



RECOMENDACIÓN NO. 80/2025.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DE TIPO OBSTÉTRICA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV1, ASÍ COMO AL PROYECTO DE VIDA DE QV1, VI1, VI3 Y VI4, A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE VI1 Y VI2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 CON MEDICINA FAMILIAR EN LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 35 Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 5, AMBAS UBICADAS EN LA CIUDAD DE GUERRERO NEGRO, BAJA CALIFORNIA SUR, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 30 de mayo de 2025.

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo; 4, 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el



expediente **CNDH/4/2023/13583/Q**, relacionado con la atención brindada a QV1 en el IMSS.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 64, y 115, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 10, 11 y 12, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Esa información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, en un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las respectivas medidas de protección de esos datos.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y/o abreviaturas utilizadas, son las siguientes:

Denominación	Claves
Persona Quejosa y Víctima Directa	QV1
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médica Residente	PMR
Persona Médica Becaria	PMB
Semana de gestación	SDG



Producto de la gestación	PG
Queja médica sobre el caso de QV1 que se inició la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	Queja Médica
Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado iniciado ante el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado Regional del IMSS en Baja California Sur	ERP
Expediente del Juicio de Nulidad en contra de la resolución negativa ficta del expediente de Reclamación Patrimonial del Estado, radicado ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa	JN

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

INSTITUCIONES	
Nombre	Sigla/ Acrónimos/ Abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Comisión Ejecutiva de Atención y Víctimas	CEAV



Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 5 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guerrero Negro, Baja California Sur	HG No. 5
Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Paz, Baja California Sur	HGZ No. 1
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Unidad Médica de Medicina Familiar-UMAA 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Paz, Baja California Sur	UMMF-UMAA 34
Unidad de Medicina Familiar No. 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guerrero Negro, Baja California Sur	UMF No. 35

NORMATIVIDAD	
Nombre	Sigla/Acrónimos/ Abreviaturas
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM



Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	LGAMVLV
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	LGIEMH
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	CEDAW
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación Servicios de Atención Médica	RLGS-MPSAM
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM-IMSS
Catálogo Maestro de Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-028-08, Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente	GPC-IMSS-028-08
Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica GPC-IMSS-589-19, Diagnóstico y Manejo de Anomalías en la inserción placentaria y vasa previa	GPC-IMSS-589-19
Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-028-22, para la atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo	GPC-IMSS-028-22
Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-028.22, para el Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente.	GPC-IMSS-028.22
Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-500-11, Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino	GPC-IMSS-500-11



Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-058-08, Detección, Diagnóstico y Tratamiento en las enfermedades Hipertensivas del Embarazo en los tres niveles de atención	GPC-IMSS-058-08
Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-567-12, Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único	GPC-IMSS-567-12
Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-320-10, actualización 2016, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo	GPC-IMSS-320-10
Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Catalogo Maestro IMSS-020-08	IMSS-020-08
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico	NOM-007-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA2-2013, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-004-SSA2-2013
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia de la Secretaría de Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2007	LTPDMP/E-SS-CNEGSR



I. HECHOS

5. El 22 de agosto de 2023, esta CNDH recibió la queja de QV1 por presuntos actos y omisiones violatorios de sus derechos humanos, atribuibles a personal médico del Hospital General No. 5. En ella señaló que, el 1 de diciembre de 2022, cursando 35 SDG y sensación de hipomotilidad fetal¹, acudió a dicho hospital, donde se le realizó un ultrasonido obstétrico² que confirmó que su PG presentaba diagnóstico de oligohidramnios³ y que ella mantenía una dilatación⁴ de 1 cm.

6. El 2 de diciembre de 2022, QV1 fue trasladada en ambulancia al Hospital General de Zona No. 1, donde el personal médico que la valoró desestimó el diagnóstico previo de oligohidramnios y le indicó que debía esperar entre una y dos semanas para el parto. Según refiere QV1, fue ingresada al área de hospitalización sin recibir el seguimiento médico adecuado, ya que no se le practicaron estudios de control, como un ultrasonido, a pesar de que percibía una disminución progresiva en los movimientos de su PG.

7. El 5 de diciembre de 2022, personal médico del mismo hospital realizó otra revisión, informando que era probable que el producto no estuviera recibiendo suficiente oxigenación, por lo que se indicó la realización de una cesárea al día siguiente.

¹ Se refiere a la pérdida del bienestar fetal y no debe dejarse pasar por alto, dado que se registran casos que necesitan intervención.

² Las imágenes por ultrasonido es un examen médico no invasivo que ayuda a los médicos a diagnosticar y tratar condiciones médicas.

³ El nivel bajo de líquido amniótico, también llamado oligohidramnios, es una afección grave. Se produce cuando la cantidad de líquido amniótico es inferior a la esperada para la edad gestacional del bebé.

⁴ 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).



8. El 6 de diciembre, se le practicó la intervención quirúrgica, durante la cual se extrajo al PG sin frecuencia cardíaca, en estado necrótico⁵ y con signos de sufrimiento fetal, hipoxia y aspiración de meconio. Finalmente, QV1 señaló que el 11 de diciembre de 2022 fue trasladada nuevamente al HG No. 5 en ambulancia, siendo dada de alta al día siguiente.

9. Por lo expuesto anteriormente, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/4/2023/13583/Q**, para la investigación y documentación de las posibles violaciones a los derechos humanos. De igual manera, se solicitó diversa información al IMSS, se realizaron diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia del expediente clínico de QV1 con motivo de la atención médica que le fue brindada, entre otras documentales, cuya valoración lógica-jurídica, es objeto de análisis en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Pruebas” de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de QV1 recibido en esta Comisión Nacional por medios electrónicos el 22 de agosto de 2023, por presuntas violaciones a sus derechos humanos, atribuibles a personal médico del HGZ No. 1, el HG No. 5 y la UMF No. 35.

11. Correo electrónico de 09 de octubre de 2023, mediante el cual personal del IMSS dio respuesta a la solicitud de información hecha por personal de esta Comisión Nacional el 14 de septiembre de 2023, mediante el cual adjuntó el expediente clínico integrado por la atención médica otorgada a QV1 en el HG No. 5

⁵ Es la muerte de tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido.



y del HGZ No. 1, entre otras constancias relevantes, de las cuales se destaca lo siguiente:

➤ **Expediente clínico de QV en el HG No. 5**

11.1 Nota de referencia y contrarreferencia de 01 de diciembre de 2022, suscrita por AR2, personal médico adscrito al servicio de Ginecología del HG No. 5;

11.2 Interpretación de Ultrasonido Obstétrico de 03 de diciembre de 2022, suscrito por PSP7

➤ **Expediente clínico de QV en el HGZ No. 1**

11.3 Oficio 030103200200/D.0807/2023 de 27 de septiembre de 2023, suscrito por la persona titular de la Dirección del HGZ No. 1, con el cual presentó un informe detallado sobre la atención brindada a QV1 en esa Unidad Médica, acompañado de los informes de AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 1, sobre la atención médica brindada a QV1;

11.4 Nota de Triage Obstétrico de 03 de diciembre de 2022 a las 00:27 horas;

11.5 Consentimiento informado para la atención médica de 03 de diciembre de 2022 a las 01:00 horas, suscrito por AR7;

11.6 Nota de ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia del 03 de diciembre de 2022 a las 01:00 horas, suscrita por AR7, PMR1 y PMB2;



11.7 Partograma de QV1 de 03 de diciembre de 2022 a las 01:00 horas, suscrito por AR7;

11.8 Nota de indicaciones médicas de 03 de diciembre de 2022 a las 07:00, 13:00 horas, suscritas por personal adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, así como similar de la misma fecha y hora ilegible;

11.9 Interpretación de informe de resultados de Laboratorio de 03 de diciembre de 2022 a las 04:36 horas y 07 de diciembre de 2022 a las 07:28 horas;

11.10 Hoja de indicaciones médicas de 04 de diciembre del mismo año a las 07:00 horas, firmadas por AR9 y de 05 de diciembre de 2022 a las 07:00 horas, sin nombre del personal médico que las elaboró;

11.11 Nota médica inicial de 04 de diciembre de 2022 a las 01:25 horas, elaborada por AR8 y PMB1;

11.12 Nota de evolución de 04 de diciembre de 2022 a las 11:46 horas, suscrita por AR9 y PMB3;

11.13 Nota de evolución de 04 diciembre de 2022 a las 23:09 horas elaboradas por AR8 y PMB2 y nota médica del 05 de diciembre del mismo año a las 10:51 horas, elaborada por AR10 y PMB2;



11.14 Nota de evolución de 05 de diciembre 2022 a las 14:47 horas, suscrita por AR11 y PBM4 y nota médica de 06 de diciembre de 2022 a las 11:00 horas, firmada por PSP10 y PMB2;

11.15 Hoja de consentimiento informado para recibir la transfusión de hemoderivados durante la atención médica de 05 de diciembre de 2022, firmada por AR12;

11.16 Solicitud y registro de intervención quirúrgica de 05 de diciembre de 2022, firmada por AR12;

11.17 Carta de consentimiento bajo información para el procedimiento anestésico de 05 de diciembre de 2022, con nombre del personal médico que lo firmó ilegible;

11.18 Nota preoperatoria de 06 de diciembre de 2022 a las 10:50 horas, elaborada por AR12;

11.19 Nota postanestésica de 06 de diciembre de 2022 a las 13:25 horas, suscrita por personal médico adscrito al servicio de Anestesiología;

11.20 Nota de postquirúrgica de 06 de diciembre de 2022 a las 14:11 horas, suscrita por AR12 y notas de indicaciones postquirúrgicas de la misma fecha a las 14:07 horas, elaboradas por AR12;

11.21 Nota médica de 07 de diciembre de 2022 a las 11:06 horas, suscritas por AR13 y PMB2;



11.22 Nota médica de 07 de diciembre de 2022 a las 15:25 y 16:02 horas, suscritas por AR11;

11.23 Nota postquirúrgica de 08 de diciembre de 2022 a las 14:11 horas, suscrita por AR12;

11.24 Nota médica de 08 diciembre de 2022 a las 20:04 horas y nota de médica de 11 de diciembre de 2022 a las 19:41 horas, elaboradas por personal adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 1;

11.25 Consentimiento informado en Planificación Familiar de 08 de diciembre de 2022, con nombre del personal médico que lo elaboró ilegible;

11.26 Carta de consentimiento informado para ingresar a hospitalización, de 11 de diciembre de 2022;

11.27 Hoja de alta hospitalaria de las 09:18 horas y nota de Egreso a las 08:35 horas, elaboradas el 12 de diciembre de 2022, por personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 1;

11.28 Historia clínica de QV1 sin fecha, ni hora de elaboración, suscrita por AR7.

12. Correo electrónico de 18 de enero de 2024, por medio del cual, personal del IMSS remitió diversas constancias relacionadas al caso de QV1, de las cuales se destacan las siguientes:



12.1 Acuerdo de 20 de octubre de 2023, en el que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, determinó la Queja Médica como procedente desde el punto de vista médico;

12.2 Oficio número 095217614D10/1774 de 26 de diciembre de 2023, por el cual personal del IMSS dio vista al OIC - IMSS, de los hechos que dieron origen a esta Recomendación;

12.3 Oficios números 03 07 01 08 2151/DIR0065/2024 de 16 de enero de 2024, suscrito por la persona encargada del despacho del HG No. 5, dirigido al personal de las áreas de Ginecología, Urgencias y Médico General, Trabajo Social y Asistentes Médicas de ese nosocomio, a través del cual se “les informa la obligatoriedad del *Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidad Médica de Primero, Segundo y Tercer Nivel de atención 2650-A03-005* y el apego al *lineamiento técnico para la atención amigable durante el embarazo nacimiento y puerperio para prevenir la violencia obstétrica*”; y 030109612600/JGYO/001/2024 de la misma fecha, suscrito por la persona titular de la jefatura del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 1, dirigido a la persona titular de la Dirección de ese nosocomio, mediante el que se informan las medidas preventivas y correctivas de no repetición, así como la difusión de la capacitación en materia de derechos humanos que se implementaron en ese servicio en observancia a la resolución de la Queja Médica.

13. Correo electrónico de 06 de febrero de 2024, por el cual personal del IMSS remitió información adicional, solicitada por esta CNDH en relación con los hechos de QV1, destacando las siguientes:



➤ **Expediente clínico de QV en la UMF 35**

13.1 Historia clínica de QV1 de 20 de junio de 2022, suscrita por AR1;

13.2 Nota de diagnóstico y tratamiento de 20 de junio de 2022 y nota de referencia-contrarreferencia de la misma fecha, suscritas por AR1;

13.3 Interpretación de resultados de laboratorio y nota de diagnóstico y tratamiento (otros datos clínicos) de 22 de noviembre de 2022, suscrita por AR1;

➤ **Expediente clínico de QV en el HG No. 5**

13.4 Hoja indicaciones médicas de 22 de julio de 2022, suscrita por AR2;

13.5 Hoja de alta de Ginecología y Obstetricia de 23 de junio de 2022, suscrita por AR3 y AR4;

13.6 Nota médica y prescripción de 29 de agosto de 2022 a las 03:37 horas, suscrita por AR2 y hoja de ingreso del área de Ginecología y Obstetricia de 31 de agosto de 2022, suscrita por PSP4;

13.7 Hoja de Triage y nota médica inicial del servicio de Urgencias de 31 de agosto de 2022, suscrito por PSP2;

13.8 Nota de evolución de 01 de septiembre de 2022, suscrita por AR3;



13.9 Nota de atención médica de 24 de octubre de 2022 a las 07:21 horas, suscrita por AR6;

13.10 Nota médica de 27 de octubre de 2022 a las 05:58 horas, suscrita por PSP6 y nota de evolución de esa misma fecha a las 12:15 horas, suscrita por PSP2;

13.11 Hoja de solicitud de ultrasonografía e interpretación de ultrasonido obstétrico de 27 de octubre de 2022, suscritas por personal médico adscrito al servicio de Radiología del HG No. 5;

13.12 Nota de atención médica de 07 de noviembre de 2022 a las 06:31 horas, suscrita por AR6;

13.13 Nota de atención médica de 16 de noviembre de 2022 a las 04:05 horas, suscrita por AR2;

13.14 Nota de atención médica de 01 de diciembre de 2022 a las 06:10 horas, suscrita por AR2.

➤ **Expediente clínico de QV en el HGZ No. 1**

13.15 Nota de atención médica de 19 de octubre de 2022 a las 10:30 horas, suscrita por AR5.

14. Acta circunstanciada de 24 de abril de 2024, que hace constar la comunicación sostenida con QV1, en la que informó a esta CNDH sobre el pago solicitado al IMSS



por concepto de indemnización por los hechos de la Queja Médica, así como información sobre su salud.

15. Acta circunstanciada de 20 de junio de 2024, que hace constar videollamada sostenida por personal de esta CNDH con QV1, en la que se le explicaron los puntos resolutivos del Acuerdo que emitió la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS sobre su Queja Médica; asimismo, se dio fe de la documentación remitida por QV1, consistente en:

15.1 Escrito de reclamación de 06 de mayo de 2024 promovido por QV1 y VI1;

15.2 Constancias de la notificación del 20 de junio de 2024 del ERP iniciado por la Reclamación por Responsabilidad Patrimonial del Estado promovida por QV1 y VI1 e iniciada el 21 de mayo de 2024.

16. Correo electrónico de 21 de junio de 2024, por medio del cual personal del IMSS informó la realización del pago de indemnización a QV1 y VI1, adjuntando la documentación siguiente:

16.1 Escrito de 06 de mayo de 2024, a través del cual QV1 y VI1 manifestaron que recibieron un pago por concepto de indemnización en cumplimiento a lo determinado en la Queja Médica;

16.2 Copia del cheque sobre el pago por concepto de indemnización recibido por QV1, en cumplimiento a lo determinado en la Queja Médica.



17. Oficio V4/054462 de 20 de agosto de 2024, con el cual esta Comisión Nacional solicitó información al OIC-IMSS, sobre el procedimiento de investigación iniciado por esa instancia investigadora por los hechos materia de la presente Recomendación.

18. Oficio número 00641/30.102/417/2024 de 28 de agosto de 2024, suscrito por la persona titular del OIC-IMSS, con el que da respuesta al oficio V4/054462.

19. Acta circunstanciada de 16 de octubre de 2024, que da fe de la comunicación sostenida por personal de la CNDH con QV1 para conocer aspectos de su proyecto de vida y de VI1, así como de su situación emocional.

20. Correo electrónico de 16 octubre de 2024, solicitando información a la persona titular del OIC-IMSS, respecto del expediente administrativo iniciado en ese Órgano, así como el estatus jurídico en que se encuentra.

21. Acta circunstanciada de 17 de octubre de 2024, que hace constar la comunicación sostenida por VI1, para conocer aspectos de su proyecto de vida.

22. Correo electrónico de 17 octubre de 2024, por medio del cual personal del OIC-IMSS informó a esta Comisión Nacional que, derivado de los hechos de QV1, no se generó alguna investigación ante esa instancia investigadora.

23. Dictamen en Materia de Medicina de 31 de enero de 2025, emitido por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, sobre el caso de QV1, en la que se concluyó que existió una inadecuada atención médica obstétrica a QV1, atribuible a personal médico del HGZ No. 1, HG



No. 5 y UMF No. 35, la cual contribuyó de manera directa con el deterioro del bienestar materno fetal y la pérdida del PG.

24. Correo electrónico enviado el 24 de marzo de 2025, por personal del OIC-IMSS, informando a esta Comisión Nacional que, el estatus del expediente que contiene el juicio de Reclamación de Responsabilidad Patrimonial iniciada por QV1 y VI1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

25. Esta CNDH tuvo conocimiento de la tramitación de la Queja Médica ante la Comisión Bipartita, la cual el 20 de octubre de 2023, determinó como procedente desde el punto de vista médico, otorgando a QV1 y VI1 el pago por concepto de indemnización correspondiente.

26. El 06 de mayo de 2024 se inició el Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado (ERP), promovido por QV1 y VI1, ante el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado Regional del IMSS en Baja California Sur.

27. El 24 de marzo de 2025 se tuvo conocimiento de que el ERP continúa en trámite al momento de la publicación de esta Recomendación. Asimismo, se supo que, al no obtener una determinación por parte del IMSS respecto del mencionado Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, QV1 y VI1 promovieron un juicio de nulidad en contra de la determinación negativa ficta, del cual se generó el JN, que también continúa en trámite al momento de la publicación de esta Recomendación.



28. Así mismo, esta CNDH, no cuenta con evidencias de que, con motivo de los hechos se haya presentado alguna denuncia penal o juicio de amparo derivado de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

29. Del análisis de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2023/13583/Q**, en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Autónomo, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, y con perspectiva de género⁶ así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional y los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con medios de convicción que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia de tipo obstétrica en agravio de QV1, al acceso a la información en materia de salud de QV1, así como al proyecto de vida de QV1, VI1, VI3 y VI4 y a la integridad personal de VI1 y VI2, atribuibles a personas servidoras públicas a la UMF No. 35, al HG No. 5 y el HGZ No. 1, conforme a las siguientes consideraciones:

⁶ Perspectiva de Género. Artículo 5 de la LGIMH en fracción VI. Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.



A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE QV1

30. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; en esa misma tesitura, la SCJN señaló que el derecho de protección de la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y que, por otro lado, este derecho tiene una faceta social o pública, que consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.⁷

31. El Estado Mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, por medio de:

*[...] de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población*⁸. Por lo que, “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.⁹

⁷ SCJN, Semanario Judicial de la Federación, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 8/2019, DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL, Registro digital: 2019358.

⁸ Tesis Constitucional. “Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute”; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683.

⁹ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrafo 1.



32. Así también, se rige por uno de los estándares actuales, que ha sido adoptada por la Asamblea General de la ONU, la Agenda 2030 y que, en uno de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, al caso que nos ocupa, refiere el número 3, consistente en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas, de esta manera, lograr que las personas tengan derecho a un servicio de atención médica de calidad, especialmente para los grupos más vulnerables, como las mujeres, niñas y niños.

A.1. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DE QV1

33. La Organización Mundial de la Salud, como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, refiere que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de la salud de calidad suficiente, con la finalidad de que las personas puedan ejercer este derecho sin distinción y en condiciones de igualdad.¹⁰

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

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Fecha de consulta: 26/02/2024.



de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad”.¹¹

35. La CEDAW en su artículo 12, indica la obligación de los Estados Parte para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de garantizar el acceso a los servicios de atención médica en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. La Relatoría sobre los Derechos de la Mujer de la CrIDH, define la salud materna como “la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios”.¹²

36. La maternidad, como parte del proceso reproductivo de la mujer, conlleva el pleno ejercicio de la autonomía física y sexual. La maternidad es una determinación personal y de pareja, que implica la voluntad personal que corresponde a la titular de los derechos reproductivos. En ese sentido, los ordenamientos nacionales e internacionales protegen estos derechos desde el enfoque de la autonomía de las mujeres para tomar de manera libre e informada, decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y maternidad. Así, el Estado es la autoridad responsable de garantizar que estos derechos se cumplan de manera efectiva e integral para todas las mujeres, que les permita disfrutar del más alto nivel posible de salud, antes, durante y después de su embarazo.

¹¹ CrIDH, Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile. Sentencia de 8 marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 123.

¹² Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Consultado en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm>. Fecha de consulta: 6 de marzo de 2024.



A.2. VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DE QV1

A.2.1. Antecedentes clínicos de QV1

37. Al momento de los hechos, QV1 contaba con enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión arterial sistémica¹³ de 05 años de evolución, tratada con alfametildopa¹⁴, diabetes mellitus tipo 2¹⁵ de 05 años de evolución, obesidad manejada con metformina, obesidad desde hacía 04 años de evolución con apnea del sueño y síndrome de hipoventilación¹⁶ en tratamiento con Presión Positiva continúa en la Vía Aérea (CPAP),¹⁷ alergia a la clindamicina; antecedentes quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica,¹⁸ fracturas, transfusiones; así como los antecedentes gineco obstétricos de 05 embarazos; 3 abortos espontáneos¹⁹ en 2011, 2016 y 2021, una cesárea en 2016 por preclamsia severa,²⁰ cursando su quinto embarazo con fecha no confirmada de última menstruación el 29 de marzo

¹³ Es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo.

¹⁴ La alfametildopa, también conocida como metildopa, se usa para tratar la presión arterial alta. La metildopa se encuentra en una clase de medicamentos llamados antihipertensivos. Actúa al relajar los vasos sanguíneos para que la sangre fluya más fácilmente a través del cuerpo.

¹⁵ Es una enfermedad que se produce cuando el cuerpo no regula bien los niveles de azúcar en la sangre. Es el tipo de diabetes más común y se caracteriza por un exceso de glucosa en la sangre.

¹⁶ Síndrome de Pickwick

¹⁷ Sistema mecánico de administración constante de presión en la vía aérea durante la inspiración y la espiración, lo que determina la formación de una especie de “tablilla” neumática en el interior de esa vía para no permitir el colapso o cierre por completo de las unidades alveolares.

¹⁸ Es una cirugía para extirpar la vesícula biliar utilizando un laparoscopio, un dispositivo médico que permite visualizar el interior del abdomen a través de pequeñas incisiones, lo que resulta en una recuperación más rápida y menos dolor que la cirugía abierta.

¹⁹ Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo.

²⁰ Es la hipertensión de reciente comienzo o el empeoramiento de una hipertensión preexistente con proteinuria después de las 20 semanas de gestación.



de 2022, y 35.2 SDG al momento de ocurridos los hechos, por lo que se trató de un embarazo de alto riesgo.

A.2.2. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A QV1

➤ Control prenatal de QV1 en la UMF No. 35

38. El 20 de junio de 2022, QV1 acudió a su control prenatal a la UMF No. 35, siendo valorada por AR1, quien la reportó con hipertensión arterial en ese momento, sin manejo médico desde hacía 20 días, acudiendo por presentar un embarazo de 11.6 SDG, con tensión arterial normal de 110/70 mmHg,²¹ sin registro de frecuencia cardiaca y respiratoria; la describió con altura de fondo uterino de 11 cm, por lo que la derivó al servicio de Medicina Preventiva, Trabajo Social, Dental y de forma prioritaria a Ginecología y Obstetricia por embarazo de alto riesgo²², para valoración integral, tratamiento especializado y protocolo a seguir; solicitó ultrasonido obstétrico y prueba de bienestar fetal,²³ así como laboratoriales e integró los diagnósticos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, infección de vías urinarias y embarazo con antecedente de aborto y como plan terapéutico indicó: continuar con antianémicos²⁴ y antibiótico.²⁵

²¹ En la mayoría de los adultos, una tensión arterial normal se considera una presión sistólica (el número superior) menor a 120 mmHg y una presión diastólica (el número inferior) menor a 80 mmHg, es decir, 120/80 mmHg.

²² Embarazo en el que detectan uno más factores que pueden causar daño a la gestación actual, pudiendo afectar negativamente los resultados maternos-fetales. Algunos factores de riesgos son: edad materna, enfermedades coexistentes, estilo de vida poco saludable, entre otros.

²³ Son estudios que evalúan la salud del feto antes del parto. Entre ellas se encuentran la cardiotocografía, el conteo de movimientos fetales, la ecografía y la prueba de contracciones con estrés.

²⁴ Son medicamentos que se utilizan para tratar la anemia o la deficiencia de hierro.

²⁵ Son medicamentos que tratan infecciones bacterianas, matando las bacterias o frenando su crecimiento



39. Al respecto, el Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH advirtió que AR1 omitió realizar un análisis adecuado de los resultados de laboratorio del 08 de junio de 2022, los cuales no fueron referidos en su nota médica y mostraban cifras elevadas de glucosa que evidenciaban descontrol de su patología de base. Tampoco solicitó , ni consideró realizar estudios de extensión²⁶ para determinar proteínas en orina y creatinina; aunque otorgó manejo para infección de vías urinarias, desestimó los factores de riesgo presentes en el embarazo de QV1 y no consideró derivarla al servicio de Nutrición y Dietética, Medicina Interna, Endocrinología o a la Unidad Medicina Materno Fetal para su valoración y manejo, considerándose estos antecedentes, factores de alto riesgo para complicaciones en el embarazo que fueron desestimados, mismos que contribuyeron en el incremento de la morbilidad que presentó QV1 y a la aparición de las complicaciones con las que cursó el binomio durante el parto; ello en desapego a la LGS²⁷, el RLGS,²⁸ la

²⁶ Son un conjunto de pruebas que se realizan para determinar la extensión de una enfermedad.

²⁷ 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.

Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto... I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera.

²⁸ ARTICULO 99.- Los responsables de un hospital gineco-obstétrico tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad materno infantil, acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos.

ARTICULO 115.- Sólo podrán ser responsables de un hospital pediátrico los médicos especializados en pediatría con mínimo de cinco años en el ejercicio de la especialidad tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad perinatal, infantil, preescolar y escolar, acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos.



NOM-07 SA2-2016,²⁹ la GPC-IMSS-320-10,³⁰ la GPC-IMSS-028-08,³¹ la GPC-IMSS-028-22,³² y la GPC-IMSS-567-12.³³

²⁹ 3.4 Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

5.2.1.18 En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.3.1.5 Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

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

³⁰ La diabetes preexistente o pregestacional expone al feto a concentraciones elevadas de glucosa, durante el primer trimestre del embarazo, incrementando el riesgo de malformaciones congénitas... no solo la morbilidad sino también la mortalidad perinatal está definida por el control glucémico de la madre... El tratamiento de la diabetes mellitus está diseñado para reducir la morbilidad perinatal y éste se debe individualizar dependiendo de las características clínicas de cada paciente... La embarazada con diabetes y obesidad preconcepcional muestra mayor riesgo resultados perinatales adversos, siendo los más frecuentes: • Macrosomía • Acidosis fetal • Mortalidad perinatal... Se recomienda en aquellas mujeres embarazadas con diabetes pregestacional realizar determinación de proteinuria y creatinina en orina de 24 horas... La insulina es el tratamiento de elección en cualquier tipo de diabetes durante el embarazo... Si la paciente presenta DM Tipo 2 preexistente y ha sido tratada con hipoglucemiantes orales, sin adecuado control metabólico, deberá ser informada para el



➤ **Vigilancia Obstétrica de QV en el HG No. 5**

40. El 22 de junio de 2022, QV1 ingresó al servicio de Urgencias del HG No. 5, al iniciar en esa misma fecha con manchado transvaginal; siendo examinada por AR2 y PSP1, quienes al tacto vaginal la reportaron con sangrado transvaginal escaso, integrando los diagnósticos de embarazo de 11 SDG por ultrasonido obstétrico, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica controlada, infección de vías urinarias, amenaza de aborto y síndrome de Pickwick,³⁴ por lo que AR2 y PSP1 decidieron su hospitalización para vigilancia y con tratamiento a base de omeprazol,³⁵ indometacina,³⁶ ceftriaxona,³⁷ metformina³⁸ y alfametildopa,³⁹

inicio de la terapia con insulina... Toda paciente con diabetes preconcepcional o gestacional debe de ofrecerse terapia médica nutricional, con fines de reducir resultados adversos.

³¹ "...las consultas prenatales ofrecen una oportunidad única para un diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de patologías así como la disminución del riesgo de complicaciones del binomio... El control prenatal de toda persona embarazada debe incluir la identificación de factores de riesgo para desarrollo de hipertensión gestacional y/o preeclampsia, los cuales se deben reconocer de forma oportuna.

³² Se recomienda registrar el IMC previo al embarazo y, de acuerdo con esto, establecer metas de ganancia de peso gestacional por trimestre. Se recomienda que toda mujer embarazada sea valorada por el personal de nutrición... Los factores considerados como alto y moderado riesgo para desarrollar preeclampsia, son los siguientes: Factores De Alto Riesgo: • Enfermedad hipertensiva en un embarazo anterior • Diabetes Tipo 1 o Tipo 2 • Hipertensión crónica • Índice de Masa Corporal (IMC) de 35 Kg / M2 o más en la primera visita.

³³ El profesional de la salud debe informar de la necesidad de un control prenatal estricto en las pacientes que tiene factores de riesgo de muerte fetal... Se debe realizar durante todo el embarazo detección de factores de riesgo y un control prenatal adecuado a éstos con fines de reducir la incidencia de muerte fetal.

³⁴ También conocido como síndrome de hipoventilación por obesidad (SHO), es una afección respiratoria que se caracteriza por la combinación de obesidad y trastornos respiratorios del sueño.

³⁵ Se usa en adultos para ayudar a controlar la acidez estomacal frecuente

³⁶ Se usa para aliviar el dolor, la sensibilidad, la inflamación y la rigidez ocasionados por la osteoartritis

³⁷ Se usa para tratar algunas infecciones provocadas por bacterias.

³⁸ Ayuda a controlar la cantidad de glucosa (azúcar) en la sangre.

³⁹ se ha empleado bajo cuidadosa supervisión médica y obstétrica para el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo



glucometría⁴⁰ por turno con manejo de insulina de acuerdo a lo diagnosticado, reposo absoluto y solicitó valoración por Medicina Interna. Aunque AR2 solicitó la valoración de Medicina Interna debido al incremento de la glucosa sérica por reporte de laboratorio del día anterior, se desconoce si esta fue realizada o el motivo por el cual no obra en el expediente clínico constancia de dicha interconsulta

41. El 23 de junio de 2022, QV1 fue valorada por AR3 y AR4, quienes la reportaron con evolución favorable, por lo que la dieron de alta, con cita abierta a Urgencias, cita en un mes en Ginecología y Obstetricia para seguimiento, cita de revisión en su Unidad Familiar de adscripción en 07 días y medicamentos: ampicilina⁴¹ e indometacina⁴². QV1 fue dada de alta del servicio de Urgencias por indicación de AR3 y AR4, sin la valoración de Medicina Interna y sin atender el reporte de laboratorio de fecha 23 de junio de 2022 que indicó glucosa sérica de 178 mg/dl, es decir, con descontrol metabólico.

42. Conforme al Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH, la atención médica proporcionada a QV1 por AR3 y AR4, fue inadecuada al desestimar los antecedentes personales patológicos y el estado hiperglucémico que presentaba QV1, omitiendo realizar un análisis adecuado de la química sanguínea e indicando su egreso sin ser valorada por el servicio de Medicina Interna, menos aún, sin indicar su hospitalización para vigilancia, incumpliendo con ello, lo establecido en los artículos 32, 61 y 64 Bis 1 de la LGS,⁴³ los artículos 99 y 115 Bis 1 del RLGS-

⁴⁰ Es un procedimiento que mide la cantidad de glucosa en la sangre.

⁴¹ La ampicilina se usa para tratar determinadas infecciones que son ocasionadas por una bacteria como la meningitis.

⁴² La indometacina se utiliza para aliviar la inflamación, la gota, la bursitis, el malestar inducido por la tendinitis, la hinchazón y rigidez articular.

⁴³ Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica,



MPSAM, el RPM-IMSS,⁴⁴ los numerales 3.3 y 5.3.1.5 de la NOM-007-SSA2-2016⁴⁵ y la GPC-IMSS-320-10.⁴⁶

43. El 13 de julio de 2022, QV1 ingresó nuevamente al servicio de Urgencias del HG No. 5, siendo atendida por AR2, quien la reportó con embarazo de 15.2 SDG, obesidad mórbida y dolor pélvico, a descartar infección de vías urinarias; reportó laboratorios del mismo día en los que sobresalió el descontrol metabólico por incremento de la glucosa 209 mg/dl; con examen general de orina negativo a infección y sin datos de amenaza de aborto, por lo que indicó ministración de ketorolaco, consulta ginecoobstetricia el día 22 de julio de 2002 y alta a domicilio.

44. De acuerdo con el Dictamen de Materia de Medicina de este Organismo Nacional, se observó que AR2 no solicitó la interconsulta al servicio de Medicina Interna para la valoración y manejo de QV1 ante la presencia de cifras elevadas de

solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

⁴⁴ Artículo 7. Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores.

Artículo 52. El Instituto otorgará la vigilancia y atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, a las aseguradas y a las beneficiarias que señala la Ley atendidas en sus unidades médicas. Para ello, se realizarán acciones médicas de educación, prevención y protección específica, tendentes a mantener o restaurar la salud de la madre y del recién nacido.

⁴⁵ 3.3 Atención de la urgencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

⁴⁶ "...no solo la morbilidad sino también la mortalidad perinatal está definida por el control glucémico de la madre... El tratamiento de la diabetes mellitus está diseñado para reducir la morbilidad perinatal y éste se debe individualizar dependiendo de las características clínicas de cada paciente... Se recomienda en aquellas mujeres embarazadas con diabetes pregestacional realizar determinación de proteinuria y creatinina en orina de 24 horas... La insulina es el tratamiento de elección en cualquier tipo de diabetes durante el embarazo... Si la paciente presenta DM Tipo 2 preexistente y ha sido tratada con hipoglucemiantes orales, sin adecuado control metabólico, deberá ser informada para el inicio de la terapia con insulina.



glucosa sérica, tampoco indicó tratamiento, desestimando una vez más los antecedentes personales patológicos que presentaba QV1 y el estado persistente de hiperglucemia, factor de riesgo importante para el desarrollo de complicaciones; además omitió realizar una adecuada valoración y análisis de la química sanguínea, dándola de alta, pese a requerir ser ingresada a hospitalización para su vigilancia y manejo médico y valorada por el servicio de Medicina Interna para normar conducta a seguir respecto al descontrol de su patología de base.

45. Por lo que la atención médica proporcionada a QV1 por AR2 incumplió con ello, lo establecido en los artículos 32, 61 y 64 Bis 1 de la LGS, los artículos 99 y 115 Bis 1 del RLGS-MPSAM, los artículos 7 y 52 de la RPM-IMSS, los numerales 3.3 y 5.3.1.5 de la NOM-007-SSA2-2016 y la GPC-IMSS-320-10, al prescribir su alta cuando debió ordenar la hospitalización de QV1 y determinar la proteinuria y creatinina en orina de 24 horas, con la aplicación de insulina⁴⁷, que es el tratamiento de elección en cualquier tipo de diabetes durante el embarazo.

46. El 22 de julio de 2022, AR2 informó que QV1 no se presentó a la consulta en HG No. 5, previamente ordenado, por lo que QV1 continuó su seguimiento de control prenatal en UMF No. 35.

➤ **Seguimiento al control prenatal de QV en la UMF 35**

47. El 10 de agosto de 2022, QV1 acudió a la UMF No. 35, siendo atendida por AR1, quien la reportó con frecuencia cardíaca fetal normal de 135-145⁴⁸ latidos por

⁴⁷ La insulina es una hormona polipeptídica, producida y secretada por las células del páncreas, que permite que la glucosa entre en las células del cuerpo para darles energía.

⁴⁸ Normal 110-160 latidos por minuto



minuto; solicitó laboratoriales⁴⁹ y de gabinete⁵⁰, con la finalidad de valorar su envío al servicio de Medicina Interna ante el diagnóstico de Apnea⁵¹ en tratamiento con uso de CPAP y reagendó cita al servicio de Ginecología y Obstetricia.

48. El 17 de agosto de 2022, AR1 señaló que QV1 no se realizó los estudios de gabinete indicados, por lo que, la referencia a dicho servicio se realizó el 19 de agosto de 2022. Debe señalarse que, en los resultados de laboratorio de 15 de agosto de 2022, hubo presencia de datos de infección urinaria y datos que permitían inferir un inadecuado control glucémico, situación que fue reportada, ni analizada en la nota médica en análisis; no obstante, se advirtió el manejo terapéutico a base de amoxicilina.

49. A pesar de que QV1 contaba con múltiples factores de riesgo para desarrollar complicaciones perinatales, continuó sin ser referida al servicio de Nutrición, ni fue valorada por personal especializado para el control y seguimiento de sus comorbilidades, omitiéndose registrar en ambas notas médicas los signos vitales, peso y talla,⁵² considerando que QV1 presentaba hipertensión arterial crónica⁵³ y

⁴⁹ Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, hemoglobina glucosilada.

⁵⁰ Electrocardiograma y una radiografía de tórax.

⁵¹ Es un trastorno que se produce cuando la respiración se detiene o se vuelve superficial.

⁵² Ello se debe realizar en cada consulta médica prenatal, pues tiene como finalidad detectar de manera oportuna los factores que pueden ocasionar incremento de la morbilidad materno-fetal.

⁵³ La cual está asociada al desarrollo de preclamsia.



padeció eclampsia⁵⁴ en un embarazo previo, hemorragia del sistema nervioso central, descompensación cardíaca y deterioro de la función renal.⁵⁵

50. Por los antecedentes de QV1, estaba indicado un control prenatal estricto y la realización de estudios de laboratorio y gabinete,⁵⁶ sin encontrarse evidencia de valoración especializada por los servicios de Medicina Interna para ajuste del antihipertensivo, ecografías abdominales seriadas, evaluaciones de presión en arterias uterinas y perfil biofísico, que permitieran detectar oportunamente, complicaciones para bienestar del binomio materno-fetal y proporcionar intervención adecuada; QV1 persistió con hiperglucemia a lo largo de su embarazo,⁵⁷ sin evidencia de valoración especializada por los servicios de Medicina Interna o Endocrinología, ajuste del medicamento hipoglucemiante o consideración del uso de insulina, ya que también contaba con el antecedente de producto macrosómico;⁵⁸ tampoco se contó con vigilancia prenatal estrecha, estudios de laboratorio y gabinete de manera continua, acciones que no ocurrieron.

51. Por lo anterior, la atención proporcionada por AR1 a QV1, incumplió con los artículos 32 y 61 de la LGS, los artículos 99 y 115 Bis 1 del RLGS-MPSAM, los artículos 7 y 52 de la RPM-IMSS, los numerales 3.4, 5.2.1.18, 5.3.1.5 y 5.3.1.16 de

⁵⁴ Es el comienzo de convulsiones o coma en una mujer embarazada con preeclampsia. Estas convulsiones no están relacionadas con una afección cerebral existente. Los factores que pueden influir incluyen: Problemas vasculares, factores cerebrales y del sistema nervioso (neurológicos), dieta y genes. La eclampsia se presenta después de una afección llamada preeclampsia. Esta es una complicación del embarazo en la cual una mujer presenta presión arterial alta y otras afecciones.

⁵⁵ Factores altamente relacionados con parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y muerte fetal.

⁵⁶ como cuantificación de proteínas y estudios de orina.

⁵⁷ Manifestación de descontrol metabólico por la diabetes mellitus que QV1 padecía.

⁵⁸ Los niveles altos de glucosa en la sangre de la madre favorecen el desarrollo de malformaciones en el feto, incremento de su peso, hipoglucemias al nacimiento, disminución del líquido amniótico,⁵⁸ y sobre todo, alto riesgo de muerte dentro del útero.



la NOM-007-SSA2-2016 y las GPC-IMSS-320-10, GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-028.22, GPC-IMSS-567-12, al no incluir en el control prenatal la identificación de factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión gestacional y/o preeclampsia, los cuales se deben reconocer de forma oportuna, más cuando QV1 padecía de hipertensión alta, así también al no haber solicitado pruebas para la medición de proteinuria en cada visita de control prenatal, e inobservar que el control prenatal tenga un contenido bien estructurado, claro, que permita evaluaciones integrales, que incluya exploración física, pruebas de laboratorio y que se identifiquen los factores de riesgo y la disminución de complicaciones.

➤ **Seguimiento a la vigilancia obstétrica de QV en el HG No.5**

52. El 29 de agosto de 2022, QV1 acudió al servicio de Ginecobstetricia del HG No.5, siendo atendida por AR2, quien la reportó con embarazo de 21.6 SDG y fecha probable de parto el “03 de enero de 2022”; indicó que QV1 acudió sin presencia de perdidas transvaginales, con agitación de pequeños esfuerzos y dificultad para hablar por la apnea; a la exploración física indicó no lograr palpar el útero e identificó extremidades con edema⁵⁹ moderado, realizando la referencia de QV1 al servicio de Medicina Interna del HG No. 1 para determinar la vía de interrupción del embarazo, control metabólico y valorar si QV1 podía tener un parto o, en su caso, valorar cesárea en un hospital de tercer nivel con Unidad de Cuidados Intensivos.⁶⁰

53. AR2 omitió recalcular el riesgo obstétrico que presentaba QV1 ante la presencia de descontrol glucémico, la recurrencia de infecciones urinarias, factores de riesgo, sin realizar una referencia urgente o prioritaria a Medicina Interna y a un tercer nivel

⁵⁹ Es una hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.

⁶⁰ UCI Unidad de Cuidados Intensivos



de atención que contara con unidad materno fetal para su manejo especializado; tampoco realizó una completa exploración física materna, al no poder realizarla manualmente por la obesidad de la paciente.

54. No se encontró evidencia de realización de ultrasonido o su solicitud; no se solicitó exudado vaginal con frotis, estudio de orina y cultivos con antibiograma por persistencia de infecciones urinarias; análisis de orina para la búsqueda intencionada de proteínas, glucosa y bacterias, por hipertensión asociada; y no se le refirió al servicio de Nutrición por su condición de obesidad, incumpliendo lo establecido en los artículos 32 y 61 de la LGS, los artículos 99 y 115 Bis 1 del RLGS-MPSAM, los artículos 7 y 52 de la RPM-IMSS, los numerales 3.4, 5.2.1.18, 5.3.1.5 y 5.3.1.16 de la NOM-007-SSA2-2016 y las GPC-IMSS-028.22, GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-058-08.

55. El 31 de agosto de 2022, QV1 se presentó al servicio de Urgencias de HG No. 5, por presentar mareo, náuseas y evacuaciones diarreicas en 04 ocasiones que iniciaron ese día por la mañana, acompañadas de dolor tipo cólico en el espimesograstrio;⁶¹ siendo atendida por PSP2, quien la reportó sin frecuencia cardiaca fetal, por lo que solicitó laboratoriales y estableció observación, solución parenteral, glicemia capilar por turno con manejo de insulina de acuerdo con resultados, así como la valoración por el servicio de Ginecología.

56. Posteriormente, fue valorada por AR3, quien la reportó con tensión arterial alta de 130/76 mmHg, por lo que estableció los diagnósticos de embarazo de 22 SDG y

⁶¹ El dolor epigástrico generalmente se presenta entre el ombligo y las costillas y puede ser agudo o sordo. Puede sentirse como ardor, dolor o calambres, puede sentirse peor después de comer, beber o acostarse. También puede notar acidez estomacal, náuseas, vómitos, hinchazón o gases.



diabetes mellitus tipo 2 descompensada por una glucemia 231 mg/dl; indicó el ingreso a piso de Ginecología y Obstetricia para control metabólico, encontrándose pendiente el uso de insulina, reposición hídrica y laboratoriales al día siguiente en ayuno. Al respecto, el Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH observó un incremento de la cifra tensional sistólica, tomando en cuenta lo establecido en la GPC-IMSS-058-08.⁶²

57. El 01 de septiembre de 2022, QV1 fue examinada por AR2, AR3 y PSP4, quienes mencionaron que QV1 presentaba un embarazo de 22.2 SDG, diabetes mellitus tipo 2 descompensada, infección urinaria por reporte del examen general de orina y apnea del sueño; indicaron dieta para persona diabética, nitrofurantoina,⁶³ ceftriaxona, aún sin uso de insulina, solo metformina. Indicaron que QV1 evolucionó favorablemente y fue dada de alta de ese hospital en un lapso de 24 horas para continuar su recuperación en domicilio con cita abierta a urgencias en caso de cualquier eventualidad o signos de alarma⁶⁴ y continuar manejo médico con metformina. Conforme al Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH, se observó que AR2 y AR3 no solicitaron la interconsulta al servicio de Medicina Interna para su valoración y manejo ni se insistió en su derivación a tercer nivel de atención.

58. El 19 de octubre de 2022, QV1 fue valorada por primera vez en el servicio de Medicina Interna de HGZ No.1, por AR5, a través de Telemedicina, quien mencionó que QV1 fue referida del servicio de Ginecología por embarazo de alto riesgo, con un embarazo de 29.1 SDG, antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión

⁶² Un óptimo crecimiento y pronóstico perinatal se ha observado con presiones entre 70 a 80 mmHg y sistólicas de 110 mmHg.

⁶³ Se utiliza para tratar las infecciones del tracto urinario. La nitrofurantoina pertenece a una clase de medicamentos llamados antibióticos.

⁶⁴ Fiebre, dolor, sangrado.



posterior a segundo embarazo que cursó con preeclampsia; síndrome de apnea obstructiva del sueño en manejo con CPAP, metformina, ácido fólico y sin manejo antihipertensivo, así también, reportó laboratorios de fecha 03 de octubre de 2022, sin realizar análisis alguno de esos resultados.

59. El Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH advirtió que QV1 presentaba descontrol metabólico, datos de infección urinaria y datos de proceso infeccioso, no obstante, AR5 la reportó con estabilidad metabólica hipertensiva sin realizar cambios en su manejo médico; indicó consejería dietética con apoyo de personal médico “en Guerrero Negro”, sin especificar unidad médica; derivó de forma ordinaria a Neumología e indicó cita subsecuente a ese servicio con laboratorios completos y continuar manejo en el servicio de Ginecología, omitiendo realizar una adecuada valoración y vigilancia del binomio materno fetal para dar un manejo oportuno a los factores de riesgo y comorbilidades que presentaba QV1 y prevenir el desarrollo de complicaciones relacionadas con la diabetes gestacional y la hipertensión crónica, incumpliendo con lo establecido en los artículos 32 y 61 de la LGS, 99 y 115 Bis del RLGS-MPSAM, 7 y 52 del RPM-IMSS, los numerales 3.4, 5.2.1.18, 5.3.1.5 y 5.3.1.16 de la NOM-007-SSA2-2016, la GPC-IMSS-320-10⁶⁵ y la GPC-IMSS-058-08.

⁶⁵ Los exámenes adicionales que se solicitan en las mujeres embarazadas con diabetes pregestacional incluyen: ● Evaluación de la función renal basal: Depuración de creatinina con cuantificación de proteínas en orinade 24 horas. ● Determinación de hormona estimulante del tiroides (TSH). ● Electrocardiograma, como screening para la enfermedad isquémica del corazón, especialmente en mujeres con síntomas cardiovasculares o, hipertensión, o las pruebas de la vasculopatía diabética. ● Examen oftalmológico con pupila dilatada, para detectar la retinopatía. El seguimiento frecuente está indicado durante el embarazo, de acuerdo a los resultados obtenidos en la primera evaluación... Todas las pacientes con diagnóstico de diabetes y embarazo serán referidas al segundo nivel de atención, si éste cuenta con la infraestructura necesaria para hacer un seguimiento y manejo adecuados para este tipo de paciente; de no ser así, se referirán a tercer nivel. Las pacientes con diabetes preexistente y daño a órgano blanco deberán ser manejadas en tercer nivel de atención.



60. El 24 de octubre de 2022 a las 07:21 horas, QV1 acudió a consulta de control prenatal al servicio de Ginecoobstetricia del HG No. 5, dónde fue atendida por AR6, quien la encontró sin perdidas transvaginales y con movimiento fetales, referida de la consulta con Medicina Interna con tensión arterial alta de 133/77 mmHg; a la exploración física la reportó con aparente presencia de 02 fetos, frecuencia cardiaca fetal visible y índice de líquido amniótico normal, datos de probable oligohidramnios; por lo que indicó dexametasona,⁶⁶ metformina de 850 mg e hizo mención de que al ultrasonido no le funcionaban los botones para realizar mediciones; indicó esquema de maduración pulmonar y solicitó nuevo ultrasonido para valorar al PG.

61. El Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH indicó que AR6 no especificó ni describió con claridad, si realizó ultrasonido obstétrico o si estaba reportando el resultado, también resulta inconsistente que señaló índice de líquido amniótico normal cuando refirió que no funcionaban los botones del ultrasonido para realizar mediciones; omitió realizar una adecuada exploración física materna, valorar la presentación, posición y situación del feto, analizar los resultados de laboratorio, a pesar de las múltiples comorbilidades de QV1, infección de vías urinarias recurrentes; situación que ameritaba atención en un nosocomio de tercer nivel como lo establece la GPC-IMSS-058-08, lo cual que no ocurrió; también prescindió de realizar una adecuada valoración y vigilancia del binomio materno fetal con un manejo oportuno a los factores de riesgo que presentaba QV1, para prevenir el desarrollo de complicaciones relacionadas con la diabetes gestacional y la hipertensión crónica, lo que contribuyó con el incremento de la morbimortalidad que

⁶⁶ Cuando se administra a una gestante con riesgo de parto prematuro, la dexametasona atraviesa la placenta y acelera el desarrollo pulmonar, lo cual reduce la probabilidad de que los bebés prematuros tengan problemas respiratorios al nacer.



presentó el binomio, siendo una atención inadecuada, incumpliendo lo establecido por los artículos 32, 61 de la LGS, 7, 52 del RPM-IMSS, 3.4, 5.2.1.5 y 5.3.1.5 de la NOM-007-SSA2-2016 y las GPC-IMSS-320-10, GPC-IMSS-058-08.

62. El 27 de octubre de 2022, QV1 reingresó al servicio de Urgencias del HG No. 5, siendo atendida por PSP6 a quien le refirió presentar polaquiuria⁶⁷ desde las 03:00 horas; reportó que QV1 se encontraba con manejo con esquema de maduración pulmonar, estableciendo como diagnósticos embarazo de 30 SDG y a descartar infección urinaria y embarazo gemelar, por lo que indicó vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal y de la actividad uterina; solicitó laboratoriales y estudios de gabinete. Posteriormente, PSP2 continuó con la valoración de QV1, reportando prueba sin estrés normal,⁶⁸ examen general de orina normal y ultrasonido sin especificar la fecha, que indicó embarazo de 29.9 SDG por fetometría, líquido amniótico normal, por lo que sugirió alta, seguimiento por consulta externa y cita abierta en caso de signos de alarma.

63. El Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH resaltó que en los resultados de laboratorio referidos, se reportó una elevación de la cifra de glucosa de 134 mg/dl, que indicaba que QV1 continuaba en descontrol metabólico, sin que hasta ese momento se llevara un seguimiento adecuado por parte del servicio de Medicina Interna, ni de Ginecología y Obstetricia, además de no cuantificarse adecuadamente la cantidad de líquido amniótico, no siendo posible determinar si desde ese momento presentaba alguna alteración.

⁶⁷ Es la necesidad de orinar con frecuencia, pero con volúmenes normales o menores a lo normal.

⁶⁸ Indicativa de que la frecuencia cardiaca del feto respondió de manera normal a sus movimientos o contracciones del útero.



64. El 07 de noviembre de 2022, QV1 acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia del HG No. 5, por presentar dolor leve de espalda, siendo valorada por AR6 quien reportó resultado de ultrasonido del 04 de noviembre de 2022 con datos de 31.1 SDG, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal normal, por lo que solicitó laboratoriales y otorgó cita en una semana. AR6 omitió realizar una adecuada exploración física, valorar la presentación, posición, situación del feto, valorar el crecimiento intrauterino, placenta, cordón umbilical y cantidad de líquido amniótico; no consideró el peso y talla de QV1, ni referirla al servicio de Nutrición y a un tercer nivel de atención que contara con una unidad de Materno Fetal, donde se le otorgara manejo oportuno a los factores de riesgos y comorbilidades de QV1, lo que contribuyó con el incremento de la morbimortalidad que presentó el binomio, siendo omisiones contrarias a lo establecido en los artículos 32, 61 de la LGS, 7, 52 del RPM-IMSS, 3.4, 5.2.1.5 y 5.3.1.5 de la NOM-007-SSA2-2016 y las GPC-IMSS-028.22, GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-320-10, GPC-IMSS-058-08.

65. El 15 de noviembre de 2022, QV1 ingresó al servicio de Urgencias del HG No. 5 donde fue valorada por PSP2, quien la reportó con cifras tensionales de 130/84 mmHg, sin especificar en donde se la detectaron; registró prueba sin estrés normal e indicó continuar con metformina y cita al día siguiente en el servicio de Ginecobstetricia. El 16 de noviembre de 2022, QV1 acudió a su cita programada, siendo atendida por AR2, quien reportó elevación de la frecuencia cardiaca a 120 latidos por minuto, resultado de examen general de orina de fecha 13 de noviembre de 2022 con nitritos positivos,⁶⁹ así como ultrasonido obstétrico que indicó embarazo de 33 SDG por fetometría, líquido amniótico normal, por lo que indicó cita

⁶⁹ Pueden indicar la presencia de bacterias en las vías urinarias, lo que sugiere una posible infección urinaria.



en 2 semanas, brindó datos de alarma, cita abierta a Urgencias y señaló que se requería definir el lugar para la interrupción del embarazo.

66. El Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, indicó que AR2 y AR6 omitieron realizar una exploración física materna adecuada, valorar la presentación, posición, situación del feto, el crecimiento del fondo uterino, los movimientos del feto, la placenta, el cordón umbilical y la cantidad de líquido amniótico, describir detalladamente el ultrasonido obstétrico para valorar al PG, tal como lo establece la GPC-IMSS-028-08⁷⁰; tampoco realizaron una adecuada anamnesis⁷¹ sobre el ingreso de QV1 a Urgencias del mismo hospital al detectar una cifra elevada de tensión arterial.

67. Al momento de la valoración, AR2 desestimó la elevación de la presión diastólica a más de 80 mmHg, lo que no es recomendado para personas pacientes con enfermedades hipertensivas; además, omitió solicitar pruebas para detectar y/o cuantificar proteinuria,⁷² sugeridas en cada consulta de control prenatal en personas pacientes de diabetes mellitus e hipertensión arterial crónica; también desestimó la presencia de infección de vías urinarias sin iniciar manejo médico antibiótico; criterios que debieron valorar para referirla a un nosocomio de tercer nivel; No fue

⁷⁰ En la persona con embarazo y feto estructuralmente normal en riesgo de resultados adversos, se sugiere realizar la prueba de condición fetal sin estrés por intervalos establecidos de tiempo y considerar de acuerdo a los recursos la adicción de estudios como ultrasonido, para determinar líquido amniótico, perfil biofísico, peso fetal estimado. Se recomienda el inicio de pruebas de bienestar fetal a partir de las 32-34 semanas

⁷¹ La **anamnesis** es el proceso mediante el cual un profesional de la salud recoge información relevante sobre el paciente. Este proceso es crucial para identificar lesiones, síntomas y cambios fisiopatológicos subyacentes, así como para elegir las pruebas necesarias para confirmar sospechas de enfermedades. Además, la anamnesis se realiza durante la primera toma de contacto con el paciente, donde se averigua su historial médico, dolencias actuales y aspectos personales y ambientales significativos.

⁷² Proteínas en orina, que no deben aparecer, pero si elevación son indicativos de preeclampsia.



inadvertido que en el reporte del ultrasonido obstétrico, QV1 contaba con 33 SDG, con un peso aproximado de 2883 gramos, lo que de acuerdo con la literatura médica especializada, está considerado fuera de rangos normales, por lo que no se realizó una nueva estimación del peso en las consultas subsecuentes, que permitiera correlacionar si efectivamente éste se incrementó en el resto de la gestación.

68. Por otra parte, AR2, señaló que se “*requería definir el lugar de la cesárea*”, evidencia de que QV1 presentaba alto grado de complicaciones por sus patologías de base, pero no la refirió a una unidad médica adecuada para el manejo de estas al acercarse el término del embarazo. Por lo tanto desde el punto de vista médico AR2 y AR6, incumplieron con los artículos 32, 61 de la LGS, 7, 52 del RPM-IMSS, los numerales 3.4, 5.2.1.5 y 5.3.1.5, 5.3.1.16 y 5.3.1.17 de la NOM-007-SSA2-2016 y las GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-028.22, GPC-IMSS-567-12 y la GPC-IMSS-058-08, al no informar de la necesidad de un control prenatal estricto en las pacientes que tienen factores de riesgo de muerte fetal y omitiendo realizar durante todo el embarazo la detección de factores de riesgo, el cálculo de IMC y la presión arterial media desde la primera consulta de control prenatal, para evitar la mortalidad perinatal relacionada con las cifras de presión diastólica, así como garantizar un óptimo crecimiento y pronóstico perinatal.

69. El 18 de noviembre de 2022, QV1 acudió a valoración al servicio de Neumología en UMMF-UMAA 34, siendo valorada por PSP5 quien la reportó con síndrome de hipoventilación,⁷³ obesidad con alto riesgo cardiovascular, por lo que decidió iniciar

⁷³ (También conocido como síndrome de Pickwick) es un trastorno respiratorio que afecta a personas con obesidad, caracterizado por una respiración poco profunda o lenta, lo que lleva a bajos niveles de oxígeno y altos niveles de dióxido de carbono en la sangre.



el manejo a base autobipap⁷⁴, mascarilla oronasal⁷⁵, tubo humidificador de forma permanente; entregó solicitud para realizarle estudio de polisomografía⁷⁶ diagnóstica y programó cita en 04 meses para seguimiento; recomendó la vigilancia de bióxido de carbono con uso de equipo nocturno para dormir, lo que reafirma que QV1 contaba con alto riesgo de complicaciones también durante el parto y fueron desestimadas por las médicas encargadas de QV1.

➤ **Seguimiento a la vigilancia obstétrica de QV1 en la UMF 35**

70. El 22 de noviembre de 2022, QV1 acudió a la UMF 35 siendo atendida nuevamente por AR1, quien la refirió con un embarazo de 34 semanas, presencia de disuria⁷⁷ de 04 días de evolución; a la exploración física movimientos fetales presentes, sin actividad uterina, por lo que indicó continuar con ácido fólico y metformina; agregó amoxicilina y dio datos de alarma obstétrica. Se observó que no hay registro de signos vitales, mismo que debe realizarse en todas las consultas médicas.

71. El 30 de noviembre de 2022, fue valorada nuevamente por AR5 en HGZ No. 1 a través del consultorio de Telemedicina, quien asentó incremento de la tensión arterial 132/85 mmHg, de frecuencia cardíaca de 132 latidos por minuto y respiratoria “85” respiraciones por minuto, cursando un embarazo de 35 SDG. Señaló que la finalidad de la cita era revisar el perfil inmunológico, sin embargo, aún

⁷⁴ La BiPAP es un equipo de Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), es decir sin intubación orotraqueal, que ofrece presión positiva con dos niveles de presión.

⁷⁵ Se apoyan en el contorno de la nariz y la boca.

⁷⁶ Estudio del sueño que se realiza para diagnosticar trastornos del sueño. Registra las ondas cerebrales, la frecuencia cardíaca y respiratoria, el nivel de oxígeno en la sangre y el movimiento de los ojos y piernas.

⁷⁷ Dificultad para iniciar la micción y el ardor durante la misma.



no se contaba con resultados; indicó que presentaba estabilidad metabólica hipertensa sin cambios y monitoreo estricto de la presión arterial.

72. El Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional indicó que, al presenciar AR5 un embarazo de 35 SDG con elevación de la tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y desestimar múltiples comorbilidades de QV1, omitió derivar a QV1 al servicio de Urgencias para su atención y manejo, señalando en cambio, estabilidad metabólica hipertensiva, lo que contribuyó con el incremento de la morbimortalidad que presentó el binomio; siendo acciones y omisiones que incumplen con los artículos 32, 61 de la LGS, 7, 52 del RPM-IMSS, los numerales 3.4, 5.2.1.5, 5.2.2.18, 5.3.1.3, 5.3.1.4, 5.3.1.5 y 5.3.1.13.3 de la NOM-007-SSA2-2016 y la GPC-IMSS-058-08.⁷⁸

73. Del 20 de junio al 30 de noviembre de 2022, QV1 acudió a control prenatal en cinco ocasiones, a la UMF No. 35; cuatro en el HG No. 5; 2 en el HGZ No. 1; y una en la UMMF-UMAA 34, siendo menester señalar que el objetivo de la atención prenatal es supervisar la evolución del embarazo, detectar factores de riesgo maternos-fetales para identificar y prevenir complicaciones, como las que presentó en el momento del parto QV1, pudiendo concluir que el personal médico encargado de la atención de QV1, omitió realizar una adecuada vigilancia del binomio ante la presencia de un embarazo de alto riesgo con la finalidad de prevenir la morbimortalidad perinatal.

74. El 01 de diciembre de 2022 a las 16:30 horas, QV1 nuevamente ingresó al servicio de Urgencias del HG No. 5, por no percibir movimientos fetales desde la

⁷⁸ Los desórdenes hipertensivos están asociados con severas complicaciones maternas y contribuyen a la mortalidad materna...incrementan la presencia de parto pretérmino



noche anterior, siendo valorada por PSP7, quien la reportó con signos vitales dentro de los parámetros normales; indicó ministro de omeprazol, metoclopramida, cefotaxima, vigilancia de signos vitales y cuidados generales de Enfermería, ultrasonido pélvico abdominal, estudios de laboratorio y cruce de paquete globular, así como valoración por Ginecología y Obstetricia y cardiotocógrafo a permanencia.

75. A las 18:10 horas de la misma fecha, QV1 fue valorada por AR2, quien la reportó con embarazo de 35.2 SDG; mencionó que acudió al servicio de Urgencias por presentar hipomotilidad⁷⁹ fetal, de un día de evolución; que QV1 presentaba disnea de pequeños a medianos esfuerzos y dificultad para trasladarse, actividad uterina irregular de 2 a 3 días de inicio⁸⁰ con contradicciones esporádicas, dolor de espalda y cadera; realizó prueba sin estrés detectando reactividad.⁸¹ A la exploración física identificó tensión arterial de 127/86 mmHg, frecuencia cardiaca elevada de 110 latidos por minuto, sin tolerar el decúbito,⁸² empezando con dificultad respiratoria y agitación, con campos pulmonares ligeramente hipoventilados.⁸³ Reportó datos de ultrasonido obstétrico de 37.2 SDG, con cálculo de índice de líquido amniótico de manera cualitativa,⁸⁴ ya que no fue posible medir de manera detallada los cuatro cuadrantes, pues QV1 no toleró la posición para el estudio; estableciendo el diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2.

⁷⁹ Disminución del movimiento del feto.

⁸⁰ El trabajo de parto comienza con contracciones uterinas irregulares de intensidad variable; aparentemente ablandan el cuello y comienzan a borrarlo y dilatarlo. A medida que el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia.

⁸¹ Es un resultado que indica que la frecuencia cardíaca del feto aumenta en respuesta al movimiento o a las contracciones.

⁸² Hace referencia a la posición en la que un individuo se encuentra recostado o acostado.

⁸³ Es una condición en la que la respiración es superficial o lenta, lo que provoca que los pulmones no intercambien gases de manera adecuada.

⁸⁴ Es un examen que se realiza durante el embarazo para detectar anomalías en el feto. Se puede hacer mediante un ultrasonido o una amniocentesis.



76. AR2 agregó que QV1 cursaba con síndrome de Pick-Wick,⁸⁵ con datos ultrasonográficos de oligohidramnios leve, por lo que requería de interrupción del embarazo por vía abdominal, comentando que en esa unidad no se contaba con quirófano con las dimensiones necesarias para realizar la cirugía, añadiendo que, por las características de QV1, se requerían dos ginecólogos y dos ayudantes al menos para realizar la cesárea; además, por patología de base, QV1 presentaba alto riesgo de complicaciones y necesidad de Terapia Intensiva, por lo que se planteó la necesidad prioritaria de referirla a unidad de tercer nivel para su atención.

77. El 01 de diciembre de 2022 a las 22:14 horas, QV1 fue valorada por AR6, quien la reportó estable, sin cambios en su evolución clínica y en espera de su traslado a nosocomio en la Paz, Baja California Sur. El 02 de diciembre de 2022, a las 22:14 horas, fue valorada por AR3 y AR4, quienes la reportaron con signos vitales dentro de los parámetros normales y en espera de ser trasladada a la unidad médica en la Paz, de esa entidad federativa.

78. La literatura médica especializada sobre los oligohidramnios, señala que:

... generalmente el oligoamnios está asociado a una enfermedad materna (hipertensión, diabetes, insuficiencia uteroplacenteria, preeclampsia...debemos sospechar oligoamnios ante una altura de fondo uterino disminuida o una disminución de la percepción de movimiento fetales. Este tipo de pacientes requiere una intensa vigilancia del feto, con prueba sin estrés o con estrés con contracciones...Complicaciones: compresiones de cordón y mayor concentración de meconio. Depresión neonatal, sufrimiento fetal crónico y muerte fetal.

⁸⁵ También conocido como síndrome de hipoventilación por obesidad (SHO), es una afección respiratoria que se caracteriza por la obesidad y la dificultad para respirar.



79. Por lo que, desde el punto de vista médico, se considera que el desarrollo de oligohidramnios que cursó QV1, fue una complicación derivada de las múltiples patologías que presentaba, que no fueron detectadas de manera oportuna, generándole una descompensación sin que se le proporcionara un manejo adecuado, además de que no se consideraron las ocasiones en que QV1 presentó infecciones urinarias ni se le proporcionó un tratamiento farmacológico, siendo una entidad que está relacionada con el parto pretérmino, lo que evidenció un control prenatal inadecuado por el personal médico encargados de la atención de QV1, situación que se confirma lo manifestado por AR2, al señalar que QV1 era una paciente con alto riesgo de complicaciones y necesidad de terapia intensiva, por lo que era prioridad enviarla a una unidad de tercer nivel necesaria para su manejo.

➤ **Vigilancia obstétrica de QV en el HGZ No.1**

80. El 03 de diciembre de 2022, QV1 fue trasladada en ambulancia al HGZ No. 1, siendo valorada en el Triage Obstétrico⁸⁶ a las 00:27 horas, donde se le clasificó con urgencia médica en verde⁸⁷. A las 01:00 horas del mismo día, QV1 fue valorada por AR7, en acompañamiento de PMR1 y PMB2, quien señaló que QV1 acudió a ese nosocomio para la interrupción de su embarazo vía abdominal debido a sus comorbilidades y la falta de equipo en el HG No. 5; a la exploración física la encontró

⁸⁶ Proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta.

⁸⁷ Que corresponde a una urgencia no calificada y que cuya atención no puede rebasar los 120 minutos; en ella la paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existe coloración cianótica de la piel. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.



con tensión arterial elevada de 140/90, que es dato de hipertensión de etapa 2,⁸⁸ con dilatación⁸⁹ de 0 centímetros y borramiento⁹⁰ del 0%, es decir, sin datos de trabajo de parto; indicó su ingreso hospitalario para toma de laboratorios, cruce de hemoderivados,⁹¹ vigilancia del binomio materno fetal y valorar la vía de interrupción del embarazo; integrando los diagnósticos de embarazo de 35.2 SDG, síndrome de Pickwick, diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad grado 3 y oligohidramnios leve, indicando ingesta de metformina y omeprazol, cuidados generales de Enfermería, vigilancia de signos vitales por turno, de sangrado transvaginal, de la actividad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal.

81. El Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH observó que, aunque QV1 ingresó con cifras de hipertensión arterial, AR7 omitió realizar una valoración integral, desestimando el incremento de la tensión arterial; prescindió de realizar la vigilancia materno fetal, al no realizar el correcto llenado del partograma, ni asentar los signos vitales que presentó QV1 durante su estancia en ese hospital; además, al tratarse de un embarazo de alto riesgo y presentar QV1 comorbilidades, era necesario realizar estudios para valorar el bienestar fetal, ante la ausencia de

⁸⁸ Presión arterial alta. La presión arterial alta es una presión sistólica de 120 a 129 milímetros de mercurio (mm Hg) y una presión diastólica por debajo de 80 mm Hg. La presión arterial alta tiende a empeorar con el tiempo, a menos que se tomen medidas para controlarla.

Hipertensión de etapa 1. La hipertensión de etapa 1 es una presión sistólica que oscila entre 130 y 139 mm Hg o una presión diastólica que oscila entre 80 y 89 mm Hg.

Hipertensión de etapa 2. Esta etapa es más grave. Se trata de una presión sistólica de 140 mm Hg o mayor, o una presión diastólica de 90 mm Hg o mayor.

⁸⁹ Apertura del cuello del útero, medida de 0 a 10 centímetros. Aumento del diámetro del a abertura cervical medida en centímetros.

⁹⁰ Acortamiento y adelgazamiento del cervix o cuello uterino (que suele medir alrededor de 3 centímetros), medido de 0% a 100%, 0% es que está cerrado, cuando empieza a dilatarse, llega al 100% de borramiento, para que pase la cabeza del producto al canal vaginal y nazca).

⁹¹ Las pruebas cruzadas y la búsqueda de anticuerpos son de suma importancia, ya que permiten que los antígenos y anticuerpos puedan ser detectados y estudiados en el laboratorio; nos ayudan a prevenir la transfusión de sangre incompatible, y proveen al paciente de máxima seguridad y beneficio.



contracciones; tampoco fue realizado el estudio cardiotocográfico, necesario al ser QV1 derivada por la presencia de hipomotilidad fetal, oligohidramnios, presentación pélvica y las patologías de base de la paciente; situaciones que fueron desestimadas y que impidieron detectar de manera oportuna el descontrol hipertensivo (preeclampsia) y la insuficiencia útero placentaria.

82. Tampoco se inició un manejo farmacológico antihipertensivo, ni se indicó monitoreo de la presión arterial diastólica; además se advirtió que, en la hoja de Registro Clínicos del servicio de enfermería, se dio la indicación del antihipertensivo a partir de las 06:00 horas, para posteriormente suspenderlo, sin motivo alguno y por quien fue dada la indicación.

83. El 03 de diciembre de 2022 a las 22:00 horas, es decir 21 horas después de su ingreso, AR8 en acompañamiento de PMB1, valoró a QV1; asentando “sin urgencia obstétrica” para interrupción del embarazo y que se continuaría con la vigilancia del binomio, sin establecer diagnóstico, ni hacer referencia a los datos de oligohidramnios leve, por lo que indicó su pase a piso. Así, AR8 omitió analizar los resultados de los laboratoriales solicitados a su ingreso, determinar la presencia o no de proteinuria, indicar estudios de bienestar fetal; siendo nuevamente inadvertido el incremento de la tensión arterial.

84. En los resultados de laboratorio de 03 de diciembre de 2022, QV1 presentó elevación de la enzima hepática AST⁹² como criterio diagnóstico de preeclampsia, como lo señala la GPC-IMSS-058-08, por lo que, de igual manera, AR8 incumplió con la GPC-IMSS-020-08, al no realizar los estudios auxiliares diagnósticos para el monitoreo y vigilancia de la evolución del embarazo.

⁹² Aspartato amino transferasa, TGO en 95 mg/dl, valores normales 15-37 U/L.



85. A las 01:25 horas de la misma fecha, QV1 ingresó a hospitalización en el servicio de Ginecología en dónde nuevamente fue atendida por AR8, en acompañamiento de PMB1, quien reportó incremento de tensión arterial de 140/90 mmHg, con dilatación de 0 cm y borramiento de 0%, informando que ingresó a piso para continuar con vigilancia del binomio, continuando con antihipertensivos y antibióticos. A las 11:46 horas, QV1 fue valorada por AR9, en acompañamiento de PMB3, quien la encontró con signos vitales dentro de los parámetros normales, por lo que se continuó con las mismas indicaciones médicas y en vigilancia del binomio; aunque la señalaron como delicada no exenta de complicaciones.

86. A las 23:09 horas del mismo día, QV1 fue valorada de nueva cuenta por AR8, en acompañamiento de PMB2, quien la señaló con cifras tensionales dentro de los parámetros normales. Se observó que QV1 cursó nuevamente con elevación de la tensión arterial, factor desestimado por AR8, quien asentó en la nota médica respectiva que se continuó con la administración de antihipertensivos, indicando únicamente suspensión de metformina y continuar con cefotaxima, omeprazol, butilhioscina⁹³ y ketorolaco,⁹⁴ inadvertiendo el incremento de la tensión arterial; también prescindió de valorar y analizar los resultados de los laboratoriales solicitados a su ingreso, no se realizaron estudios para valorar el bienestar fetal, para determinar el bienestar feta; es decir, AR8 omitió realizar una adecuada y estrecha vigilancia del binomio materno-fetal. Aunado a ello, en el Registro Clínico de Enfermería de misma fecha, no se advirtió la ministración de medicamento

⁹³ La Butilhioscina es un medicamento muy utilizado para dolores provocados por espasmos principalmente muy recetado durante la menstruación y hasta en dolores provocados.

⁹⁴ El ketorolaco es un medicamento analgésico y antiinflamatorio no esteroideo que sirve para el tratamiento del dolor moderado a grave, siendo utilizado habitualmente para el tratamiento del dolor postoperatorio y diferentes lesiones.



antihipertensivo a QV1, desconociendo si continuaba o no con manejo antihipertensivo.

87. El 05 de diciembre de 2022 a las 10:51 horas, QV1 fue atendida por AR10, en acompañamiento de PMB2, quien indicó que QV1 presentaba dolor lumbar y en hipogastrio,⁹⁵ por lo que la programó la interrupción del embarazo al día siguiente por máximo beneficio debido a sus comorbilidades y con ello disminuir su morbimortalidad materno fetal, continuando con manejo preestablecido y vigilancia del binomio.

88. A las 14:47 horas de la misma fecha, QV1 fue valorada por AR11, en acompañamiento de PMB4, quien la reportó sin necesidad de antihipertensivos, sin cambios en su evolución clínica; asentó que, por indicación de Jefatura del Servicio de Ginecología, por múltiples comorbilidades padecidas por QV1 y por tratarse de un embarazo pretérmino, se programó procedimiento quirúrgico de QV1 al siguiente día, firmándose consentimientos informados.

89. Así también, se advirtió que no consta nota de atención médica correspondiente al turno nocturno del día 05 de diciembre de 2022, lo que no permite establecer si ocurrió alguna eventualidad; tampoco se cuenta con evidencia de vigilancia estrecha del binomio materno fetal, desde las 14:47 horas de ese días hasta las 11:00 horas del día siguiente, reafirmando una inadecuada vigilancia del binomio materno-fetal desde el último reporte que mostró al feto con vida, realizado el 03 de diciembre de 2022. Ese mismo, día el servicio de Enfermería del turno nocturno

⁹⁵ Región anterior del abdomen, inferior al ombligo.



reportó tensión arterial de 129/88 mmHg; es decir, se mantuvo con cifras de tensión arterial elevadas sin que el personal médico realizara algún ajuste a su manejo.

90. El 06 de diciembre de 2022 a las 11:00 horas, QV1 fue valorada por PSP10 en acompañamiento de PMB2, quien la reportó con tensión arterial 131/82 mmHg y frecuencia cardíaca alta de 98 latidos por minuto;⁹⁶ QV1 le refirió hipomotilidad fetal⁹⁷ desde el día anterior; a la exploración física, señalaron que encontraron producto único vivo intrauterino; asentó que se les dificultó escuchar frecuencia cardíaca fetal con doppler⁹⁸ portátil por abundante tejido adiposo⁹⁹ y de útero grávido, leve dolor a la palpación superficial y profunda.

91. Sin embargo, señalaron que QV1 se encontraba con cifras tensionales en parámetros normales, sin necesidad de antihipertensivos, indicando pasar a QV1 a Tococirugía para la interrupción del embarazo, estableciendo como diagnósticos diabetes mellitus no especificada, hipertensión, obesidad y enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

➤ **Resolución del embarazo de QV1**

92. El 06 de diciembre de 2022, QV1 fue valorada por AR12, en acompañamiento de PMR3, quien reportó que QV1 presentó incremento de la tensión arterial 169/99

⁹⁶ Durante el embarazo, la cantidad de sangre que bombea el corazón (gasto cardíaco) aumenta entre un 30% y un 50%. A medida que esto ocurre, la frecuencia cardíaca en reposo asciende desde el valor normal de 70 latidos por minuto antes del embarazo hasta incluso 90 latidos por minuto.

⁹⁷ Se refiere a una disminución de los movimientos fetales, que puede ser un signo de alarma durante el embarazo.

⁹⁸ Monitor de ritmo cardíaco fetal.

⁹⁹ Se conoce coloquialmente como grasa corporal.



mmHg, con antecedente de dificultad para oír frecuencia cardiaca fetal en hospitalización y en el área de quirófano, con pase a sala quirúrgica para resolución del embarazo por vía abdominal, en estado de salud muy delicado por cursar con un estado de Preeclampsia e hipertensión severas.

93. El 06 de diciembre de 2022, AR12 y AR13 realizaron a QV1 una cesárea tipo Kerr, con postquirúrgico inmediato con feto pretérmino, diabetes mellitus 2 descontrolada, hipertensión arterial crónica descontrolada, crisis hipertensiva, síndrome de Pickwick, obesidad mórbida, desarterialización selectiva por acretismo placentario y paridad no satisfecha; teniendo como hallazgo: *“recién nacido femenino, hora de nacimiento: 12:06 horas...APGAR 0/0¹⁰⁰...líquido amniótico cetrino¹⁰¹, fétido, feto macerado¹⁰² por pérdida de actitud fetal¹⁰³, así como suturas, placenta con acretismo¹⁰⁴ cabalgadas con signo de Spalding¹⁰⁵, sangrado de 300 cc¹⁰⁶ y realizó certificado de muerte fetal con causas de muerte fetal: insuficiencia*

¹⁰⁰ Escala de evaluación del recién nacido al primer minuto de vida y a los cinco minutos, se registra la respiración, frecuencia cardiaca, coloración y tono muscular, calificaciones bajas se traducen en malas condiciones de salud, puntajes de 0 traduce ausencia de vida.

¹⁰¹ Dicho de un color: Amarillo verdoso, es anormal, el líquido amniótico es transparente, claro.

¹⁰² La maceración es el conjunto de cambios que se producen en el feto que fallece antes del parto en un ambiente líquido, usualmente aséptico y a más de 37° C que ocurre por la liberación de enzimas que causan autólisis (proceso anaeróbico de degradación de los constituyentes bioquímicos de la célula por la acción de las propias enzimas intracelulares).

¹⁰³ Angulación anormal de la columna vertebral o pérdida de la actitud fetal, debido a maceración de los ligamentos espinosos.

¹⁰⁴ La placenta accreta es una placenta anormalmente adherente que produce una postergación del alumbramiento.

¹⁰⁵ Superposición de las suturas craneales que puede observarse entre el 6° y 8° mes de gestación apareciendo dentro de los primeros siete días debido a una licuefacción encefálica (Signo de Spalding) (Si se corta el flujo de sangre y oxígeno durante un periodo suficientemente largo, lentamente una porción del cerebro muere y se transforma en una sustancia dura y a la vez elástica.)

¹⁰⁶ Centímetros cúbicos.



placentaria”;¹⁰⁷ confirmando el inadecuado manejo y vigilancia del binomio materno-fetal entre los días 04 al 06 de diciembre de 2022.

94. Cabe resaltar que a QV1 le practicaron una histerectomía y alumbramiento placentario dirigido¹⁰⁸ con extracción incompleta “ya que presenta acretismo placentario¹⁰⁹”, le realizaron una limpieza de cavidad uterina con sangrado activo, ligamiento de arterias uterinas, logrando que cediera el sangrado, por lo que fue pasada a recuperación y posteriormente a piso de hospitalización. Las acciones de AR12 y AR13 fueron contrarias a la GPC-IMSS-589-19, Diagnóstico y Manejo de Anomalías en la inserción placentaria y vasa previa¹¹⁰, que refiere que se debe evitar separar la placenta de las paredes uterinas, dejándola *in situ*, acción asociada a una reducción significativa del sangrado, lo que, en el caso, incremento el riesgo de morbimortalidad de QV1, toda vez que la separación parcial de la placenta puede generar sangrado masivo,¹¹¹ siendo que tampoco está indicada la ligadura de arterias uterinas.¹¹²

¹⁰⁷ La incapacidad de este órgano para ejercer correctamente sus funciones de nutrición y protección del feto, produciéndose, como consecuencia, una alteración en la homeostasis fetal.

¹⁰⁸ Una vez que el bebé ha nacido, comienza el periodo de alumbramiento. Después del nacimiento del niño, el útero sigue contrayéndose para que la placenta se desprenda de la pared uterina y sea expulsada junto con lo que fue la bolsa amniótica. En la mayoría de los casos la placenta se desprende espontáneamente de la pared uterina.

¹⁰⁹ El acretismo placentario (también denominado el acretismo) es una condición del embarazo en la cual la placenta se adhiere demasiado profundamente a la pared del útero. El riesgo de desarrollar acretismo aumenta con cada cesárea o cirugía uterina. El acretismo pone a la madre en riesgo de hemorragia grave y otras complicaciones.

¹¹⁰ En un estudio descriptivo de base poblacional de Inglaterra, en el que se incluyeron 134 mujeres con diagnóstico de placenta acreta, para describir su manejo y desenlace, concluyó que el dejar la placenta *in situ* durante la cesárea histerectomía se asoció a una reducción significativa del sangrado ($p < 0.001$) y de la necesidad de transfusión ($p < 0.001$). En pacientes con acretismo placentario se recomienda realizar cesárea histerectomía, dejar la placenta *in situ* y evitar intentar separar la placenta de las paredes uterinas.

¹¹¹ En pacientes con placenta acreta, increta o percreta el uso de uterotónicos puede causar separación parcial de la placenta, lo que puede generar un sangrado masivo.

¹¹² No se recomienda realizar rutinariamente técnicas de ligadura, oclusión o embolización de arterias uterinas.



95. Desde el ingreso de QV1 al HGZ No. 1, el 03 de diciembre de 2022, cursó con incremento de la tensión arterial, lo cual fue desestimado, por lo que no se inició protocolo de estudio para descartar o confirmar la presencia de preeclampsia; no se indicó manejo oportuno de antihipertensivos, desestimando las diversas comorbilidades que presentaba QV1, que constituyen factores de riesgo materno que favorecen el desarrollo de insuficiencia útero placentaria y alta morbilidad para el binomio materno fetal. Así también, se observó que durante la estancia intrahospitalaria de QV1, el personal médico tratante la describió sin datos de compromiso del bienestar fetal, sin mencionar de qué forma se determinó y sin que existan evidencias de ello en el expediente clínico.

96. Durante la cesárea realizada a QV1 encontraron feto macerado, por pérdida de actitud fetal así como suturas, placenta con acretismo cabalgadas con signo de Spalding, cambios postmortem, que la literatura médica especializada en Tanatología Médico Forense¹¹³ refiere que se presenta cuando el feto tiene aproximadamente entre 36 y 40 horas de haber muerto dentro del útero, junto con los cambios descritos en el líquido amniótico al referirlo como “cetrino y fétido”, lo que confirma lo manifestado por QV1 en su escrito de queja y lo establecido por AR12 en el certificado de defunción fechado el 06 de diciembre de 2022: *“insuficiencia placentaria, Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada, Hipertensión Arterial Crónica descontrolada y Síndrome de Pick Wick”*.

¹¹³ Rama de la Medicina Forense que estudia los cambios y fenómenos que ocurren después de la muerte.



97. Dichas situaciones demostraron que AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, brindaron una inadecuada evaluación y vigilancia obstétrica, desestimando reiteradamente los antecedentes materno fetal y de riesgo; tampoco dieron un manejo médico oportuno de las condiciones obstétricas (preeclampsia e insuficiencia placentaria) y dilataron la atención de la resolución del embarazo.

98. Acorde al Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, se considera el personal del HGZ No. 1, brindó una atención médica inadecuada a QV1 al incumplir con lo establecido en los artículos 32, 61 de la LGS, 99 y 115 Bis 1 del RLGs-MPSAM, 7, 52 del RPM-IMSS, los numerales 5.3.1.3, 5.3.1.5, 5.3.1.13.3, 5.5.12 y 5.5.13 de la NOM-007-SSA2-2016, las GPC-IMSS-567-12,¹¹⁴ GPC-IMSS-058-08, GPC-IMSS-020-08¹¹⁵ y el LTPDMP-SS-CNEGSR. 2007.¹¹⁶

➤ **Atención del puerperio de QV en el HGZ No. 1**

99. El 07 de diciembre de 2022, QV1 fue valorada por AR13, en acompañamiento de PMB2, quien la reportó cursando un puerperio quirúrgico mediato, con presencia de loquios escasos¹¹⁷, con cifras tensionales dentro de metas con tratamiento antihipertensivo, por lo que indicó el inicio de medicamento para inhibición de la

¹¹⁴ “Las causas de muerte fetal anteparto de origen materno más comunes son: Diabetes mellitus. Preeclampsia. Infecciones... Los factores fetales que se asocian a muerte fetal son... control prenatal inadecuado, vigilancia intraparto inadecuada”.

¹¹⁵ “En la paciente con preeclampsia se recomienda monitoreo continuo de signos vitales... Al evaluar la salud fetal se debe considerar: Cardiotocografía. Ultrasonido obstétrico en tiempo. Ultrasonido Doppler... es recomendable que cada centro hospitalario que proporcione atención médica a pacientes con embarazo y preeclampsia desarrolle sus protocolos de vigilancia feta...”.

¹¹⁶ Tomando en consideración esta cifra promedio, el diagnóstico de hipertensión arterial durante el embarazo se establece en presencia de cualquiera de las tres condiciones siguientes: elevación de la PAM _____ 95 mmHg, en el segundo trimestre, una cifra absoluta PAM de 106 mmHg o más”

¹¹⁷ Secreción o líquidos vaginales que se excretan posterior al parte, pueden ser francamente sanguinolentos o con restos hemáticos hasta su resolución.



lactancia e interconsulta a Psicología. Ese mismo día a las 16:02 horas, AR11 en acompañamiento de PMB5, señaló que QV1 presentaba cifras tensionales dentro de metas, resto sin cambio, por lo que QV1 cursó con un puerperio postquirúrgico inmediato con cifras elevadas de tensión arterial, iniciando el tratamiento antihipertensivo con adecuada respuesta y reducción en las cifras tensionales, sin desarrollar complicaciones.

100. El 08 de diciembre de 2022 a las 20:04 horas, QV1 presentó evolución clínica satisfactoria del puerperio, siendo valorada por PSP9, en acompañamiento de PMB6, quien la reportó en espera de ambulancia para su traslado, en vigilancia posoperatoria y puerperio, permaneciendo en el HGZ No. 1, sin que obren notas de atención médica durante los días 09 y 10 de diciembre, siendo que hasta el 11 de diciembre del mismo año, a las 19:41 horas, que fue valorada en el área de observación obstetricia, por PSP10, quien la refirió clínicamente estable, con tendencia a la buena evolución.

101. Posteriormente en esa fecha a las 22:19, la refirió hemodinámicamente estable, saturación en metas al aire ambiente, manteniendo cifras de tensión arterial, buena evolución clínica, por lo que se decidió contrarreferencia a su unidad de adscripción en el HG No. 5, siendo al día siguiente, 12 de diciembre de 2022, a las 08:35 horas que se realizó su remisión, reingresando al HG No. 5. Durante su estancia evolucionó hacia la mejoría, por lo que decidieron su egreso el día 13 de diciembre de 2022, con cita abierta a urgencia, que el retiro de puntos sería en 10 días en la unidad de medicina familiar.

102. El Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, indicó que el personal médico de HG No.5, omitió brindar a QV1 el servicio en el área de



Urgencias de HG No. 5, prescindiendo de realizar un adecuado análisis de los auxiliares diagnósticos, ingresar a QV1 a hospitalización para vigilancia y estabilización metabólica e indicar su egreso sin ser valorada por el servicio de Medicina Interna para normar conducta a seguir.

103. Con relación a la atención brindada a QV1, la Comisión Bipartita acordó que la queja médica sobre el caso de QV1 era procedente desde el punto de vista médico, bajo las siguientes consideraciones:

“la paciente presentaba un embarazo pretérmino con múltiples factores de riesgo materno secundario a antecedentes patológicos crónicos, durante su hospitalización no realizaron prueba de estrés para corroborar bienestar fetal; programaron interrupción abdominal por beneficio materno fetal, hipomotilidad y no detección de frecuencia cardíaca fetal; el producto presentó maceración y acabalgamiento de las suturas lo que indica que la muerte fetal no era reciente. El deceso de la recién nacida es consecuencia de la dilatación en la atención para la resolución del embarazo”.

104. Por las consideraciones expuestas y conforme al dictamen en materia de medicina emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Nacional, concluyó que la atención brindada a QV1 por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 fue inadecuada y en desapego a lo previsto en la LGS,¹¹⁸ el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,¹¹⁹ el

¹¹⁸ Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

¹¹⁹ Artículo 9o.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. ...



Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS¹²⁰ y la NOM-007-SSA2-2016, en los términos señalados.

105. En el mismo sentido, la participación de PMR1, PMR2, PMB1, PMB2, PMB3, PMB4 y PMB5, adquiere relevancia por el hecho de que participaron en la atención médica brindada a QV1 en acompañamiento del personal médico tratante, quienes omitieron en su agravio la observancia del numeral 8.3, 8.33, 9.2 de la “NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica”; normatividad que en el presente caso se inobservó, derivado de las deficiencias en la atención médica brindada por AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, actuación que denota la insuficiencia en los servicios de salud que se brindan en esas Unidades Médicas por parte del personal médico.¹²¹

Artículo 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

¹²⁰ Artículo 43. El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.

¹²¹ NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.

9.1 Recibir educación de posgrado en un ambiente de respeto a sus derechos humanos, equidad e igualdad, de acuerdo con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular y adjuntos, el jefe de servicio, los médicos adscritos y personal institucional designado para tal efecto;

9.2 Recibir los programas académico y operativo de la especialidad médica, el reglamento interno de la unidad médica receptora de residentes donde se encuentre adscrito y la normativa relativa a las residencias médicas;

9.3 Contar permanentemente con la asesoría del personal médico de la unidad médica receptora de residentes y demás personas designadas para tal efecto, durante el desarrollo de las actividades diarias y en las guardias;



106. Todo lo anterior, contribuyó y obstaculizó que QV1 pudiera acceder al más alto nivel posible de salud física y mental, lo que también tuvo por consecuencia, el incremento de los riesgos de morbilidad que presentó teniendo por consecuencia la pérdida de su PG, siendo responsables de vulnerar el derecho de protección a la salud de QV1.

B. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTETRICA

107. La “Convención de Belém do Pará”, es el primer instrumento internacional que reconoce que las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia; así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos. Además, de plasmar la definición de violencia contra las mujeres como: *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado.”*¹²² Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

108. La LGAMVLV, define la violencia contra las mujeres como:

*Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”. Asimismo, precisa en su artículo 18, que la violencia institucional “son actos u omisiones de las servidoras y servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres...”*¹²³.

¹²² Artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”).

¹²³ LGAMVLV.



109. Las mujeres son víctimas de diversos tipos de violencia en el ejercicio de sus derechos reproductivos (embarazo, parto y puerperio). A nivel nacional e internacional, se reconoce como violencia obstétrica, en la que se visibilizan dos tipos de violencias, la física y la psicológica, por parte del personal médico en los espacios de servicios de salud, ejerciendo un trato deshumanizado o negligente, ante la negativa de proporcionar un tratamiento o información adecuados respecto del estado de salud.

110. Esta Comisión Nacional, en la Recomendación General No. 31, define a la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros¹²⁴.

111. Asimismo, la violencia institucional ha sido definida por la LGAMVLV como los actos u omisiones de las personas servidoras públicas de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres,

¹²⁴ https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf



así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

B.1. VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DE TIPO OBSTÉTRICA DE QV1

112. Con relación al caso de QV1 se pudieron constatar actos y omisiones durante la atención de su embarazo, parto y puerperio que trascendieron a su salud materna y derivaron en la pérdida de su PG, siendo efectos severos en el disfrute de su derecho humano a una vida libre de violencia, estimando, además, que dichos efectos fueron ocasionados por la inadecuada atención de personal médico del HGZ No. 1, HG No. 5, UMF No. 35, al no salvaguardar de manera diligente las expectativas reales de desarrollo de su embarazo, de conformidad con la normativa y literatura médicas.

113. Durante el tiempo de hospitalización de QV1 en el HGZ No. 1, el personal médico tratante omitió brindar un seguimiento adecuado de las enfermedades crónicas del bienestar fetal y del trabajo de parto de QV1, inadvirtiéndolo que cursaba con insuficiencia placentaria, situación que se vio acentuada por la obtención de un PG “macerado” y con signos de licuefacción encefálica, lo que, a decir, de la Comisión Bipartita, significaba que la muerte fetal no era reciente. En ese sentido, se indicó que el personal médico del HGZ No. 1 incumplió con lo previsto en la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, al no garantizar una atención médica con comunicación de calidad, entre QV1 y el personal encargado de su atención, propiciando un ambiente de miedos,



dudas e inseguridad, sin comprensión, apoyo, ni respeto en la experiencia de parto de QV1,¹²⁵ quien persistió con múltiples dudas respecto a la verdad de lo sucedido.

114. Aunque el personal del IMSS estableció como una de las causas de muerte fetal, insuficiencia placentaria por restricción de crecimiento intrauterino, y AR6 indicó tratamiento farmacológico para la maduración pulmonar fetal, en ninguna de las notas medicas del expediente clínico de QV1, tanto en la UMF 35, en el HG No. 5 o en el HGZ No. 1, se advirtió que se hubiera explicado a QV1 la naturaleza de esos padecimientos, sobre la secuencia de eventos, las posibles repercusiones para su salud materna y las posibilidades de seguimiento, ni tampoco se constató que se hubiera recabado el consentimiento informado de QV1 para el manejo y seguimiento propuesto para atender dicha afección, tal y como es señalado por la GPC-IMSS-500-11.¹²⁶

115. Asimismo, no se advirtió en las correspondientes notas médicas de la atención brindada a QV1 en el HGZ No.1, que se evitara el uso de lenguaje técnico, al explicarle a QV1 sobre los procesos de salud materna que le serían realizados; que conocieran las expectativas de QV1 sobre el desarrollo del nacimiento; que respetaran y atendieran sus expresiones y necesidades emocionales; careciendo

¹²⁵ Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto.

¹²⁶ Una vez diagnosticado un caso de RCIU, se explica a los padres la naturaleza de la enfermedad, la secuencia de eventos, las posibles repercusiones tanto para la vida fetal como la postnatal y las posibilidades de seguimiento. Los padres que aceptan el manejo y seguimiento propuesto deben firmar un consentimiento informado.



en todo momento de apoyo continuo,¹²⁷ lo que en el caso es trascendente, pues dicha práctica por parte del personal de salud sí tiene incidencia en efectos positivos como la disminución en el tiempo del trabajo de parto y la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, siendo un elemento importante para brindar una atención oportuna a las mujeres y personas gestantes.

116. El personal médico del HGZ No. 1 omitió proporcionar a QV1, una atención con calidad y respeto de sus derechos humanos;¹²⁸ en ese sentido, no se advirtió en las notas médicas, sobre la atención médica brindada a QV1 por AR7, AR8, AR9 y AR10, que le aclararan sus dudas con lenguaje comprensible, tomando en consideración todos los signos y síntomas que presentaba,¹²⁹ que de forma generalizada se desestimaron los signos y síntomas de urgencia obstétrica que QV1 presentó,¹³⁰ siendo estos obesidad, diabetes, hipertensión arterial, dolor abdominal, hipomotilidad fetal.

¹²⁷ En la revisión Cochrane titulada “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”, se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto: • Incremento en el parto vaginal espontáneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.2), • disminución en el uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.96) • disminución en la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79), disminución en el tiempo del trabajo de parto MD <0.58 hrs (IC 95% <0.85 hrs a <0.31 hrs), disminución en el índice de cesáreas RR 0.78 (IC 95% 0.67 a 0.91), disminución de parto vaginal instrumentado RR 0.90 (IC 95% 0.85 a 0.96), disminución en el uso de analgesia regional RR 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.99). El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto. No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento Continuo.

¹²⁸ NOM-007-SSA2-2016

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

¹²⁹ 5.3.1.1 Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

¹³⁰ 5.3.1.3 Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.



117. Es importante precisar que los servicios de salud de las instituciones del Estado brindan a las mujeres y personas con capacidad de gestar, especialmente cuando buscan acceder a servicios de salud materna y/o sexual y reproductiva, deben estar provistos de perspectiva de género, no como un concepto abstracto, sino reflejado en acciones de atención sensible, empática, digna y de calidad, bajo los principios de profesionalismo, legalidad y disciplina, en la que se tomen en cuenta su sentir, su decisión y todos aquellos elementos que las coloquen en situación de vulnerabilidad, buscando salvaguardar, en todo momento, su acceso al más alto nivel posible de salud y la posibilidad de que puedan disponer del ejercicio de sus derechos.

118. Por ello, la atención brindada a QV1 por el personal del HGZ No. 1, el HG No. 5 y la UMF No. 35, fue desprovista de perspectiva de género pues, en sus intervenciones, se pudo corroborar que no brindaron a QV1 servicios de salud materna con atención de calidad, sensible, empática, digna, profesional, legal y disciplinada, ya que sus acciones no fueron guiadas con la finalidad de salvaguardar su bienestar, ni la de su producto de la gestación, brindando al binomio materno fetal un tratamiento médico óptimo de acuerdo a sus necesidades; tampoco se estimaron los factores de riesgo que presentó desde el primer momento, ni se tomó en consideración su sentir, sus preocupaciones, acreditándose, además, que la atención médica que se le brindó en esa Unidad Médica fue inadecuada desde su ingreso al HGZ No. 1, en el marco de su control prenatal y la atención de su parto.

119. Por lo anterior, se acredita que actos y omisiones en la atención médica que recibió QV1 en el HGZ No. 1 durante su embarazo y su parto constituyen violencia en su modalidad obstétrica, generándole afectaciones de índole física y psicológica,



las cuales le provocaron la pérdida de su PG, se configura violencia institucional, que es conceptualizada por la LGAMVLV, como los actos u omisiones de las personas servidoras públicas de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia; siendo responsables AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, responsables de vulnerar el derecho de QV1 a una vida libre de violencia, al incumplir con lo previsto en la NOM-007-SSA2-2016.¹³¹

C. DERECHO AL PROYECTO DE VIDA

120. El proyecto de vida es esencial para todo ser humano, tomando en consideración la vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente expectativas determinadas y acceder a ellas, siendo una de las necesidades elementales que le dan sentido a la

¹³¹ 5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo...

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.



vida, siendo la motivación, sin embargo, en algún momento de la vida, es mermada, convirtiéndose en un reto.

121. Tal como se desprende en el “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”, en donde la CrIDH resolvió que, el proyecto de vida:

*se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor que no puede ser ajeno a la observación de esta Corte.*¹³²

122. Así también, la Corte Interamericana ha precisado que el proyecto de vida atiende a la realización integral de la persona. Por lo tanto, la Corte reconoce esa integralidad del individuo y su causa final, el énfasis estará en esa meta como individuo que lo lleva a realizarse y menciona que se debe considerar su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones.¹³³

123. La jurisprudencia relacionada con el “proyecto de vida” ha sido desarrollada principalmente por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Este concepto se refiere a la afectación que sufre una persona en su desarrollo personal

¹³² CrIDH, “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”, Sentencia, Reparaciones y Costas, Sentencia de 27 de noviembre de 2008, párrafo 148.

¹³³ Calderón Gamboa, Jorge Francisco, Reparación del daño al proyecto de vida por violaciones a Derechos Humanos, Editorial Porrúa, 1ª Edición, 2005, Pag 30.



y profesional debido a violaciones de derechos humanos. Por lo que, el Estado tiene la obligación de investigar y sancionar internamente a los responsables de la violación cometida. De igual manera, la Corte ha ordenado medidas de reparación que buscan restituir, en la medida de lo posible, las condiciones para que la persona afectada pueda retomar su proyecto de vida. Esto puede incluir indemnizaciones económicas, rehabilitación y otras formas de apoyo. Por otro lado, el daño al proyecto de vida, entendido como una expectativa razonable y accesible en el caso concreto, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable".¹³⁴

C. 1. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE QV1, VI1, VI3 y VI4.

124. En el caso de QV1, las omisiones en que incurrió el personal médico del HGZ No. 1, del HG No. 5 y de la UMF No. 35, al no llevar a cabo una valoración y vigilancia estrecha, no realizar estudios de diagnóstico y control, así como la falta de detección y tratamiento oportuno de las patologías maternas, incrementaron la incidencia de muerte fetal y del riesgo obstétrico presentado por QV1, lo que alteró en forma grave el proyecto de vida de QV1 y VI1, ocasionando cambios en su actividad familiar y social así como en el ejercicio de otros derechos humanos, ya que QV1 al estar embarazada, generó un proyecto de vida materno y familiar, existiendo en ella pensamientos asociados al nacimiento de su PG, lo que se vio truncado con los hechos que motivaron la presente Recomendación.

125. En ese sentido, QV1 manifestó resentir afectaciones físicas, dado que las omisiones atribuibles al personal médico tratante representaron un riesgo para su

¹³⁴ Op. cit., párr. 308.



vida; asimismo, indicó presentar afectaciones emocionales, pues debido a la falta de vigilancia estrecha de su PG, presentó signos de sufrimiento fetal, situación que *“no ha logrado superar”*, menos aún, al no recibir la atención psicológica y tanatológica que requiere, por su pérdida.

126. QV1 manifestó que *“ha tratado de salir adelante, ya que no puede llorar debido a su estado de salud, porque se le sube la presión y se le complica todo, que han sido días difíciles, que ha estado tomando terapias en CECOSAMA, para tratar de salir adelante”*, aunque, no es el lugar ideal, ya que ahí dan atención a personas que padecen adicciones; así también, hizo manifiesta la afectación que ha sufrido VI1, al precisar que *“si le dolió la pérdida de su niña, porque quería que su hijita tuviera una hermanita y no estuviera solita y que ahora no se podrá”*, situación que ha generado inestabilidad emocional, sexual, familiar y social, viéndose afectado el proyecto de vida.

127. Por lo anterior, para esta Comisión Nacional, conforme a las manifestaciones de QV1 y VI1, resulta adecuado reconocer en la presente Recomendación a PG como un ente individualizado, con la intención de visibilizar las características particulares y el significado emotivo que QV1 y VI1 le atribuyen, a fin de reconocer los hechos violatorios de derechos humanos y responsabilidades por parte de la institución de salud involucrada, como medida para restablecer la dignidad de las víctimas y contribuir en la recuperación de la salud psíquica y emocional de QV1 y VI1, con la finalidad de buscar el cierre, alivio y la reparación sobre los hechos ocurridos a las víctimas del presente caso.



128. Debido a los antecedentes de sus embarazos anteriores y con las comorbilidades que padece, QV1 logró culminar su embarazo con 35.2 SDG, lo que generó expectativa de desarrollo personal y familiar, sin embargo, ese proyecto de vida dio un giro no previsto al perder a su PG, alterando su estabilidad emocional, quedándose sola, sin la posibilidad de expresar su dolor mediante el llanto por padecer de la presión arterial alta, existiendo riesgo de causarse algún daño derivado de esa enfermedad, como lo manifestó en la comunicación telefónica sostenida el 24 de abril de 2024. Informó que se vio en la necesidad de acudir a terapias, a un lugar que considera poco adecuado, para sobrellevar su situación emocional, advirtiéndose que requiere la atención psicológica y tanatológica que, desde el suceso, no ha recibido.¹³⁵

129. Como se detalló previamente, durante la intervención quirúrgica, se le realizó una Oclusión Tubaria Bilateral o Salpingoclasia, como método de planificación, impidiendo con ello, lograr concebir nuevamente. Es evidente que el proyecto de vida de QV1 se vio afectado al ser al tener expectativa de maternidad como una finalidad esencial. Por ello los hechos se identifican como elementos negativos tanto en VI1 como en los demás integrantes de la familia.

130. Si bien, una indemnización económica no puede en todos los casos restituir completamente la afectación a la realización personal, laboral o familiar, la misma es un mensaje simbólico que materializa la importancia de remediar el daño en medida de lo posible, de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva,¹³⁶ . Sin embargo, se requiere de la aplicación de otras medidas

¹³⁵ Artículo 51 de la LGAMVLV

¹³⁶ Artículo 26 LGV



reparatorias que no se limiten únicamente a términos monetarios, que ayuden a completar una perspectiva especial que considere los factores interseccionales que colocan a la persona en una situación de vulnerabilidad diferenciada.

131. El 19 de mayo de 2025, mediante comunicación telefónica, se tuvo conocimiento de que QV1 fue cuidada por su madre VI3, durante 10 días mientras estuvo hospitalizada; precisó que VI3 no vive en el mismo lugar sino en Puerto San Carlos, que su hermana VI4 la acompañó en el traslado al HGZ No. 1, ya que VI1 no la pudo acompañar, porque quedó al cuidado de su hija VI2. Comentó que VI3 requirió permiso para cuidar a QV1 en el hospital y que, durante su estancia en la ciudad de la Paz, VI3 y VI4 pagaron 3 días de hotel para cuidarla en el hospital. No obstante, ante la imposibilidad de continuar pagando el hospedaje, se trasladaron al hospital y para sustentar todos los gastos, solicitaron un préstamo.

132. Al momento del alta, VI3 y VI4 realizaron labores de cuidado todos los días, de las 07:00 a las 18:00 horas, siendo esta última, la hora en la que llegaba VI1 del trabajo, encargándose desde ese momento de su cuidado. VI3 se quedó un mes cuidándola, sumado al lapso que le acompañó en el hospital. Posteriormente regresó a su domicilio para continuar con su trabajo; asimismo, VI4 estuvo 3 días con ella, teniendo que regresar a su domicilio en el momento en que le fue informado que sus hijos se enfermaron, pero regresó cuando se enteró de la pérdida del PG de QV1. Además, indicó que una vez llegó a Guerrero Negro, VI1 y VI4 se encargaron del entierro del PG. Y finalmente se precisó que como “apoyo”, QV1 únicamente recibió una cantidad de dinero por concepto de pasaje, mismo que entregó a VI3 para que completara el pago de su traslado de regreso a Puerto San Carlos, a 5 horas de Guerrero Negro.



133. El deber de cuidado ejercido por VI3 y VI4 es relevante, pues permite visibilizar la carga histórica, social y cultural que de forma mayoritaria se atribuye a las mujeres y personas con capacidad de gestar. Lo que se traduce como una carga impuesta. El deber de cuidado de niñas, niños y adolescentes, y el derecho al cuidado y la protección familiar, de acuerdo con el imaginario colectivo¹³⁷ está asociado a lo femenino en las familias mexicanas, cabiendo añadir que la SCJN ha referido que las personas obligadas culturalmente tienen el derecho a no ser forzadas a cuidar por mandatos de género, al ser en ellas en quienes recae preponderantemente esta clase de labores.¹³⁸

134. En el mismo sentido, en el Amparo en Revisión 581/2022 la SCJN refirió que un elemento para reconocer la calidad de víctima indirecta es la participación activa en el cuidado de la víctima directa, previamente al hecho y posterior al hecho que causó la violación a los derechos humanos, situación que se acredita principalmente a familiares directos de la víctima, como es el caso de VI1, VI3 y VI4 respecto a QV1; por ello esta CNDH ha acreditado también, afectaciones al proyecto de vida de VI1, VI3 y VI4.¹³⁹

135. De modo que, la afectación al proyecto de vida tiene relación con el impacto que los hechos violatorios tienen en la realización integral de las víctimas de esos hechos y como los mismos influirán necesariamente, de forma permanente, en sus

¹³⁷ “[F]iguras interpretativas de nuestro entorno que le otorgan plausibilidad a una determinada interpretación de la realidad social, en la medida que dicha interpretación –en sus grandes rasgos– es socialmente compartida” (Duarte, 2015: 23).

¹³⁸ SCJN, Comunicados de Prensa, Op.Cit.

¹³⁹ La SCJN ha considerado como elemento para el reconocimiento de la calidad de víctimas indirectas el cuidado activo respecto a las víctimas directas. SCJN, Amparo en Revisión 581/2022, párrafo 116. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-02/AR-581-2022-28022023.pdf



decisiones personales y profesionales que, con motivo de sus potencialidades y aspiraciones, les obstaculicen fijar y acceder razonablemente a sus expectativas; impacto que se ve afectado por otro tipo de factores interseccionales como el sexo, la condición económica, el nivel de educación, el estado civil, entre otros; acorde con ello, las consideraciones expuestas en esta observación deberán ser estimadas por la CEAV, en la emisión del dictamen de reparación integral del daño de QV1 VI1, VI2, VI3 y VI4, que para tal efecto determine, las erogaciones por gastos médicos, psicológicos y tanatológicos acreditables, que, con motivo de los hechos, QV1, VI1, VI3 y VI4 hayan realizado.

C.1.1. AFECTACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA INTEGRIDAD DE VI1 y VI2

136. La Ley General de Víctimas señala que a las personas a las que se les reconoce como víctimas indirectas, tendrán esa calidad desde las afectaciones derivadas de los hechos violatorios a derechos humanos, por ejemplo, la vulneración de su salud psicoemocional. Por ello, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que en el caso de que acrediten este tipo de afectaciones es necesario otorgar medidas de rehabilitación para las víctimas indirectas, como en el presente caso, particularmente para VI1 y VI2, tal y como es referido en la doctrina judicial de la CrIDH, el sufrimiento referido se entiende como un “producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos”, por tanto basta con acreditar las violaciones a los derechos humanos de las víctimas directas, para reconocer su condición de víctimas indirectas”.

137. Conforme a la comunicación entablada con VI1 sostenida el día 17 de octubre de 2024, en la cual manifestó que *“en cuanto a lo sucedido, pues no sabe lo que siente y en ocasiones ni cómo se siente, que no ha podido desahogarse y que tal vez eso le hace falta pero trata de estar bien para que su esposa también lo esté”*,



por lo que se advierte la afectación que ha sufrido de manera indirecta y que resalta el vínculo con QV1, así como la necesidad de acudir a recibir terapias en psicología y/o tanatología para resarcir ese daño psicológico; con relación a VI2, VI1 manifestó que le dolió la pérdida de PG pues quería que VI2 tuviera una hermana y no estuviera sola, enfatizando que ahora ya no se podrá.

138. Por ello, con relación a VI1 y VI2, la CrIDH ha considerado que se puede declarar vulnerado el derecho a la integridad psíquica y moral de “familiares directos” u otras personas con vínculos estrechos con las víctimas con motivo del sufrimiento adicional que aquellos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos, y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a estos hechos, tomando en cuenta, entre otros elementos, las gestiones realizadas para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar.¹⁴⁰

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

139. De conformidad con el artículo 6º párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información, en lo particular, es un derecho otorgado en la cual el o la paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona, registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición.

¹⁴⁰ CrIDH, Caso Leguizamón Zaván y Otros Vs. Paraguay, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 15 de noviembre de 2022, Parr. 87.



140. La CEDAW, por su parte, establece en el inciso b) del artículo 14, el derecho a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; asimismo, en comunicación número 138/2028 CEDAW/C/75/D/138/2018) ha indicado “que solo son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas, insistiendo en la importancia del acceso a la información para garantizar la realización plena del derecho a la salud sexual y reproductiva.

141. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer precisa que, para el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, la restricción a otorgar la información de manera adecuada y efectiva pone en peligro el derecho a la salud física y psicológica de las mujeres, con efecto nocivo en situaciones tan sensibles como el embarazo; y el acceso a la información sobre el estado de salud de una persona resulta de aplicación y protección inmediata en aquellas situaciones en las que hay una rápida evolución de la enfermedad del individuo y donde su capacidad para tomar decisiones relevantes se ve reducida, como puede ser un embarazo o un parto con complicaciones. Finalmente, ese Comité defiende que también es relevante la aportación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y la observación general núm. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, en las que establece que la falta de información sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres impide que sus derechos humanos se realicen de forma efectiva.”¹⁴¹

¹⁴¹ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de



142. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29/2017,¹⁴² Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó: la integración del expediente clínico como parte del derecho a la información en materia de salud, al deber asentar fecha, hora y nombre completo de quien elabora la nota, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; Los datos de exploración física del paciente, como mínimo; tratamiento e indicaciones médicas.

143. Así también con relación a las omisiones sistemáticas identificadas en la integración del expediente clínico, por mencionar en nota de evolución: deberá elaborarla el médico que otorga al paciente cuando menos una vez al día y las notas se llevarán a efecto conforme a la situación clínica del mismo.

144. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, advierte en su introducción que:

[...] todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables; asimismo, señala que las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-medico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

la comunicación núm. 138/2018. Disponible en línea: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/cedaw-c-75-d-138-2018_spanish.pdf

¹⁴² CNDH, Recomendación General 29/2017, 31 de enero de 2017, pp. 13-14. Disponible en línea en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_029.pdf



D.1. VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QV1

145. Obra en el expediente clínico un ultrasonido obstétrico de 03 de diciembre de 2022, realizado por PSP8, en el que se concluyó: “embarazo...con promedio de 35.6 [SDG] por fetometría. Latido cardiaco fetal 137 minuto. Líquido amniótico de aspecto...normal”, lo que se traduce, que hasta ese día se encontraba vivo y sin datos de oligohidramnios; no obstante, este estudio no obra descrito ni analizado en ninguna de las notas médicas previamente citadas, tampoco se menciona la hora en que fue realizado y no consta otro ultrasonido obstétrico de seguimiento que se le haya realizado QV1 durante su estancia en el HGZ No.1.

146. A las 01:00 horas del 03 de diciembre de 2022, QV1 fue valorada por AR7, en acompañamiento de PMR1 y PMB2, quien señaló que QV1 acudió a ese nosocomio para la interrupción de su embarazo vía abdominal debido a sus comorbilidades y la falta de equipo en el HG No. 5, sin embargo, fue advertido por el Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH que obran notas médicas elaboradas por el personal médico que se encontró a cargo QV1.

147. Así también durante la estancia de internamiento de QV1 en HGZ No. 1, en el expediente clínico, se advirtió que no consta nota de atención médica correspondiente al turno nocturno del día 05 de diciembre de 2022, lo que no permite establecer si ocurrió alguna eventualidad; sin embargo, por los importantes factores de riesgo que presentaba QV1, los médicos del turno nocturno a cargo, debieron continuar con una vigilancia estrecha del binomio materno fetal, sin que cuente con evidencia de la misma desde las 14:47 horas de ese días hasta las 11:00 horas del día siguiente, previa a la cirugía programada.



148. Se advirtió que no consta nota de atención médica correspondiente al turno nocturno del día 05 de diciembre de 2022, lo que no permite establecer si ocurrió alguna eventualidad; sin embargo, el personal médico del turno nocturno a cargo debió continuar con una vigilancia estrecha del binomio materno fetal, sin que cuente con evidencia de esta desde las 14:47 horas de ese día hasta las 11:00 horas del día siguiente.

149. Durante la estancia intrahospitalaria de QV1, el personal médico tratante la describió sin datos de compromiso del bienestar fetal, sin mencionar de qué forma se determinó y sin que existan las notas médicas donde se especifique que se realizaron a QV1 ecografías Doppler, pruebas de bienestar fetal que consten el registro cardiotocográfico, la auscultación intermitente del foco fetal, perfil biofísico, estudios que no obran en el expediente. Finalmente, el 08 de diciembre de 2022 a las 20:04 horas, QV1 presentó evolución clínica satisfactoria en su puerperio, siendo reportada en espera de ambulancia para su traslado, sin que obren notas de atención médica durante los días 09 y 10 de diciembre.

150. El Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, indicó que el personal médico de HG No.5, incurrió en inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, toda vez que se advirtió que en algunas notas médicas de la evolución de QV1, carecen de firma y nombres completos de los médicos que las elaboraron. Sin que, dichas inobservancias tuvieran repercusión en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la evolución natural de la enfermedad de QV1.

151. Con ello incumplieron lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, referente al expediente clínico, toda vez que se advirtió que en algunas notas médicas del



evolución de QV1, carecen de firma y nombres completos del personal médico que las elaboraron de forma, lo que implicó que no se contara con información clara, precisa y oportuna, como consecuencia de esas deficiencias; omisiones que, si bien no tuvieron un impacto en la salud física o psicológica, transgreden la NOM-004-SSA3-2012¹⁴³ y constituyen una mala práctica administrativa que impacta el elemento de accesibilidad del derecho al nivel más alto de salud posible de QV1.

152. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y de la atención que reciben.

153. A pesar de dichas Recomendaciones, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y, como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables

¹⁴³ 5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

9 De los reportes del personal profesional y técnico...

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo: ...

9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

10 Otros documentos. Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que, por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico.



del incumplimiento de la citada norma, por lo que la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

154. Esta CNDH acreditó que el personal del IMSS, en el desarrollo de los hechos referidos, incurrió en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos de QV1, de conformidad con las acciones y omisiones descritas en los apartados que anteceden, y con ello no se apegó a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público, al no garantizar, de conformidad con sus propios procedimientos, derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia de tipo obstétrica en agravio de QV1, al acceso a la información en materia de salud de QV1, así como al proyecto de vida de QV1, VI1, VI3 y VI4 y a la integridad personal de VI1 y VI2, mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

155. La atención médica brindada a QV1, femenino de 29 de años al momento de los hechos, fue inadecuada los días 20 de junio, 10, 17 de agosto y 22 de noviembre de 2022, por AR1 adscrita a UMF No. 35, al omitir realizar un control prenatal adecuado y oportuno, bajo vigilancia estrecha del binomio materno fetal.

156. El 13 de julio de 2022, la atención brindada por AR2 fue inadecuada al desestimar los factores de riesgo materno y el descontrol metabólico persistente que presentaba; omitió realizar un adecuado análisis de los auxiliares diagnósticos, ingresarla a hospitalización para vigilancia y estabilización metabólica e indicar su



egreso sin ser valorada por el servicio de Medicina Interna para normar conducta a seguir. El 29 de agosto de 2022, AR2 omitió recalcular el riesgo obstétrico que presentaba QV1; tampoco realizó una referencia urgente o prioritaria a Medicina Interna, además de un tercer nivel de para su seguimiento y manejo especializado; además prescindió de realizar un control prenatal adecuado y oportuno.

157. El 16 de noviembre de 2022, AR3, omitió realizar una adecuada exploración física materna, describir detalladamente el ultrasonido obstétrico, realizar una adecuada interpretación de los resultados de los exámenes de laboratorio, adecuada anamnesis sobre el ingreso a urgencias el día previo; desestimó la elevación de la presión diastólica, la presencia bioquímica de datos de infección de vías urinarias, no solicitó pruebas para detectar/cuantificar proteinuria, tampoco la refirió a una unidad médica especializada para el manejo de las mismas.

158. El 22 de junio de 2022, AR3 y AR4, desestimaron los factores de riesgo materno y el descontrol metabólico persistente y omitieron realizar un adecuado análisis de los auxiliares diagnósticos, ingresarla a hospitalización para vigilancia y estabilización metabólica, indicando su egreso sin ser valorada por el servicio de medicina interna para normar conducta a seguir.

159. El 19 de octubre de 2022, AR5 omitió realizar una adecuada valoración y vigilancia del binomio materno fetal, para prevenir el desarrollo de complicaciones relacionadas a la diabetes gestacional y con la hipertensión crónica; asimismo, el 30 de noviembre de 2022 omitió derivar a la paciente de forma inmediata, al servicio de urgencias para su atención y manejo; lo que contribuyó con el incremento de la morbimortalidad que presentó el binomio.



160. El 24 de octubre y 07 de noviembre de 2022, AR6 desestimó el incremento de la tensión arterial sistólica; omitió realizar una adecuada exploración física materna, describir detalladamente el ultrasonido obstétrico, evaluar correctamente el peso, solicitar su envío al área de Nutrición, revalorar el riesgo obstétrico en QV1, realizar una adecuada valoración y vigilancia del binomio materno fetal, derivar a un tercer nivel de atención que contara con el servicio de Perinatología, donde se le otorgara manejo oportuno y así prevenir el desarrollo de complicaciones relacionadas con la diabetes gestacional y la hipertensión crónica.

161. El 03, 04 y 05 de diciembre de 2022, los AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, realizaron una inadecuada atención médica, deficiente y vigilancia obstétrica, desestimación de los antecedentes materno-fetales de riesgo, inadvertencia y manejo médico inoportuno de las complicaciones obstétricas (preeclampsia e insuficiencia placentaria), así como dilación en la atención de la resolución del embarazo.

162. Las acciones de AR12 y AR13 fueron contrarias a las de las GPC-IMSS-589-19, Diagnóstico y Manejo de Anomalías en la inserción placentaria y vasa previa, que refiere que se debe evitar separar la placenta de las paredes uterinas, dejándola *in situ*, al ser una acción asociada a una reducción significativa del sangrado, lo que, en el caso, incremento el riesgo de morbilidad de QV1, toda vez que la separación parcial de la placenta puede generar sangrado masivo, siendo que tampoco está indicada la ligadura de arterias uterinas.

163. Este Organismo Nacional, solicitó información a la Titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del OIC-IMSS, para conocer la existencia de algún expediente administrativo que se haya aperturado con relación a los hechos



contenidos en el expediente **CNDH/4/2023/12583/Q**, así como, con relación al Punto Cuarto de la resolución que emitió la Comisión Bipartita en el expediente QM y el estatus en que se encuentra el mismo, por lo que, ese OIC-IMSS informó que hizo la consulta al Área de Sistemas de Información del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del OIC y que no se localizaron antecedentes con los parámetros señalados. Por lo que, hasta la fecha, no se cuenta con el inicio de un procedimiento administrativo ante el OIC-IMSS.

164. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º párrafo tercero, 102 apartado B, de la CPEUM; 6 fracción III, 71 párrafo segundo, y 72 párrafo segundo de la Ley de la CNDH, se tienen evidencias suficientes sobre actos y omisiones que pudieran ser constitutivos de responsabilidad administrativa, para solicitar al IMSS que colaboré ampliamente con esta CNDH con motivo de los hechos, que se presentaran al titular del OIC-IMSS, que permita individualizar la responsabilidad de AR1, personal médico de la UMF 35; AR2, AR3, AR4 y AR6, personal médico del HG No. 5; AR5, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico del HGZ No. 1, y en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

165. El artículo 1º de la CPEUM, en su párrafo tercero mandata que:

“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.



166. En el mismo sentido, el artículo 1° de la Convención Americana de Derechos Humanos, señala que los Estados están comprometidos a respetar los derechos humanos, y garantizar su libre y pleno ejercicio, a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna.

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

168. 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.

169. 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.



170. Aunado a lo anterior, estas obligaciones adquieren especial valor cuando los hechos violatorios afectan a grupos históricamente excluidos o en desventaja, como en el caso, de las mujeres y personas con capacidad de gestar que buscan acceder a servicios de salud de calidad que les permita el más alto disfrute de su salud materna.

171. En el caso de QV1, el personal médico de la UMF No. 35, omitió realizar un control prenatal adecuado y oportuno, bajo vigilancia estrecha del binomio materno fetal, lo que contribuyó en el incremento de la morbilidad que presentó QV1 y a la aparición de las complicaciones con las que cursó el binomio durante el parto; en lo que respecta a la atención médica que QV1 recibió en el HG No. 5, el personal médico omitió garantizar una atención médica materna adecuada, al prescindir de estimar los factores de riesgo materno que QV1 presentaba, tales como el descontrol metabólico; omitieron calcular el riesgo obstétrico que presentaba; realizar una adecuada exploración física materna, ni tampoco la refirieron a un hospital del tercer nivel de atención; acciones que derivaron en el incremento de los riesgos de morbimortalidad que QV1 presentó, siendo además, constitutivos de violencia de tipo obstétrica.

172. En tanto que el personal médico del HGZ No. 1 generó un entorno de violencia de género en el que la abandonaron por lapsos prolongados, sin realizar las acciones necesarias de atención y correctivas que, no solo le permitieran alcanzar el más alto nivel de salud física y mental, sino que impidieran que perdiera a su PG; en ese sentido, se acreditó que el personal médico del HGZ No. 1 realizó actos de violencia obstétrica e institucional en perjuicio de QV1, lo que trasciende institucionalmente al IMSS, pues como autoridad garante del acceso a los servicios de salud pública, no ha cumplido con sus deberes generales para la erradicación de



actos de violencia en contra de las mujeres y personas gestantes, permitiendo que la réplica reiterada de modelos de violencia en sus Unidades Médicas.

173. En ese sentido, se pudo advertir que, en ninguna de las notas médicas que documentan la atención médica brindada a QV1 en el HGZ No. 1, el personal médico consideró garantizar una atención médica con comunicación de calidad, indispensable para generar confianza, entre QV1 y el personal encargado de su atención, propiciando un ambiente de miedos, dudas e inseguridad, sin comprensión, apoyo, ni respeto en la experiencia de parto de la víctima; evitar usar lenguaje técnico al explicarle a QV1 sobre los procesos de salud materna que le serían realizados; que conocieran las expectativas de QV1 sobre el desarrollo del nacimiento de su bebé; que respetaran y atendieran sus expresiones y necesidades emocionales; careciendo en todo momento de apoyo continuo; proporcionar a QV1, una atención con calidad y respeto de sus derechos humanos y, aclarar sus dudas con lenguaje comprensible, tomando en consideración todos los signos y síntomas que presentaba.

174. Actos realizados que contravienen los principios bajo el cual se rige una persona servidora pública que desempeña un empleo, cargo o comisión subordinada al Estado y que está obligada a apegar su conducta a los principios de legalidad, lealtad, honradez, imparcialidad y eficiencia, tomando en consideración varios factores, entre los que destacan, ser mujer de escasos recursos, no contar con estudios profesionales, y que, desconocía el panorama de un embarazo en sus condiciones, caso contrario, se hubiera mostrado un mejor panorama de la situación, tomando todas las precauciones y previsiones necesarias durante su



gestación, parto y post parto, de manera consciente, garantizado así el derecho la salud.

175. Asimismo, se destaca que el IMSS no garantizó la observancia de las LGS, RLGs-MPSAM, RPM-IMSS, NOM-004-SSA3-2012, NOM-004-SSA2-2013, NOM-007-SSA2-2016, GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-320-10, GPC-IMSS-028-22, GPC-IMSS-028.22, GPC-IMSS-567-12, GPC-IMSS-058-08, GPC-IMSS-020-08, GPC-IMSS-589-19 y GPC-IMSS-500-11, lo que constituye una responsabilidad instruccional, mismo que se confirma con el Dictamen en Materia de Medicina realizada por este Organismo Nacional que se detallaron en párrafos anteriores.

176. Dichas consideraciones reflejan la desigualdad que afrontan, en este tipo de servicios básicos, las mujeres y personas gestantes frente a los hombres, lo cual resulta inevitablemente en responsabilidad institucional, al ser ese Instituto omiso reiteradamente en impulsar, desde el ámbito de sus respectivas atribuciones, los cambios a la política pública de salud y de las prácticas administrativas que inciden en la repetición de hechos violatorios similares a los padecidos por QV1, no garantizando atención médica adecuada, en espacios libres de violencia obstétrica e institucional.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

177. 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 en el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44,



párrafo segundo de la Ley de la CNDH, 64 y 65 inciso c) de la LGV, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, buscando que esta reparación, sea oportuna, plena, transformadora integral y efectiva, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

178. En el caso Azul, Rojas Marín y Otra vs. Perú, CrIDH resolvió que:

“[...] Sobre la base de lo dispuesto en el artículo 63.1 de la Convención Americana, la Corte ha indicado que toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente, y que esa disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado. Además, este Tribunal ha establecido 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. Por tanto, la Corte deberá analizar dicha concurrencia para pronunciarse debidamente y conforme a derecho. En consecuencia, sin perjuicio de cualquier forma de reparación que se acuerde posteriormente entre el Estado y la víctima, y de acuerdo con las consideraciones expuestas sobre el fondo y las violaciones a la Convención declaradas en la presente Sentencia, el Tribunal procederá a analizar las pretensiones presentadas por la Comisión y las representantes de las víctimas, así como las observaciones del Estado a las mismas, a la luz de los criterios



*fijados en su jurisprudencia en relación con la naturaleza y alcance de la obligación de reparar, con el objeto de disponer las medidas dirigidas a reparar los daños ocasionados”.*¹⁴⁴

179. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto; 2 fracción I, II y IV, 7 fracciones I, II, III, VI, VII, XIX y XXIII; 26, 27 fracciones II, III, IV y V; 62 fracción I; 64 fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VIII; 75 fracción IV; 88 fracciones II, XXIII y XXVII; 96, 97 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I y párrafo segundo; 126 fracción VIII; 130 y 131 de la LGV; y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia de tipo obstétrica, en agravio de QV1, al proyecto de vida de QV1, VI1, VI3 y VI4 y a la integridad de VI1 y VI2, este Organismo Nacional le reconoce a QV1, su calidad de víctima directa y a VI1, VI2, VI3 y VI4 su calidad de víctimas indirectas, por los hechos que originaron la presente Recomendación; en esa virtud; por lo que, se deberá inscribir a QV1, VI1, VI2, VI3 y VI4 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la LGV.

180. De igual manera, se aplica lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “*Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*”, así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional

¹⁴⁴ CrIDH, “Caso Azul, Rojas Marín Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 12 de marzo de 2020, párrafos 224 y 225.



a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y , en su caso, sancionar a los responsables.

181. En la integración del expediente, materia de la presente Recomendación, se advirtió que, por medio de la queja médica, se acordó un pago indemnizatorio en favor de QV1 y VI1, por la inadecuada atención que le fue brindada por el personal médico del HGZ No. 1, mismo que ya fue cubierto. Es importante señalar que dicha compensación es uno de los aspectos que conforman, una reparación integral del daño por un hecho violatorio de derechos humanos, de acuerdo con el artículo 26 de la LGV, por lo que dicho pago constituye únicamente a una parte de la reparación integral del daño.

182. En ese sentido, el pago indemnizatorio no exime a esta Comisión Nacional de solicitar al IMSS que cumpla con los principios de la reparación integral del daño correspondientes a la obligación de investigar los hechos, satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición, esto por haberse acreditado a través de la investigación realizada por este Organismo Nacional la existencia de violaciones a derechos humanos en agravio de QV1, que derivaron en la pérdida de su PG.

183. Asimismo, no pasa inadvertido, para esta Comisión Nacional que esa misma Comisión Bipartita, acordó dar vista al OIC del IMSS, el establecimiento de medidas preventivas y correctivas para que no se repitan casos como el de QV1 y la implementación de una campaña de difusión de los derechos de las mujeres en el



HGZ No. 1, medidas que fueron tomadas en cuenta para la determinación de los puntos recomendatorios de este instrumento.

184. En ese contexto, esta CNDH determina que, al acreditarse violaciones a los Derechos Humanos de QV1 e indirectamente a VI1, el IMSS deberá reparar integralmente el daño ocasionado en los términos siguientes:

i) Medidas de rehabilitación

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

186. Por ello, el IMSS deberá brindar a QV1, VI1 y VI2 la atención psicológica y/o tanatológica, así como a VI3 y VI4 la atención psicológica, que requieran, 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 las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio, así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de



rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; asimismo, en el marco de la normatividad que rige a ese Instituto, deberá garantizar el reembolso de viáticos, que en su caso proceda, a QV1 y VI1 para que puedan asistir a los servicios de rehabilitación. Lo anterior, para el cumplimiento del punto segundo recomendatorio.

ii) Medidas de compensación

187. Las medidas de compensación se encuentran previstas en los artículos 27 fracción III, 64 fracciones I y II, a 72 de la LGV y consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende *“tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.

188. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de la que fue víctima, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas, como consecuencia de las violaciones ya descritas, ello acorde a la LGV.

189. En ese sentido, como fue señalado previamente, en la integración del expediente materia de la presente Recomendación, se advirtió que, por medio en la queja médica, se acordó un pago indemnizatorio en favor de QV1 y VI1, por la inadecuada atención médica que le fue brindada por el personal médico del HGZ No. 1, mismo que ya fue otorgado.



190. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de QV1, VI1, VI2, VI3 y VI4, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez emitida el dictamen correspondiente y conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación para VI2, VI3 y VI4; así como la medida de compensación y/o compensación complementaria para QV1 y VI1, la cual deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia del daño moral, patrimonial, lucro cesante, pérdida de oportunidades, tratamientos médicos o terapéuticos y gastos que hubieran provenido de los hechos violatorios; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

191. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la LGV, la solicitud de inscripción al Registro Nacional de Víctimas 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 humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

192. 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 LGV; 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 LGV, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación y/o compensación complementaria, que en su caso proceda, de conformidad con el presente instrumento recomendatorio.

iii) Medidas de satisfacción

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

194. Por lo anterior, dado que AR1, personal médico de la UMF 35; AR2, AR3, AR4 y AR6, personal médico del HG No. 5; AR5, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y



AR13, personal médico del HGZ No. 1, brindaron una inadecuada atención médica a QV1, el IMSS deberá colaborar ampliamente en el seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el titular del OIC-IMSS, por los hechos de QV1, que permita a ese Órgano individualizar la responsabilidad de las personas autoridades médicas involucradas y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan. Lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

195. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de Reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la LGV, 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 QV1, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

iv) Medidas de no repetición

196. De conformidad con lo establecido en los artículos 27 fracción V, 74 fracciones VIII, IX y XI, así como 75 fracción IV de la LGV, estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, mediante la adopción de medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.



197. El IMSS deberá diseñar e impartir en un plazo de seis meses después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de sensibilización¹⁴⁵ con la finalidad de brindar una atención médica integral con calidad desde una perspectiva de género, bajo el reconocimiento de los derechos humanos, dirigido al personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar en la UMF 35; Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HG No. 5; Medicina Interna, Tococirugía y Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGZ No.1; debiendo estar presentes, particularmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, en caso de encontrarse activos laboralmente y que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud materna y vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar e identificación de factores de riesgo en el embarazo, con especial énfasis en la prevención del desarrollo de complicaciones en pacientes con comorbilidades; b) acciones de prevención y atención para la garantía del bienestar del producto de la gestación, con especial énfasis en factores de riesgo como la insuficiencia placentaria; c) Aplicación de perspectiva de género por el personal médico en la garantía de los servicios de salud. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

198. Asimismo, deberá diseñar e impartir en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral relacionado

¹⁴⁵ Los cursos de sensibilización son herramientas que buscan concientizar a las personas sobre un tema específico, con el objetivo de promover cambios de actitud o de conducta. Dichos procesos de sensibilización son distintos de los cursos de capacitación, pues buscan construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de la cultura de las violencias en el servicio público, deconstruyendo o modificando patrones de conducta estereotipados, prejuiciosos o estigmatizantes en las prácticas administrativas.



con el conocimiento, manejo y observancia de los deberes previstos en la NOM-007-SSA2-2016, NOM-004-SSA2-2013, NOM-007-SSA3-2012; así como la GPC-IMSS-028-22, para la atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo, GPC-IMSS-058-08, Detección, Diagnóstico y Tratamiento en las enfermedades Hipertensivas del Embarazo en los tres niveles de atención, GPC-IMSS-028-08, el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica GPC-IMSS-589-19, Diagnóstico y Manejo de Anomalías en la inserción placentaria y vasa previa, la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, la GPC-IMSS-320-10. Actualización 2016. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo, GPC-IMSS-500-11 y GPC-IMSS-567-12, Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único, con enfoque especial a la identificación de complicaciones obstétricas y otros factores de estrés fetal en productos de la gestación; así como los deberes establecidos en la LGS, el Reglamento de la LGS y el Reglamento IMSS, dirigido al personal médico adscrito a los servicios de Medicina Familiar en la UMF 35; Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HG No. 5; Medicina Interna, Tococirugía y Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGZ No.1; debiendo estar presentes, particularmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, en caso de encontrarse activos laboralmente. Lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

199. Los cursos indicados, buscarán construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de prácticas administrativas en el servicio público generadoras de violencia institucional en perjuicio de las mujeres, así como fomentar la transversalidad de la perspectiva de género en los servicios de salud; ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá



ser impartido por personal especializado que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos.

200. Por otro lado, en un plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir una circular dirigida al personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar en la UMF 35, incluyendo a AR1; Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HG No. 5 incluyendo a AR2, AR3, AR4 y AR6, Medicina Interna, Tococirugía y Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGZ No.1, incluyendo a AR5, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico del HGZ No. 1; que contenga las medidas adecuadas de las labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; lo cual deberá contar con un enfoque de trato digno para las mujeres durante el control prenatal, vigilancia obstétrica, trabajo de parto y puerperio. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio sexto y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que lo acredite, entre ellas, el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

201. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la



adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

202. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de QV1, VI1, VI2, VI3 y VI4 a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez emitida el dictamen correspondiente y conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación para VI2, VI3 y VI4; así como la medida de compensación y/o compensación complementaria para QV1 y VI1, la cual deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia del daño moral, patrimonial, lucro cesante, pérdida de oportunidades, tratamientos médicos o terapéuticos y gastos que hubieran provenido de los hechos violatorios; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Brindar a QV1, VI1 y VI2 la atención psicológica y/o tanatológica, así como a VI3 y VI4 la atención psicológica, que requieran, 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 las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio, así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; asimismo, en el marco de la normatividad que rige a ese Instituto, deberá garantizar el reembolso de viáticos, que en su caso proceda, a QV1 y VI1 para que puedan asistir a los servicios de rehabilitación; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente en el seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el titular del OIC-IMSS, por los hechos de QV1, en contra de AR1, personal médico de la UMF 35; AR2, AR3, AR4 y AR6, personal médico del HG No. 5; AR5, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico del HGZ No. 1; que permita a ese Órgano individualizar la responsabilidad de las personas médicas involucradas y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en un plazo de seis meses después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de sensibilización con la finalidad de brindar una atención médica integral con calidad desde una perspectiva de género, bajo el



reconocimiento de los derechos humanos, dirigido al personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar de la UMF 35 Urgencias; Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HG No. 5; Medicina Interna, Tococirugía y Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGZ No.1, debiendo estar presentes particularmente , AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, en caso de encontrarse activos laboralmente y que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud y vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar e identificación de factores de riesgo en embarazo, con especial énfasis en la prevención del desarrollo de complicaciones en pacientes con comorbilidades; b) acciones de prevención y atención para la garantía del bienestar del producto de la gestación, con especial énfasis en factores de riesgo como la insuficiencia placentaria; c) Aplicación de perspectiva de género por el personal médico en la garantía de los servicios de salud; el curso buscará construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de prácticas administrativas en el servicio público generadoras de violencia institucional en perjuicio de las mujeres, así como fomentar la transversalidad de la perspectiva de género en los servicios de salud; ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal especializado que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos.

QUINTA. Diseñar e impartir en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral relacionado con el conocimiento, manejo y observancia de los deberes previstos en la NOM-007-SSA2-2016, NOM-004-SSA2-2013, NOM-007-SSA3-2012; así como la GPC-IMSS-028-22, para la atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo, GPC-IMSS-



058-08, Detección, Diagnóstico y Tratamiento en las enfermedades Hipertensivas del Embarazo en los tres niveles de atención, GPC-IMSS-028-08, el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica GPC-IMSS-589-19, Diagnóstico y Manejo de Anomalías en la inserción placentaria y vasa previa, la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, la GPC-IMSS-320-10. Actualización 2016. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo, GPC-IMSS-500-11 y GPC-IMSS-567-12, Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único, con enfoque especial a la identificación de complicaciones obstétricas y otros factores de estrés fetal en productos de la gestación; así como los deberes establecidos en la LGS, el Reglamento de la LGS y el Reglamento IMSS, dirigido al personal médico adscrito a los servicios de Medicina Familiar en la UMF 35; Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HG No. 5; Medicina Interna, Tococirugía y Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGZ No.1, debiendo estar presentes, particularmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, en caso de encontrarse activos laboralmente, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano; deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos.

SEXTA. En un plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir una circular dirigida al personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar de la UMF 35, incluyendo a AR1; Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HG No. 5 incluyendo a AR2,



AR3, AR4 y AR6; Medicina Interna, Tococirugía y Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGZ No.1, incluyendo a AR5, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13, personal médico del HGZ No. 1; que contenga las medidas adecuadas de las labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; lo cual deberá contar con un enfoque de trato digno para las mujeres durante el control prenatal, vigilancia obstétrica, trabajo de parto y puerperio.

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

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

204. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la CNDH, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.



205. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a este Organismo Autónomo, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

206. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello esta CNDH solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP