turno nocturno, AR, era de las 22:30 a las 07:00 horas, advirtiéndose, a través de la nota de evolución, que dicha especialista valoró a V1 hasta las 01:03 horas del 10 de enero 2024; lo que se traduce en que en aproximadamente cuatro horas y medida V1 no recibió cuidado, vigilancia y valoración por parte de dicho personal médico, pues si bien consta el registro de la frecuencia cardíaca fetal y una cifra de tensión arterial materna en el Partograma, no se especificó quién realizó el reporte ni el estado clínico.

²⁹ Después de una cesárea son: estancia hospitalaria corta, menor sangrado, mínima probabilidad de infección y menos eventos tromboembólicos, además se menciona que el trabajo de parto espontáneo se asocia más a un parto vaginal exitoso, que cuando es inducido; pudiendo utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica en pacientes con antecedente de cesárea.

³⁰ Madre e hijo (Materno-fetal).

³¹ Elaborada por personal médico que se encontraba cubriendo el turno de las 14:00 a las 20:30 horas en el área de labor.

³² Los "monitores" o registro cardiotocográfico es un método de evaluación de bienestar fetal y de presencia o ausencia de contracciones uterinas, inocuo tanto para la madre como para el futuro bebé. Se suelen realizar en la última etapa del embarazo, pero siempre va a depender de la evolución y del tipo de gestación.

27. Dicho lo anterior, también se pudo observar que AR, durante el turno nocturno en el área de Tococirugía (8 horas después del ingreso de V1), siendo las 01:03 horas del 10 de enero 2024, al valorarla informó que presentaba pródromos de trabajo de parto³³ y que en todo momento percibía movimientos fetales. A la exploración física dirigida, señaló que presentó abdomen globoso a expensas de útero gestante, no doloroso, sin palpar actividad uterina, con producto único cefálico, además de que percibió movimientos fetales y concluyó que V1 se mantenía en vigilancia del binomio y libre evolución por riesgo de distocia³⁴ y ruptura uterina, sin alteraciones en frecuencia cardíaca fetal.

28. Ahora bien, no obstante que en dicha valoración AR no describió anomalía alguna, obra dentro del expediente clínico nota prequirúrgica y activación del Código Mater (ERI), emitida el 10 de enero 2024 a las 07:25 horas por AR, quien plasmó el diagnóstico prequirúrgico de V1 con embarazo de 41 semanas de gestación, pródromos de trabajo de parto, riesgo de pérdida del bienestar fetal y probable ruptura uterina y señaló que la cirugía programada sería cesárea tipo Kerr³⁵ urgente y puntualizó en el apartado de justificación, que se trataba de paciente con embarazo de término, además de que se encontraba con monitor continuo de la frecuencia cardíaca fetal a través del registro tococardiográfico, advirtiendo alteración abrupta de la frecuencia hasta 90 latidos por minuto, así como presencia de dolor abdominal intenso, con pérdida de la

³³ Los pródromos del parto son los signos iniciales que indican que el cuerpo se está preparando para el trabajo de parto. Estos síntomas pueden aparecer semanas, días o incluso horas antes del inicio del trabajo de parto activo. Aunque pueden variar entre mujeres.

³⁴ En general se produce por una mala posición o presentación de la cabeza fetal más que por una disparidad entre el tamaño de la cabeza fetal y la pelvis materna. Es difícil predecirla antes del parto. Durante el parto, se puede sospechar por una superposición exagerada de los huesos del cráneo fetal.

³⁵ Incisión de Kerr: se emplea la incisión transversal uterina del segmento inferior porque causa menos hemorragia y se asocia con menos incidencia de ruptura en los embarazos futuros. Para abrir el útero se utiliza otro bisturí, aunque no es necesario.

presentación fetal³⁶, por lo que procedió a activar dicho código para interrupción del embarazo vía abdominal de manera urgente, con la finalidad de disminuir riesgos de complicaciones relacionadas al nacimiento e incluso muerte fetal intrauterina, motivo por el que V1 fue trasladada a sala de Quirófano y se le informó sobre los riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico. Una vez realizado éste, en la hoja de registro de anestesia y recuperación de V1, se reportó el nacimiento de V2 a las 05:28 horas y se describió que se realizó cesárea, ligadura de arterias uterinas³⁷, reparación de desgarro cervical³⁸ y se destacó que no hubo complicaciones en lo referente a la anestesia, para finalmente sugerirse valoración por parte de personal médico de la UCI.

29. Es menester subrayar que la bibliografía médica³⁹ menciona, que tener un nacimiento vaginal después de una cesárea previa, resulta en menor morbilidad⁴⁰ materna y disminuye el riesgo de complicaciones en embarazos futuros. De manera que cuando la posibilidad de que el parto sea vaginal⁴¹ falla, la morbilidad materna y perinatal⁴² es mayor que en los casos de una cesárea electiva de repetición⁴³, de tal

³⁶ La presentación fetal describe la manera en la que está colocado el bebé para salir por el canal del parto para el alumbramiento.

³⁷ La arteria uterina es una arteria pareada que nace de la arteria ilíaca interna. Esta sólo se encuentra en las mujeres, y es responsable de la circulación sanguínea del útero y otras partes del aparato reproductor femenino.

³⁸ Un esguince cervical es un desgarro en los ligamentos de las vértebras cervicales que provoca un dolor característico conocido como "latigazo cervical".

³⁹ Martínez-Villafaña E, et al. Prueba de trabajo de parto después de cesárea.

⁴⁰ Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento.

⁴¹ El parto vaginal es el paso del feto y la placenta (alumbramiento) desde el útero a través del canal del parto y la abertura vaginal.

⁴² Morbilidad materna y perinatal son aquellas patologías presentes durante el embarazo, parto o puerperio; tales como la preeclampsia, hemorragia obstétrica, ruptura prematura de membranas, hemorragia posparto por atonía o hipotonía uterina, desgarro vaginal, alumbramiento incompleto, parto pretérmino y parto por cesárea. Además, complicaciones perinatales tales como Apgar bajo al nacer, bajo peso al nacer, prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino, macrosomía fetal y malformaciones congénitas.

⁴³ Las cesáreas electivas son las cesáreas programadas. Con el objetivo de optimizar resultados en la salud de la madre y del recién nacido.

manera que, ante la falta de progresión del trabajo de parto en V1, era indicativo que AR eligiera la interrupción del embarazo vía abdominal de manera oportuna, al tratarse de una mujer multigesta, con riesgos por edad y cesárea previa, para con ello reducir los posibles inconvenientes de una innecesaria prolongación de la gestación, como lo era el sufrimiento fetal y la ruptura uterina; lo cual no llevó a cabo.

30. Igualmente, en la Opinión Médica se advirtió que AR omitió practicar un ultrasonido obstétrico a V1, el cual está indicado en la evaluación durante el inicio del trabajo de parto, toda vez que tiene como finalidad descartar alteraciones en la placenta o un compromiso del feto y así evitar complicaciones imprevistas; acciones que no efectuó derivado de una falta de vigilancia obligada y un correcto llenado del Partograma, que le hubiese permitido elegir a tiempo, de manera pronta y correcta una resolución del embarazo, favoreciendo con ello, el bienestar materno fetal.

31. De manera que, lo anterior confirma la inadecuada supervisión de AR, durante el turno nocturno, toda vez que realizó una sola nota médica hasta las 01:03 horas, en la que observó la falta de avance del trabajo de parto, prolongando la libre evolución de este y omitió estimar de manera oportuna la continuidad del mismo, lo que retrasó la toma de decisiones y favoreció que a las 05:30 horas, esto es, cuatro y media horas posterior a su única intervención hasta ese momento, se presentara inestabilidad materno-fetal con disminución de la frecuencia cardíaca de V2 y dolor abdominal intenso en V1, así como pérdida de la presentación fetal por ruptura uterina y desprendimiento completo de placenta, que ameritó de manera urgente la interrupción del embarazo vía cesárea con los riesgos que todo eso implicó, por lo que dicha complicación debió prevenirse indicando una cesárea electiva (ante los factores de riesgo de V1) y no dejar a libre progreso el trabajo de parto posterior a 12 horas de su ingreso al servicio de Tococirugía, hasta convertirse en una urgencia obstétrica, lo que

puso en peligro su vida y que a consecuencia de ello, V2 presentara asfixia severa y complicaciones graves que lo llevaron a la muerte, como se describirá más adelante. De ahí que, AR incumplió con lo establecido en la LGS en su artículo 6 y lo establecido en el artículo 99 del RLGS, además de lo contemplado en el artículo 52 del Reglamento del IMSS.

32. Prosiguiendo con la atención de V1 posterior al evento quirúrgico, fue ingresada a la UCPA, donde a las 07:45 horas del 10 de enero 2024, fue reportada hemodinámicamente estable, con manejo médico con antibiótico y analgésicos, así como oxígeno suplementario en espera de valoración de personal médico de la UCI y se indicó alta de esa Unidad, dejándola a cargo del servicio tratante, para finalmente establecer pronóstico reservado a evolución. Es importante mencionar que en el expediente clínico de V1 no existe documental en la que conste dicha valoración por personal médico de la UCI.

33. Posteriormente, de los estudios de laboratorio realizados a V1 el 11 enero 2024, se observó disminución de la hemoglobina, sin datos de urgencias obstétrica y fue valorada por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, quien realizó una revisión de las radiografías de tórax, abdomen, ultrasonido abdominopélvico⁴⁴, estudios paraclínicos, reportes y de gabinete para posteriormente realizar nueva solicitud de laboratorios. Cabe hacer mención que en la Opinión Médica se observó que aquellos estudios no se encuentran agregados al expediente clínico de V1.

⁴⁴ El ultrasonido pélvico permite una rápida visualización de los órganos y las estructuras pélvicas femeninas, que incluyen el útero, el cuello uterino, la vagina, las trompas de Falopio y los ovarios. El ultrasonido Doppler también puede mostrar el flujo sanguíneo en determinados órganos pélvicos.

34. Los días 12 y 13 de enero 2024, V1 fue valorada por especialistas en Ginecología, quienes la reportaron con mejoría en la saturación de oxígeno, sin datos de urgencia obstétrica.

35. Al día siguiente V1 fue valorada por personal especialista en Ginecoobstetricia, quien de los resultados de laboratorio que le fueron realizados ese día, advirtió anemia grado III, indicativo de transfusión, sin precisar en notas médicas el motivo del descenso de hemoglobina, la cual en términos de la Opinión Médica se relacionó con el evento de hemorragia obstétrica en la cesárea, por lo que ese día se le realizó transfusión de paquete globular.

36. Al siguiente día, personal médico, sin plasmar nombre completo, incumpliendo con la NOM – Del expediente clínico, que más adelante se precisará, reportó a V1 hemodinámicamente estable, útero en adecuada involución y herida quirúrgica limpia, sin datos de infección o sangrado, ni dolor a la palpación profunda, por lo que indicó su egreso por mejoría a las 12:30 horas del 16 de enero de 2024, con diagnóstico de puerperio⁴⁵ mediato post-cesárea secundario a pérdida de bienestar fetal por ruptura uterina, más ligadura de arterias uterinas, reparación de desgarró cervical, hemorragia obstétrica y anemia grado II en tratamiento. Cabe mencionar que dicha nota de alta está incompleta, en virtud de que no se refirieron todas las indicaciones de egreso de V1 y no se registró el nombre del médico emisor de esta.

37. De manera que, con relación al periodo comprendido del 10 al 16 de enero 2024, correspondiente al manejo de la urgencia obstétrica y al puerperio inmediato, en la Opinión Especializada se observó que medicamente se brindó a V1 una atención

⁴⁵ El puerperio es la etapa que comienza para la mujer inmediatamente después del nacimiento. Suele decirse que tiene una duración de 40 días, aunque puede extenderse por meses e incluso hasta un año. En ese período retroceden los cambios que se produjeron durante el embarazo.

adecuada por parte de personal de Ginec Obstetricia, con apego a lo que establece la LGS, el RLGS, el Reglamento del IMSS, la NOM – Atención a la mujer en embarazo, la GPC – Reducción de Frecuencia en Cesárea y el Lineamiento sobre Cesárea.

38. Sin embargo, con base en todo lo anteriormente expuesto, se concluye que la atención médica a V1 en el HGP 3A, durante la atención del parto en el turno nocturno del 9 de enero 2024, no fue proporcionada de manera oportuna y adecuada por AR, teniendo en cuenta que ese mismo día, durante ese turno en el servicio de Tococirugía, derivado de la falta de vigilancia estrecha y un correcto llenado del Partograma, AR, omitió elegir la interrupción del embarazo vía abdominal, al tratarse de un embarazo de 41 semanas en una mujer multigesta, con riesgos por edad y cesárea previa, para así reducir los posibles inconvenientes de una innecesaria prolongación del embarazo y minimizó practicar un ultrasonido obstétrico, para descartar alteraciones en la placenta y/o compromiso fetal inminente, lo que condicionó un retraso en la toma de decisiones y favoreció en V1 ruptura uterina, desprendimiento completo de placenta y hemorragia obstétrica, con lo que se puso en riesgo su vida y generó complicaciones graves en V2, que lo llevaron a la muerte, con lo que incumplió lo establecido en la LGS, en el RLGS, en el Reglamento del IMSS, en la NOM - Atención de la Mujer en el Embarazo, en la GPC – Reducción de Cesárea, en el Lineamiento sobre Cesárea Segura y en la bibliografía especializada.

- **Atención médica brindada a V2 en el HGP 3A**

39. Para referirnos a la atención médica proporcionada a V2, es menester hacer reseña de que V1, quien cursaba un embarazo de 41 semanas de gestación el 9 de enero 2024 a las 16:15 horas, acudió al servicio de Urgencias del HGP 3A, toda vez que presentó actividad uterina irregular, por lo que fue internada. Desde su

internamiento, V1 cursó con poca progresión del trabajo de parto y AR durante el turno nocturno omitió realizar una adecuada y estrecha vigilancia del binomio materno-fetal, lo que retrasó el manejo oportuno (cesárea) de la resolución de éste y como consecuencia, V2 presentó asfixia perinatal severa secundaria a desprendimiento completo de placenta, además de ruptura uterina, que condicionó que al momento de su nacimiento, se obtuviera en paro cardiorrespiratorio, lo que repercutió en las complicaciones que posteriormente presentó, como lo fueron encefalopatía hipóxico isquémica⁴⁶, cardiomiopatía hipóxico isquémica⁴⁷, daño renal⁴⁸ y hepático⁴⁹, sepsis⁵⁰, importante deterioro hemodinámico⁵¹, respiratorio, neurológico y cardíaco, es decir, presentó falla multiorgánica, por lo que posteriormente falleció.

40. Cabe señalar que AR describió la técnica quirúrgica que realizó a V1 al practicarle la cesárea urgente y registró que advirtió ruptura uterina de 9 centímetros que se prolongaba al cérvix causando desgarro cervical de 6 centímetros con

⁴⁶ La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es una lesión de nacimiento causada por privación de oxígeno y un limitado flujo de sangre al cerebro del bebé durante o cerca del momento del nacimiento. Se caracteriza por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos, y a veces, convulsiones. Causa una lesión cerebral y puede resultar en parálisis cerebral y otros trastornos cognitivos y de desarrollo. Se estima que a partir de 4-5 minutos de anoxia (falta casi total del oxígeno en un tejido) las lesiones son irreversibles.

⁴⁷ Ocurre cuando el flujo sanguíneo al corazón se reduce, lo que impide que el músculo cardíaco reciba suficiente oxígeno. La reducción del flujo sanguíneo generalmente se produce debido a una obstrucción parcial o total de las arterias del corazón (arterias coronarias).

⁴⁸ Afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

⁴⁹ Es la insuficiencia hepática aguda es la pérdida rápida de la función del hígado.

⁵⁰ La sepsis es la respuesta abrumadora y extrema de su cuerpo a una infección. La sepsis es una emergencia médica que puede ser mortal.

⁵¹ Es una afección o estado en el que las funciones cardiovasculares de una persona se vuelven inestables, insuficientes o problemáticas debido a una afección subyacente, como la presión arterial alta. La inestabilidad puede provocar problemas en el sistema cardiovascular.

desprendimiento de placenta al 100% impregnada de meconio⁵², encontrándose V2 en cavidad abdominal, por lo que procedió a extraerlo; obteniéndose el día 10 enero de 2024 a las 05:28 horas, masculino con peso de 3750 gramos y talla de 50 centímetros (adecuados para su edad gestacional), APGAR 1/2/3⁵³, que fue entregado vivo al especialista en Pediatría para su atención inmediata. Por lo anterior, en la Opinión Especializada se pudo establecer que V2 cursó, previo a su nacimiento, con datos de sufrimiento fetal agudo con hipoxia intrauterina, esto secundario a un inadecuado e inoportuno manejo obstétrico brindado a V1. Es oportuno mencionar que no existe nota de atención inicial o reanimación neonatal, en donde se expliquen las acciones realizadas inmediatas al nacimiento, pero obra historia clínica neonatal donde personal médico especialista en Pediatría señaló las acciones de reanimación realizadas.

41. Subsecuentemente, respecto a V2 y según consta en la nota de ingreso a UCIN del 10 de enero 2024, con hora de elaboración a las 07:25 horas, personal médico especialista en Pediatría mencionó antecedentes personales, patológicos, obstétricos de V1, así como, las condiciones del nacimiento de V2; comentó que se trataba de paciente de una hora de vida con diagnóstico de recién nacido postérmino, asfixia severa, estado postparto⁵⁴, desequilibrio ácido-base⁵⁵ y se destacó el antecedente de desprendimiento de placenta del 100%, que ameritó cesárea urgente, obteniendo a V2

⁵² El líquido amniótico es el líquido que rodea al bebé en el útero. El meconio es la primera materia fecal del bebé, que es pegajosa, espesa y de color verdoso oscuro. El bebé suele expulsar esta sustancia dentro del útero al principio del embarazo y luego otra vez a los pocos días de haber nacido.

⁵³ Examen que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé, valora esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos, color de la piel, se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer. Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 7 a 10 puntos. A menor puntuación de Apgar, mayor mortalidad durante los primeros 28 días de vida. El riesgo de muerte neonatal es mayor con un puntaje de Apgar de 0-3 a los 5 minutos.

⁵⁴ El síndrome posparto cardíaco (SAP) es un estado clínico que afecta a las personas que sobreviven a un paro cardíaco.

⁵⁵ Los trastornos ácido-base son cambios patológicos en la presión parcial de dióxido de carbono (Pco₂) o el bicarbonato sérico (HCO₃⁻) que producen en forma típica valores de pH arterial anormales.

a las 05:28 horas, sin esfuerzo respiratorio, cianótico⁵⁶, pupilas midriáticas⁵⁷, frecuencia cardíaca menor de 60 latidos por minuto, a quien se le aspiraron secreciones hemáticas con líquido meconial⁵⁸ para posteriormente proceder de manera inmediata a intubar y dar compresiones cardíacas⁵⁹ durante 5 minutos, así como suministrar dosis de adrenalina⁶⁰ intratraqueal⁶¹, recuperando así la coloración, no obstante, persistía la bradicardia, por lo que se indicó segunda aplicación de medicamento⁶², con lo que se restableció la frecuencia cardíaca. Los resultados de la gasometría⁶³ de cordón umbilical que le fue realizada a V2, arrojaron datos de acidosis respiratoria⁶⁴, por lo que se colocó sonda orogástrica⁶⁵, aplicó vitamina K y gotas oftálmicas de cloranfenicol⁶⁶.

42. En la Opinión especializada se pudo observar que, posterior al nacimiento de V2, el diagnóstico emitido fue asfixia severa, más estado postparo cardiorrespiratorio y se solicitó adecuadamente su ingreso a la UCIN, en donde a su llegada se encontró con

⁵⁶ La cianosis se refiere a un color azulado en la piel y las membranas mucosas. La cianosis central se define como la coloración azulada de la piel y membranas mucosas debido a un aumento en sangre de la concentración de hemoglobina reducida (más de 3-5g/dL). Podría traducirse en una patología que ponga en peligro la vida.

⁵⁷ La midriasis es una respuesta del organismo que genera la expansión de la pupila como reacción a la luz tenue para intensificar la agudeza visual.

⁵⁸ El líquido amniótico es el líquido que rodea al bebé en el útero. El meconio es la primera materia fecal del bebé, que es pegajosa, espesa y de color verdoso oscuro. El bebé suele expulsar esta sustancia dentro del útero al principio del embarazo y luego otra vez a los pocos días de haber nacido.

⁵⁹ Las compresiones cardíacas son un procedimiento de primeros auxilios que se realiza en caso de paro cardíaco o cardiorrespiratorio. Se aplican en el pecho de la persona afectada para que el oxígeno llegue a sus órganos vitales.

⁶⁰ Medicamento vasoactivo utilizado en el tratamiento de la parada cardíaca, para aumentar la presión arterial y el flujo sanguíneo coronario y cerebral.

⁶¹ Procedimiento que implica colocar un tubo en la tráquea a través de la boca o la nariz para suministrar al paciente oxígeno y anestesia. Nota de alcance: Un procedimiento que implica la colocación de un tubo en la tráquea a través de la boca o la nariz con el fin de proveer al paciente con oxígeno y anestesia.

⁶² Adrenalina.

⁶³ Una prueba de gasometría arterial mide la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono en su sangre. También revisa la acidez en la sangre.

⁶⁴ La acidosis respiratoria es una afección que ocurre cuando sus pulmones no pueden eliminar todo el dióxido de carbono producido por su cuerpo. Esto hace que la sangre y otros líquidos del cuerpo se vuelvan demasiado ácidos.

⁶⁵ Es una sonda delgada, blanda y flexible que se utiliza para llevar líquidos al estómago.

⁶⁶ El cloranfenicol es un antibiótico que es principalmente bacteriostático.

restos hemáticos en piel, sin datos de sangrado activo, poca respuesta al medio externo y respiración acidótica⁶⁷, con movimientos tónico-clónicos⁶⁸ indicativos de crisis convulsivas, lo que requirió manejo anticonvulsivo. A la exploración física de ese momento se informó que V2 estaba bajo sedación, con ventilación mecánica⁶⁹, se le colocó catéter venoso umbilical, se solicitaron laboratorios, además de una radiografía toracoabdominal⁷⁰, por lo que concluyó que se encontraba grave con sospecha de crisis convulsivas secundarias a encefalopatía hipóxico-isquémica, con altas posibilidades de morbilidad⁷¹ y mortalidad, con pronóstico reservado, lo que se informó a familiares.

43. De manera tal que, en la Opinión Médica se observó que, derivado de la inadecuada atención brindada a V1 por el retraso en el manejo oportuno en la resolución del embarazo (cesárea), tuvo como consecuencia desprendimiento completo de placenta y ruptura uterina, lo que favoreció que V2 cursara con sufrimiento fetal⁷² agudo y asfixia severa, encontrándolo al nacimiento sin frecuencia cardíaca, por lo que requirió se le brindaran maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada⁷³, incluyendo intubación para ventilación mecánica⁷⁴. No obstante, a pesar de su recuperación secundaria a la atención médica adecuada proporcionada por personal

⁶⁷ Es un patrón respiratorio amplio, profundo y regular, propio de todos los estados de acidosis.

⁶⁸ Una convulsión tónico-clónica, antes conocida como convulsión gran mal, provoca una pérdida de conciencia y contracciones musculares violentas.

⁶⁹ La ventilación mecánica es un procedimiento médico que utiliza un aparato para ayudar a respirar a una persona. Se usa para sustituir o complementar la función respiratoria de personas que no pueden hacerlo por sí mismas.

⁷⁰ Una TC (tomografía computarizada) del tórax es un método imagenológico que utiliza rayos X para crear imágenes transversales del tórax y la porción superior del abdomen.

⁷¹ La OMS define a la morbilidad al señalar que se refiere a males, enfermedades, lesiones y discapacidades dentro de una población. Los datos acerca de la frecuencia y la distribución de una enfermedad pueden ayudar a controlar su propagación y, en algunos casos, es posible que pueda identificarse su causa.

⁷² El sufrimiento fetal es una complicación infrecuente del parto. Se produce, por lo general, cuando el feto no ha recibido suficiente oxígeno.

⁷³ RCP.

⁷⁴ La intubación endotraqueal se realiza para: Mantener la vía respiratoria abierta con el fin de suministrar oxígeno, medicamento o anestesia.

médico especialista en Pediatría, al nacimiento, presentó riesgo elevado de complicaciones asociados a la asfixia perinatal y al estado postparto, así como un mal pronóstico de sobrevida.

44. Por lo que también en la Opinión Médica se destacó que durante la valoración de V2 de las 11:00 horas de ese día (10 enero 2024), personal médico especialista en Pediatría y Neonatología lo reportó bajo sedoanalgesia⁷⁵ y refirió que al inicio del turno, presentó eventos convulsivos sin respuesta a anticomicial⁷⁶ prescrito, por lo que realizaron varios ajustes de dicho medicamento y se ordenó relajante muscular, lográndose que las crisis cesaran; señaló que se encontraba con datos clínicos de encefalopatía hipóxico-isquémica por antecedente de asfixia perinatal severa, ya en tratamiento que ameritaba un ultrasonido transfontanelar⁷⁷ y miocardiopatía⁷⁸ por elevación de enzimas cardíacas, indicándose vigilancia de bajo gasto⁷⁹.

45. Para las 13:40 horas de ese día, personal médico especialista en Pediatría y Neonatología informó que le colocó catéter arterial umbilical sin complicaciones y destacó la persistencia de fiebre y también que el reporte de leucocitosis y neutrófilos indicó sepsis, así como datos de falla o daño hepático por elevación de enzimas

⁷⁵ Según el American College of Emergency Physicians, la sedoanalgesia hace referencia a la administración de sedantes o agentes disociativos con o sin analgésicos, con la finalidad de lograr que el paciente tolere de un mejor modo el dolor que le ocasionan los procedimientos desagradables y a la misma vez mantenga su función cardiorrespiratoria.

⁷⁶ Fármacos prescritos para el tratamiento de crisis convulsivas.

⁷⁷ El ultrasonido trans-fontanelar sigue siendo el primer estudio que se realiza al neonato con sospecha de encefalopatía hipóxico-isquémica. Dentro del espectro de la EHI existen 2 signos que son fácilmente evaluables por ultrasonografía transfontanelar: la hemorragia de la matriz germinal (EMG) y la leucomalacia periventricular (LPV). La falta de flujo sanguíneo y oxigenación tisular lleva a una alteración en la autorregulación vascular cerebral que condiciona hipoxia y posterior isquemia cerebral con daño del parénquima sobre todo en el neonato.

⁷⁸ Es una enfermedad en la cual el miocardio resulta debilitado, dilatado o tiene otro problema estructural. Con frecuencia contribuye a la incapacidad del corazón para bombear o funcionar bien.

⁷⁹ El bajo gasto cardíaco es una afección que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre. Esto puede deberse a una disminución de la contractilidad del músculo cardíaco o a una falta de llenado del corazón.

cardíacas⁸⁰ lo que de acuerdo con la literatura médica especializada en asfixia se incrementa en presencia de hipoxia miocárdica⁸¹.

46. Durante el turno vespertino y nocturno (del 10 de enero 2024), en notas de evolución de las 16:20 y 22:00 horas, personal médico especialista en Pediatría señaló que V2 transitaba en estatus epiléptico y falla renal, con fiebre probablemente de origen central; encefalopatía hipóxica-isquémica Sarnat II⁸² (moderada) y frecuencias cardíacas elevadas hasta 200 latidos por minuto y fue reportado bajo sedoanalgesia, sin movimientos anormales, además de pupilas sin respuesta fotomotora y se indicaron laboratorios para valorar transfundir plasma por alto riesgo de coagulopatía⁸³, reportándolo muy grave con alto riesgo de falla orgánica múltiple y muerte, con mal pronóstico para la vida y la función, informándolo a los familiares.

47. Por lo anterior, en la Opinión Especializada se pudo observar que las atenciones médicas brindadas a V2 por el referido personal médico especialista en Pediatría y Neonatología estuvieron en apego a lo que establece la NOM – Atención a la mujer en embarazo, con la NOM – Org y Funcionamiento de UCI y con la GPC - DT Asfixia Neonatal.

⁸⁰ Las enzimas cardíacas, como la troponina y la creatina quinasa (CK-MB), desempeñan un papel vital en el funcionamiento normal del corazón. Sin embargo, los niveles elevados de estas enzimas pueden indicar un daño cardíaco.

⁸¹ La hipoxia miocárdica es el resultado de una desproporción entre el aporte y la demanda de oxígeno. Debido a la alta diferencia arteriovenosa coronaria, el miocardio no es capaz de lograr una mejora sustancial en el aporte de oxígeno mediante el aumento de la extracción de oxígeno de la sangre; por lo tanto, la única manera de satisfacer la mayor demanda de oxígeno es mediante un mayor aporte de sangre.

⁸² La estadificación de Sarnat es uno de los métodos más comunes utilizados para evaluar la gravedad de la EHI.

⁸³ Es un trastorno grave en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre se vuelven demasiado activas.

48. Igualmente, en relación con el tratamiento implementado a V2, constan indicaciones médicas de fecha 11 de enero de 2024, desde las 08:00 a las 13:40 horas, donde se hicieron diversos ajustes al mismo con base en su evolución, manejo subsecuente apropiado de acuerdo con las complicaciones que presentaba y al encontrarse hemodinámica y ventilatoriamente inestable, se indicó como plan continuar con apoyo mecánico ventilatorio, además de medicamentos para el control de las crisis convulsivas, antibióticos profilácticos⁸⁴ por la alta posibilidad de sepsis neonatal temprana y antipiréticos⁸⁵, además de que se solicitaron estudios de gabinete y laboratorio.

49. Del 11 al 13 de enero 2024 al continuar V2 en la UCIN, fue valorado en los diferentes horarios de atención por los especialistas en Pediatría y Neonatología, además de que se le realizó transfusión de plasma fresco congelado como medida preventiva de coagulopatía⁸⁶ por descenso de plaquetas y se dio mal pronóstico para la vida y la función, lo que también se informó a familiares. Horas más tarde de ese 13 de enero, se le encontró sin fiebre ni crisis convulsivas y se destacó la presencia de sangrado en cavidad oral al realizar aspiraciones, además de que se observó que en pupila derecha presentó iridodiálisis⁸⁷ y en la pupila izquierda hipema⁸⁸, ambas sin respuesta a la luz y sin reflejo al dolor, requiriendo además aumento de parámetros ventilatorios por desaturación de oxígeno en sangre, logrando mantenerse entre 85 y 90%; asimismo, se indicó vigilancia de respuesta inflamatoria sistémica, continuar

⁸⁴ Es la administración de un agente antimicrobiano antes de la realización de la incisión quirúrgica y tiene como objetivo reducir el desarrollo de infecciones del sitio quirúrgico.

⁸⁵ Todo fármaco que hace disminuir la fiebre.

⁸⁶ La coagulopatía es una afección en la que se altera la capacidad de la sangre para coagular (formar coágulos). Conduce a una tendencia a un sangrado prolongado o excesivo y ocurre espontáneamente o después de una lesión.

⁸⁷ La iridodiálisis se produce cuando el iris, la parte coloreada del ojo, se desprende de su base en el cuerpo ciliar.

⁸⁸ Presencia de sangre en el área frontal (cámara anterior) del ojo. La sangre se acumula por detrás de la córnea y frente al iris.

transfusión de plasma y manejo establecido, destacando la gravedad clínica ante nuevo hallazgo que denotaba mayor deterioro neurológico, por lo que fue diagnosticado con asfixia perinatal severa, falla renal aguda, estatus epiléptico, miocardiopatía hipóxica⁸⁹, encefalopatía hipóxica-isquémica, lo que se comunicó a familiares, quienes solicitaron y dejaron por escrito que no se realizaran maniobras extraordinarias en caso de que V2 presentara paro cardiorrespiratorio.

50. Es de importancia señalar que, debido a tales padecimientos de V2, la evolución de su estado neurológico iba en deterioro con altas posibilidades de muerte cerebral, por lo que el pronóstico era muy malo, esto a pesar del manejo médico brindado por los especialistas en Pediatría y Neonatología a cargo de su atención, quienes en todo momento se condujeron con apego en lo señalado en la GPC – DT de la Asfixia Neonatal.

51. Como se mencionó en líneas anteriores, los resultados de la gasometría que le fue realizada a V2, mostraron alcalosis respiratoria⁹⁰ por lo que se disminuyó la presión de ventilador mecánico, sin embargo, persistió sin respuesta a estímulos externos posterior al retiro de la sedación ni presencia de reflejos primitivos⁹¹, lo que se tradujo en encefalopatía hipóxica-isquémica Sarnat III (grave). En consecuencia, se solicitó valoración por Neurología Pediátrica, así como realización de estudios de función cerebral eléctrica para apoyar el diagnóstico de muerte cerebral.

⁸⁹ La miocardiopatía hipóxica isquémica está constituida por una amplia gama de síndromes clínicos cuya etiología es la falta de oxígeno en forma sostenida ocasionando diversos grados de alteración en la función cardíaca normal y cuyas manifestaciones clínicas, electrocardiográficas, radiológicas y laboratoriales dependerán de la intensidad del daño y la capacidad del miocardio de responder a este daño.

⁹⁰ Es una afección marcada por un nivel bajo de dióxido de carbono en la sangre debido a la respiración excesiva.

⁹¹ Los reflejos primitivos, también conocidos como reflejos primarios, arcaicos o reflejos neonatales, son respuestas automáticas e involuntarias que se observan en los recién nacidos y en los bebés durante sus primeros meses de vida. Estos reflejos son parte del desarrollo neuromuscular temprano y se originan en el sistema nervioso central.

52. El reporte de ultrasonido transfontanelar que le fue realizado a V2 reportó lesión hipóxico-isquémica⁹², además de edema cerebral y los médicos tratantes integraron los diagnósticos de asfixia perinatal severa y postparo, encefalopatía hipóxico-isquémica Sarnat III (grave) con estatus epiléptico y falla renal aguda, miocardiopatía hipóxica⁹³, además de sepsis en tratamiento.

53. Del 17 al 19 de enero 2024, V2 fue valorado por personal médico especialista en Pediatría, quien lo encontró sin grandes cambios en su evolución clínica y se reiteró alteraciones neurológicas, con altas posibilidades de muerte cerebral.

54. El 20 de enero 2024 durante los turnos del fin de semana, V2 fue examinado también por personal médico especialista en Pediatría, quien lo encontró en las mismas condiciones clínicas y se reiteró la falta de respuesta neurológica, sin respuesta a estímulos dolorosos y pupilas dilatadas; y durante el turno nocturno, se reportó con tendencia a la bradicardia⁹⁴ hasta de 80 latidos por minuto y que siendo las 03:30 horas del 21 de enero 2024, se encontró en mal estado general y con midriasis pupilar de 5 milímetros, sin frecuencia cardíaca, sin pulso, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación con compresiones de forma inmediata, sin recuperación de la frecuencia cardíaca, por lo que se declaró su defunción a las 03:50 horas, con los diagnósticos de choque cardiogénico⁹⁵, miocardiopatía⁹⁶, asfixia perinatal severa y desprendimiento total de placenta.

⁹² Lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional ≥ 35 semanas.

⁹³ La miocardiopatía hipóxica es una enfermedad del corazón que se produce por una falta de oxígeno sostenida. También se le conoce como isquemia miocárdica transitoria del recién nacido.

⁹⁴ La bradicardia es la frecuencia cardíaca baja. El corazón de los adultos en reposo suele latir entre 60 y 100 veces por minuto. Si tienes bradicardia, el corazón late menos de 60 veces por minuto.

⁹⁵ El choque cardiogénico, también conocido como choque cardíaco, ocurre cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno al cerebro y otros órganos vitales. Esta es una emergencia potencialmente mortal. Es tratable si se diagnostica de inmediato, por lo que es importante conocer las señales de advertencia.

55. En consecuencia, en la Opinión Médica se observó que, a pesar del adecuado manejo médico que le fue proporcionado a V2, al tratarse de un recién nacido a término, con antecedente de haber presentado asfixia perinatal severa a consecuencia de una inadecuada e inoportuna atención obstétrica materna, cursó con complicaciones secundarias a la hipoxia intrauterina⁹⁷, consistentes en crisis convulsivas como signos de encefalopatía hipóxico isquémica a nivel cardíaco, miocardiopatía hipóxico isquémica, evolucionando desde su nacimiento de forma tórpida, en importante deterioro hemodinámico, respiratorio, infeccioso (sepsis), neurológico, posteriormente, a nivel hematológico se agregó la presencia de trombocitopenia⁹⁸, daño renal y hepático, es decir con falla multiorgánica, lo que trajo como consecuencia su fallecimiento.

B. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

56. Las etapas del embarazo, parto y puerperio constituyen un proceso fisiológico y multidimensional de las mujeres, en el que se debe proteger su vida y su salud, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la maternidad, además del aspecto médico, involucra las nociones de equidad y violencia de género.

57. Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la OMS ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada; igualmente, ha establecido estándares

⁹⁶ Es una enfermedad en la cual el miocardio resulta debilitado, dilatado o tiene otro problema estructural. Con frecuencia contribuye a la incapacidad del corazón para bombear o funcionar bien.

⁹⁷ La hipoxia intrauterina es una condición que se produce cuando el feto no recibe suficiente oxígeno. También se le conoce como hipoxia fetal.

⁹⁸La trombocitopenia es una afección que aparece cuando el recuento de plaquetas de la sangre es demasiado bajo.

sobre los cuidados que se deben de tener y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento.

58. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que:

La violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto.

59. Los artículos 2 y 5 fracción IV, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, acotan que ésta se refiere a cualquier acción u omisión basada en su género, por lo cual es obligación de los tres órdenes de gobierno, asegurar a todas las mujeres el ejercicio de ese derecho. La violencia contra la mujer como violación de los derechos humanos y como forma de discriminación contra la mujer, está prohibida por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

60. Se hace referencia, además, de la vulneración de VI en sus derechos desde la perspectiva de género, partiendo de lo establecido en la Recomendación General No. 19/1992, emitida por el Comité de la CEDAW, en la que se declaró que, la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación dirigida contra las mujeres por su condición de ser mujer y que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Misma que refiere aplica a la violencia perpetrada por las autoridades. Esos actos de violencia también pueden constituir una violación de las obligaciones del Estado, en virtud del derecho internacional sobre derechos humanos y otros convenios.

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

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

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

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

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

66. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, establece en sus artículos 1, 3, 4, incisos a), 7, inciso a) y b), 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

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

68. En ese sentido, la OMS en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que, “(...) el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...)”.

B.1. Violaciones al derecho humano a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1

69. En la queja formulada el 14 de enero de 2024 por QVI, derivado de la inadecuada supervisión de AR durante el turno nocturno, comentó:

Que todo esto pasó derivado a que ella estuvo solicitando la atención médica para que naciera su hijo horas antes, pero hasta que percataron de que ya estaba muy mal, fue que la intervinieron ocasionando el estado de gravedad de su hijo.

70. Es decir, V1 refirió la necesidad de que se le proporcionara atención médica, la cual no sucedió hasta que se convirtió en una urgencia obstétrica.

71. Asimismo, de las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR ejerció violencia obstétrica en agravio de V1, toda vez que posterior al terminó del turno del personal médico que se encontraba el 9 de enero de 2024 de las 14:00 a las 20:30 horas, en el área de labor, no se cuenta con evidencia de que de las 20:30 a las 01:03 horas se le haya brindado vigilancia del binomio materno-fetal por algún médico especialista en Ginecoobstetricia, advirtiéndose, a través de la nota de evolución, que

AR la valoró hasta las 01:03 horas del 10 de enero 2024, lo que se traduce en que V1, durante casi cuatro horas y media no recibió cuidado, vigilancia y valoración por parte algún especialista en Ginecoobstetricia.

72. También, se observó que, no obstante que AR no describió anormalidad alguna en la valoración de V1 el 10 de enero 2024 a las 07:25 horas, procedió a activar el código ERI para interrupción del embarazo por vía abdominal de manera urgente.

73. De igual forma, ante la falta de progresión del trabajo de parto en V1, era indicativo que AR debió elegir, de manera oportuna la interrupción del embarazo vía abdominal de manera oportuna, por sus antecedentes ya descritos, para de esa forma, reducir los posibles inconvenientes de una innecesaria la postergación de la gestación, tales como el sufrimiento fetal y ruptura uterina.

74. Por lo que, como ya se mencionó, AR omitió practicar un ultrasonido obstétrico, estudio coadyuvante indicado en la evaluación durante el inicio del trabajo de parto, para descartar alteraciones en la placenta y/o compromiso fetal inminente, entre otros, con la finalidad de evitar complicaciones inesperadas; actuaciones que no llevó a cabo, derivado de una falta de vigilancia estrecha y un correcto llenado del Partograma, que le hubiera permitido optar por una resolución del embarazo de forma correcta y a tiempo, en razón del bienestar materno fetal; sin embargo, se convirtió en una urgencia obstétrica y puso en peligro su vida y posterior muerte de V2, con lo que se denota en forma contundente la mala calidad en la atención obstétrica proporcionada a V1.

75. En consecuencia, AR contravino las disposiciones establecidas en el Lineamiento sobre Cesárea, en la NOM – Atención a la mujer en el embarazo, así como en la NOM – Del Expediente Clínico y en la bibliografía médica especializada, por lo

que debió atenderse el bienestar físico de V1, partiendo del respeto a sus derechos humanos, lo que, al no haber sucedido, vulneró su derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

76. La CEDAW ha referido que la violencia de género, “no se trata de casos aislados, esporádicos o episódicos de violencia, sino de una situación estructural y de un fenómeno social y cultural enraizado en las costumbres y mentalidades” y que estas situaciones de violencia están fundadas “en una cultura de violencia y discriminación basada en el género”.

77. Este tipo de discriminación puede, indudablemente, afectar la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva que ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales.

78. En ese orden de ideas, la CrIDH ha hecho hincapié en el rol de importancia que tienen los médicos y otros profesionales de la salud en salvaguardar la integridad personal que se encuentran en los hospitales; además, ha referido que en entornos institucionales tales como hospitales públicos o privados, el personal médico encargado del cuidado de los pacientes, ejerce un fuerte control o poder sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia, siendo un espacio óptimo para que los pacientes reciban tratos crueles, inhumanos y degradantes.

C. DERECHO HUMANO A LA VIDA

79. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos y en las normas internacionales⁹⁹, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

80. Al respecto la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida:

Es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. Debido al carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.

81. En ese sentido, la SCJN ha determinado que:

Existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado.

82. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021¹⁰⁰, señaló que:

Existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación

⁹⁹ Artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

¹⁰⁰ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

83. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR, que estuvo a cargo de su atención en el HGP 3A también son el soporte que permitió acreditar la violación al derecho a la vida de V2 con base en lo siguiente:

C.1. Violación al derecho humano a la vida de V2

84. En la Opinión Médica se determinó que AR omitió brindar a V1 una atención médica adecuada al presentar un embarazo de 41 semanas, por no haberle realizado un ultrasonido obstétrico para descartar alteraciones en la placenta y/o compromiso fetal inminente, entre otros, lo que derivó en una falta de vigilancia al binomio y un correcto llenado de Partograma, que le hubiera permitido optar por una resolución del embarazo de forma correcta y a tiempo, en razón del bienestar materno fetal, lo que trajo como consecuencia que V2 perdiera la vida.

85. Es así, como AR, personal médico encargado de prestar los servicios de salud que V1 requería, omitió considerar la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba, al tratarse de un embarazo de término ante lo que binomio madre-feto debió recibir una atención prioritaria, así como una adecuada y oportuna vigilancia ante la falta de avance del trabajo de parto, en virtud de que trascurrieron casi cuatro horas y media para que la valorara, lo que retrasó la toma de decisiones y ameritó de manera urgente la interrupción del embarazo vía cesárea, generándose condiciones que pusieron en riesgo su vida y que tuvieron como consecuencia que V2 presentara falla multiorgánica y complicaciones graves por las que posteriormente falleció.

86. De lo expuesto, se concluye que AR quien estuvo a cargo de la atención de V1 durante la atención del parto en el turno nocturno del 9 de enero de 2024 en el HGP 3A, vulneró el derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica y como consecuencia de ello a la vida y al interés superior de la niñez de V2, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

D. VULNERACIÓN DEL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2

87. Este principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo noveno de la Constitución Política, 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.

88. De igual forma, los artículos 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño; así como 14 y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en términos generales establecen los derechos de niños, niñas y adolescentes a la máxima medida posible de supervivencia y desarrollo, al más alto nivel de salud y a las medidas de protección que en su condición de personas menores de edad debe garantizar el Estado.

89. En ese sentido, 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, tutores, 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 estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

90. 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; asimismo, en el artículo 3.1 se 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.

91. 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.”

92. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, 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.

93. La SCJN ha considerado que, respecto al interés superior del menor, cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo:

Se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior, el interés superior del menor es un concepto triple, al ser un derecho sustantivo; un principio jurídico interpretativo fundamental; y una norma de procedimiento. Dicho derecho prescribe que se observe en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño, lo que significa que, en cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. Las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas en esferas relativas a la salud deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses.

94. Por otra parte, la protección más amplia de las niñas, niños y adolescentes no sólo consiste en protegerles cuando exista un daño causado, sino prevenir cualquier situación que lo ponga en peligro, en los términos del criterio jurisprudencial siguiente:

95. El principio de interés superior implica que los intereses de los niños deben protegerse con mayor intensidad, por lo que no es necesario que se genere un daño a los bienes o derechos de los niños para que se vean afectados, sino que basta con que éstos se coloquen en una situación de riesgo. Aquí conviene hacer una precisión sobre el concepto de riesgo. Si éste se entiende simplemente como la posibilidad de que un daño ocurra en el futuro, es evidente que la eventualidad de que una menor sufra una afectación estará siempre latente. Cualquier menor está en riesgo de sufrir una afectación por muy improbable que sea. Sin embargo, ésta no es una interpretación muy razonable del concepto de riesgo. Así, debe entenderse que el aumento del riesgo se configura normalmente como una situación en la que la ocurrencia de un evento

hace más probable la ocurrencia de otro, de modo que el riesgo de que se produzca este segundo evento aumenta cuando se produce el primero. Aplicando tal comprensión a las contiendas donde estén involucrados los derechos de los menores de edad, y reiterando que el interés superior de la infancia ordena que los jueces decidan atendiendo a lo que resultará más beneficioso para el niño, la situación de riesgo se actualizará cuando no se adopte aquella medida que resultará más beneficiosa para el niño, y no sólo cuando se evite una situación perjudicial.

96. En la Observación General número 15 –de 2013–, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), se exhortó a los Estados parte a que sitúen el interés superior de la niñez en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y su desarrollo; asimismo, se señalaron tres acciones para ejemplificar acciones en favor de este derecho:

- a) Orientar, cuando sea viable, las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas;
- b) Contribuir a la solución de los conflictos de intereses entre padres y trabajadores sanitarios; y
- c) Determinar la elaboración de políticas orientadas a reglamentar las acciones que enrarecen los entornos físicos y sociales en los que los niños viven, crecen y se desarrollan.

97. El Comité resaltó la importancia de que todas las decisiones que se adopten por el personal sanitario respecto a los tratamientos que le son prescritos y otorgados; así como las determinaciones y acciones que nieguen o suspendan los mismos, deben tener como fundamento central el interés superior de la niñez. El Estado es responsable de establecer procedimientos y criterios para orientar a los trabajadores sanitarios en preponderar el interés superior de la niñez en la esfera de la salud de acuerdo con sus

atribuciones y funciones que la legislación contempla para ello; además de otros procesos vinculantes formales disponibles para definir el interés superior de la niñez.

98. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que las niñas y los niños que viven con discapacidad intelectual y padecen 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.

99. Con base en lo anterior, AR personal médico adscrito al HGP 3A que estuvo a cargo de la atención médica de V1, debió tener en cuenta que se trataba de una persona en una condición de vulnerabilidad por tratarse de un embarazo de riesgo y que presentó diversa sintomatología que ameritaba atención especializada inmediata para prevenir complicaciones durante el parto; sin embargo, ante la falta de atención idónea y de calidad que estaba obligada a brindarle, tuvo como consecuencia el fallecimiento de V2.

100. De lo expuesto, se concluye que AR transgredió los derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica de V1 y como consecuencia de ello a la vida y al interés superior de la niñez de V2, previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 4º, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 6º, 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; los que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en las que se encuentren relacionados niños, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

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

101. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

102. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹⁰¹, consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”¹⁰².

103. Por su parte, la CrIDH¹⁰³ ha señalado la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, al ser una guía para el tratamiento médico, para conocer el estado de la persona enferma y las consecuentes responsabilidades; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben

¹⁰¹ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

¹⁰² CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

¹⁰³ Sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza¹⁰⁴.

104. De igual forma, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, al contener información, datos personales y documentación en los que se hacen constar las intervenciones del personal del área de la salud, se describe el estado de salud de la persona paciente y contiene datos acerca de su bienestar físico, mental y social.

105. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho humano de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida¹⁰⁵.

106. También se ha establecido que el derecho humano a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el

¹⁰⁴ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

¹⁰⁵ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona¹⁰⁶.

107. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V1 que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada.

E.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V1 en el HGP 3A

108. Del expediente clínico formado en el HGP 3A por la atención médica que se le brindó a V1, este Organismo Nacional advirtió en la Opinión Médica que la nota de su ingreso hospitalario del 9 de enero 2024 a las 17:06 horas, no tiene membrete institucional, además de que no se registró la especialidad ni cédula profesional del personal médico que la realizó, solo consta su nombre con letra de molde y firma, incumpliendo con la NOM - Del expediente clínico, en su numeral 5.10.

109. De igual manera, se observó que posterior al terminó del turno de las 20:30 a las 01:03 horas, que V1 se encontraba en el servicio de Tococirugía, no se cuenta con evidencia escrita en el expediente clínico, de que ese 9 de enero de 2024 se le haya brindado a V1 por algún médico especialista en Ginecoobstetricia la vigilancia estrecha del binomio y fue hasta el 10 de enero 2024 que consta el registro de la frecuencia cardíaca fetal y una cifra de tensión arterial materna en el Partograma, sin embargo, no se especificó quién realizó el reporte ni el estado clínico de V1. Igualmente, se detectó

¹⁰⁶ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

que el 10 de enero de 2024 se emitió la nota de alta de V1 a las 12:10 horas, donde se diagnosticó que se encontraba en espera de valoración de médico adscrito a la UCI, no obstante no hay información en el expediente clínico de que se haya llevado a cabo dicha valoración. En la nota de ingreso y evolución en piso de Obstetricia de V1 del 10 de enero 2024 a las 22:00 horas, personal médico no plasmó nombre completo y la matrícula se encuentra ilegible. Asimismo, durante las valoraciones del 14 de enero 2024 a las 09:00, 13:36, 15:00 y 22:00 horas, que le fueron realizadas a V1 se advirtió hemoglobina 7.7 g/dl, anemia grado III indicativo de transfusión, sin que se haya precisado en las notas médicas el motivo del descenso de ésta. Además, la nota de alta de V1 de 16 de enero 2024 en piso de Obstetricia se encuentra incompleta, toda vez que falta la parte final que incluye indicaciones de egreso y nombre del médico emisor.

110. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico de V1 constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben¹⁰⁷.

111. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persiste en no dar cumplimiento a la NOM-Del Expediente Clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

¹⁰⁷ Como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

112. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

113. La responsabilidad de AR, personal médico adscrito al HGP 3A, provino de la falta de diligencia con que se condujo en la atención proporcionada a V1, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica, así como el derecho a la vida y al interés superior de la niñez de V2, como se constató en las consideraciones de la Opinión Especializada, con base en lo siguiente:

113.1. El 9 de enero de 2024, AR omitió realizar una vigilancia estrecha de V1 durante el turno nocturno, cuando se encontraba en el área de Tococirugía, no obstante que el mismo comenzó a las 20:30 horas y por tanto, ante los factores de riesgo que V1 presentaba, debió indicar una cesárea electiva y no dejar a libre progreso el trabajo de parto hasta que se convirtió en una urgencia obstétrica.

113.2. AR omitió practicar a V1 un ultrasonido obstétrico, a efecto de descartar alteraciones en la placenta y/o compromiso fetal inminente, lo que condicionó un retraso en la toma de decisiones favoreciendo en ella ruptura uterina, desprendimiento completo de placenta y hemorragia obstétrica, con lo que se

puso en riesgo su vida y trajo como consecuencia complicaciones graves en V2 que lo llevaron a la muerte.

113.3. AR omitió realizar un correcto llenado del Partograma, lo que le hubiera permitido optar por una resolución del embarazo de forma correcta y a tiempo, en razón del bienestar materno fetal.

114. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1 igualmente constituyen responsabilidad por parte del personal médico del servicio de Tococirugía, los cuales, como ya se precisó, infringió los lineamientos establecidos en las NOM-Del Expediente Clínico.

115. Por lo expuesto, AR incumplió las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, así como respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución.

116. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista ante el OIC-IMSS, en contra de AR por las irregularidades en que incurrió en la atención médica proporcionada a V1 y que tuvieron como consecuencia que V2 perdiera la vida, a efecto que, de ser el caso, se realice la

investigación correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

117. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

V.2. Responsabilidad institucional

118. Conforme a lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 1o. de la Constitución Política, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

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

120. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

121. Asimismo, la CNDH advirtió con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de la persona servidora pública que ha sido señalada en la presente, también incurrió en responsabilidad institucional, toda vez que del análisis a la documentación del expediente clínico de V1, se advirtió que no se cuenta con evidencia escrita de que se haya brindado por algún médico especialista en Ginecoobstetricia la vigilancia estrecha del binomio materno-fetal de las 20:30 a las 01:03 horas del 9 de enero de 2024. Igualmente, el 10 de enero de 2024 se emitió la nota de alta de V1 y en la misma se especificó que se encontraba en espera de valoración de médico de UCI, sin embargo, no hay evidencia de que efectivamente haya sido valorada.

122. En tal contexto, esta CNDH encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y a una vida libre de violencia obstétrica en su agravio, así como a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V2, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, QVI, VI1 y V12 y las irregularidades señaladas en los párrafos precedentes, lo que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

123. 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 1o., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

124. Para tal efecto, de conformidad con los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., 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, 75, fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica de V1, así como a la vida de V2, además del acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, QVI, VI1 y VI2, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que accedan a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

125. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, de las Naciones Unidas; así como diversos criterios de la CrIDH, al considerarse 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, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos; de igual manera, identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

126. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH¹⁰⁸ enunció 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.

127. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una trasgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

¹⁰⁸ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

VI.1. Medidas de rehabilitación

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

129. Por ello el IMSS, en coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, deberán proporcionar en su caso a QVI, V1, VI1 y VI2 atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, V1, VI1 y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que 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 les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

VI.2. Medidas de compensación

130. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, consiste en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el

menoscabo de valores muy significativos (...), (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”¹⁰⁹.

131. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, así como de V2, QVI, VI1 y VI2 a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a V1, V2, QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

132. 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 ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

¹⁰⁹ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

133. 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 ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome 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 la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

VI.3. Medidas de satisfacción

134. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la LGV, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

135. El IMSS deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presentará ante el OIC-IMSS, en contra de AR por las irregularidades en que incurrió en la atención médica proporcionada a V1 y que tuvieron como consecuencia que V2 perdiera la vida, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el

caso se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo cual se deberá informar a este Organismo Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

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

VI.4. Medidas de no repetición

137. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la LGV, consiste en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

138. Al respecto, las autoridades del IMSS deberán impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la

salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida y al interés superior de la niñez en términos de la legislación nacional; así como la debida observancia y contenido de la LGS, del RLGS, del Reglamento del IMSS, del Lineamiento - Cesárea Segura, de la NOM – Atención a la mujer en embarazo, de la NOM – Del Expediente Clínico, así como de la bibliografía médica especializada, dirigido al personal médico del servicio de Tococirugía del HGP 3A, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

139. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico adscrito al servicio de Tococirugía del HGP 3A que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la LGS, en el RLGS, en el Reglamento del IMSS, en el Lineamiento - Cesárea Segura, en la NOM – Atención a la mujer en embarazo, así como en NOM – Del Expediente Clínico y en la bibliografía médica especializada, a efecto de que preste una atención médica oportuna y de calidad, conforme a lo establecido en los artículos 19, fracción I, 21 y 26 del Reglamento de la LGS, para que las personas reciban una valoración interdisciplinaria por personal médico capacitado y sensibilizado con el padecimiento respectivo; además de ser evaluados de manera integral, así como para la integración del expediente clínico, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su

cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

140. 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 consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

141. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. 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 de V2, QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a V1, V2, QVI, VI1 y VI2,

que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su colaboración.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a V1, QVI, VI1 y VI2, atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para V1, QVI, VI1 y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que 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 les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, 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. El IMSS deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presentará ante el OIC-IMSS, en contra de AR por las irregularidades en que incurrió en la atención médica proporcionada a V1 y que tuvieron como consecuencia que V2 perdiera la vida, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Publicas de la presente Recomendación; ello con el fin de que, de ser el caso se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo cual se deberá informar a este Organismo Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente

se realicen.

CUARTA.- El IMSS deberá de impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida y al interés superior de la niñez en términos de la legislación nacional; así como la debida observancia y contenido de la LGS, del RLGS, del Reglamento del IMSS, del Lineamiento - Cesárea Segura, de la NOM – Atención a la mujer en embarazo, de la NOM – Del Expediente Clínico, así como de la bibliografía médica especializada, dirigido al personal médico del servicio de Tococirugía del HGP 3A, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico del servicio de Tococirugía del HGP 3A, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la LGS, en el RLGS, en el Reglamento del IMSS, del Lineamiento - Cesárea Segura, así como en la NOM – Atención a la mujer en embarazo, en la NOM – Del Expediente Clínico y en la bibliografía médica especializada, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas

Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Designen 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 Nacional.

142. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley; así como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1o., párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

143. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

144. Con base al fundamento jurídico previamente señalado, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen

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

145. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo 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

CEFM