

RECOMENDACIÓN NO.

84/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE QV, A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V; ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV, VI1, VI2 Y VI3, ATRIBUIBLES A PERSONAL ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 3, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SALAMANCA, GUANAJUATO.

Ciudad de México, a 30 de mayo de 2025.

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Federal; 1°, 3°, primer párrafo, 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 del expediente **CNDH/1/2023/18581/Q**, relacionado con el caso de QV y V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6°, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4°, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno;

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

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

Denominación	Claves
Persona Quejosa Víctima	QV
Persona Víctima	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, dependencias, instancias de gobierno y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Cridh
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Federal

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Fiscalía General de la República	FGR
Guía de Práctica Clínica IMSS-028- 08 de Control prenatal con atención centrada en la paciente.	GPC-Control Prenatal
Guía de Práctica Clínica IMSS-028-22 de Atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo.	GPC-Atención y Cuidados
Guía de Práctica Clínica IMSS-063-08 de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Parto Pretérmino.	GPC-Parto Pretérmino
Guía de Práctica Clínica IMSS-320-10 de Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes en el embarazo.	GPC-Diabetes en el Embarazo
Guía de Práctica Clínica IMSS-044-08 de Diagnóstico y Tratamiento de la Taquipnea Transitoria del recién nacido	GPC-Taquipnea Transitoria
Guía de Práctica Clínica IMSS-632-13 de Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal	GPC-Asfixia Neonatal
Guía de Práctica Clínica ss-283-19 de Diagnóstico, Tratamiento y pronóstico de la sepsis neonatal.	GPC-Sepsis Neonatal
Hospital de Gineco-Pediatría número 48 “Centro Médico Nacional del Bajío”	CMN-Del Bajío
Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 3, en Salamanca, Guanajuato.	HGZ MF-3
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.	NOM-Atención durante el embarazo
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	NOM-Cuidados intensivos
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM-IMSS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento-LGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 14 de noviembre de 2023, QV presentó una queja en la que señaló que, el 9 de octubre del mismo año, acudió al HGZ MF-3 durante su embarazo, debido a que presentaba diabetes gestacional y síntomas de alarma, tales como dolor asociado al trabajo de parto y expulsión de líquido.

6. Sin embargo, el personal médico que le brindó atención le negó la realización de la cesárea, a pesar de que, de acuerdo con lo señalado, ya se encontraba autorizada. En su lugar, se procedió a realizar un monitoreo para verificar el estado del corazón de V, así como un ultrasonido y un tacto vaginal para constatar el grado de dilatación.

7. Posteriormente, se le indicó que le aplicarían una inyección intramuscular para aliviar el dolor, el cual fue en aumento. Al consultar sobre su intensidad, el personal médico refirió que no podían determinar si era provocado por contracciones o por dolor corporal general. Por ello, al constatar que V aparentemente se encontraba en buen estado, decidieron no realizar la cesárea, argumentando que, de tratarse de contracciones, debía esperar a presentar mayor dilatación y descenso del producto.

8. No obstante, QV les explicó que previamente le habían indicado la necesidad de realizarle una cesárea, pues en días anteriores acudió al mismo hospital y le informaron que tanto ella como el producto corrían riesgo debido a su nivel de glucosa, además de tener antecedentes de dos cesáreas previas.

9. Le informaron que debía permanecer en observación, la canalizaron y le administraron antibióticos, lo cual le generó fiebre y dificultades respiratorias. Sin embargo, el personal médico le indicó que se encontraba deshidratada. Más tarde, fue trasladada al área de hospitalización, donde comenzó a presentar contracciones. Se le volvió a administrar antibiótico, pero el dolor se intensificó.

10. Ante esta situación, un familiar acudió a buscar al personal médico para informar lo sucedido, señalando además que V había dejado de moverse y que el abdomen de QV se sentía rígido.

11. Al respecto, una persona servidora pública señaló que los síntomas correspondían a dolores de parto. Por tal motivo, QV fue trasladada al área de Urgencias, aunque hubo demora en su preparación para la intervención quirúrgica. Tras despertar de la anestesia, el pediatra le informó que V presentó dificultades respiratorias y fue trasladado al área de cuneros, precisando que únicamente proporcionaría información a QV y a VI1.

12. Al proporcionar los informes médicos, se reiteró que el estado de salud de V era grave, por lo que debía ser trasladado a la ciudad de León, Guanajuato, ya que en el HGZ MF-3 no contaban con el equipo ni los recursos necesarios para brindarle la atención requerida. Se informó que la solicitud de traslado ya había sido realizada.

13. Derivado de lo anterior, en llamada telefónica del 15 de noviembre de 2023, QV manifestó que, a su juicio, la causa del fallecimiento de V fue una atención médica inadecuada, motivo por el cual solicitó a este Organismo Nacional llevar a cabo la investigación correspondiente.

14. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2023/18581/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico de V que se integró en el HGZ MF-3, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Pruebas” de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

15. Escrito de queja de 14 de noviembre de 2023, generado con motivo de las manifestaciones de QV ante este Organismo Nacional, a través del cual, indicó las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención médica que le brindaron en el HGZ MF-3.

16. Correos electrónicos recibidos en este Organismo Nacional el 8 de febrero de 2024, y 13 de junio de 2024, por medio de los cuales, el IMSS puntualizó los antecedentes del caso y envió a copia del expediente clínico de QV y V, generados en el HGZ MF-3 de los que destacan los siguientes documentos:

- **Atención Médica de QV en el HGZ MF-3**

16.1 Nota Médica de Control Prenatal de 28 de abril de 2023, sin hora, signada por AR1, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar del HGZ MF-3.

16.2 Nota Médica de Control Prenatal de 29 de mayo de 2023, sin hora, signada por AR1.

16.3 Notas Médicas de Control Prenatal de 30 de junio y 31 de julio, ambos de 2023, respectivamente, sin hora, signadas por AR2 y AR3, personal médico adscrito al servicio de Medicina Familiar.

16.4 Nota Médica de Control Prenatal 28 de agosto de 2023, sin hora, signada por AR1.

16.5 Referencia-Contrareferencia de 26 de septiembre de 2023, sin hora, signada por personal médico adscrito al servicio de Obstetricia del HGZ MF-3.

16.6 Nota Médica de Control Prenatal de 9 de octubre de 2023, sin hora, signada por AR1.

16.7 Ecografía Obstétrica de 26 de septiembre de 2023, sin hora, elaborada por personal médico radiólogo adscrito al HGZ MF-3.

16.8 Triage de 9 de octubre de 2023, a las 19:37 horas, suscrito por AR4, personal médico adscrito al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia del HGZ MF-3.

16.9 Nota Médica de 9 de octubre de 2023, a las 22:13 horas, signada por AR5, personal médico adscrito al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia.

16.10 Nota de Egreso de 10 de octubre de 2023, a las 01:14 horas, suscrita por AR5.

- **Atención Médica de V en el HGZ MF-3**

16.11 Nota de Egreso de 10 de octubre de 2023 a las 10:19 horas, signada por AR6, personal médico adscrito al servicio de Pediatría del HGZ MF-3.

16.12 Nota Médica de 10 de octubre de 2023 a las 15:14 horas, suscrita por AR7, personal médico adscrito al servicio de Pediatría del HGZ MF-3.

16.13 Nota Médica de 10 de octubre de 2023, a las 21:51 horas, suscrita por AR8, personal médico adscrito al servicio de Pediatría del HGZ MF-3.

17. Opinión Especializada en Materia de Medicina elaborada por personas servidoras públicas adscritas a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a QV fue inadecuada.

18. Opinión Especializada en Materia de Medicina elaborada por personas servidoras públicas adscritas a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V fue inadecuada, lo que contribuyó al deterioro de su salud y fallecimiento.

19. Correo electrónico de 30 de enero de 2025, a través del cual, la persona representante legal, autorizada el 27 de febrero de 2024 por QV, informando el nombre y edad de VI, VI2 y VI3, así también que únicamente presentaron queja ante la CNDH, es decir, no iniciaron denuncia en el OIC-IMSS, ante la FGR o ante la CONAMED por los hechos motivo de la presente Recomendación.

20. Correo electrónico de 25 de febrero de 2025, a través del cual, el IMSS informó la

situación laboral de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, haciendo mención que AR7 se jubiló el 1 de junio de 2024, así como que, con motivo de los hechos, el caso fue sometido a consideración del Consejo Técnico y en acuerdo de 30 de octubre de 2024 resultado improcedente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. Esta Comisión Nacional cuenta con evidencia en la que se advierte que, con motivo de los hechos del presente instrumento recomendatorio, el caso fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS y en acuerdo de 30 de octubre de 2024, resultó improcedente.

22. Por otro lado, no se cuenta con información que permita establecer que QV haya presentado denuncia alguna en la Fiscalía General de la República, o queja administrativa ante la CONAMED u otra instancia por los hechos motivo de la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

23. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2023/18581/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección al interés superior de la niñez y perspectiva de género¹, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional; así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuentan con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud

¹ Es una herramienta conceptual que permite analizar y comprender las relaciones de poder entre hombres y mujeres, así como las desigualdades y discriminaciones que se basan en el género.

materna y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de QV, a la protección de la salud, a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V; así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, VI1, VI2 y VI3, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HGZ MF-3, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

24. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,² reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal, el derecho de toda persona a dicha protección³.

25. A nivel internacional, el derecho de protección a la salud se contempla entre otros ordenamientos, en el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000; en los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; así como en la sentencia de la CrIDH del *Caso Vera y otra vs Ecuador*.

² CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. Este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

³ La SCJN ha establecido en la Jurisprudencia administrativa con registro 167530 que: “(...) El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”.

26. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, omitieron la adecuada atención médica que QV requería para brindarle una mejor calidad de vida, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia obstétrica; a la vulneración del derecho a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V, así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, VI1, VI2 y VI3, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

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

27. La promoción de la salud materna debe ser prioritaria y comprende la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que se requiera.⁴

28. A su vez, la salud materna tiene una estrecha relación con el pleno respeto a los derechos humanos de las mujeres, por lo cual, el Estado tiene la obligación de llevar a cabo ciertas acciones que permitan a las mujeres gozar del nivel más alto posible de salud y ejercer sus derechos reproductivos de manera plena, considerando también la relación de la salud materna y el respecto al derecho al acceso a una vida libre de violencia de las mujeres.⁵

29. La CEDAW en su artículo 12, establece la obligación de los Estados 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

⁴ Artículo 61, fracción I, de la Ley General de Salud.

⁵ Chávez Vargas, Lucía Guadalupe. Salud Materna desde una perspectiva de derechos humanos. Revista DFensor, No. 06, 2012. Pág. 62.

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”.⁶

30. En ese sentido, tanto por normatividad nacional e internacional, el Estado Mexicano debe adoptar medidas de realización progresiva y medidas de realización inmediata para la garantía de ese derecho. El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) establece la especial protección que debe concederse a las madres durante un lapso razonable antes y después del parto, así como la creación de condiciones que aseguren asistencia y servicios médicos de calidad, con el objetivo de reducir la mortalidad materna como la mortalidad fetal o infantil.⁷

31. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, omitieron la adecuada atención médica que QV requería para brindarle una mejor calidad de vida, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia obstétrica; a la vulneración del derecho a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V, así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, VI1, VI2 y VI3, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

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

⁷ Aprobado el 16 de diciembre de 1966. Artículos 10 y 12.2.

A.3. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DE QV

A.3.1 Antecedentes clínicos de QV

32. Mujer en etapa reproductiva, sin enfermedades crónico-degenerativas; no obstante, consumió metanfetaminas⁸ una vez al mes desde hacía 3 años y tabaco, fumando un cigarrillo por día, desconociéndose el tiempo de consumo, lo cual fue suspendido hasta los dos meses de embarazo.

33. Se encontró en el embarazo número 3, con antecedentes de dos cesáreas previas, la primera en 2014 indicada por macrosomía fetal⁹ de 4800 gramos (normal 2500-3800 gramos) y la segunda en 2022 por falta de progresión de modificaciones cervicales (dilatación estacionaria) con peso normal de 3800 gramos, con V11 y V12 vivos.

- **Control prenatal de QV en el HGZ FM-3**

34. En la Opinión Médica elaborada en este Organismo Nacional, se estableció la importancia de comenzar con la atención¹⁰ y control prenatal¹¹ de QV, en función de que desde una figura médico legal tendrá relevancia en la evolución del embarazo y

⁸ Se clasifican como drogas estimulantes, es una droga sintetizada cuya denominación química es la desoxiefedrina, sustancia potencialmente tóxica y adictiva.

⁹ El término "macrosomía fetal" se utiliza para describir a un recién nacido que es mucho más grande que el promedio y los riesgos asociados con la macrosomía fetal aumentan enormemente cuando el peso al nacer es superior a (4500 gramos).

¹⁰ Atención prenatal: serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido.

¹¹ Control prenatal: Es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de la embarazada a la institución de salud y la perspectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.

complicaciones de V, toda vez que su objetivo radica en vigilar la evolución de la gestación, prevenir e identificar oportunamente riesgos y complicaciones de este; al respecto, se tuvo registro de 7 consultas médicas brindadas por el HGZ MF-3, las cuales fueron una por mes y corrieron de abril a octubre de 2023.

35. En la primera consulta de 28 de abril de 2023, QV expuso que acudió por presentar ausencia de menstruación y prueba de embarazo positiva, siendo atendida por AR1; no obstante, al realizar el interrogatorio sobre sus antecedentes patológicos, no patológicos y gineco obstétricos, QV expuso como referencia quirúrgica contar con dos cesáreas previas; sin embargo, AR1 no describió la fecha de realización, periodo entre ambas, ni el motivo por el que fueron indicadas, además de omitir indagar si había consumido sustancias tóxicas.

36. AR1 indicó que QV cursaba con obesidad mórbida (107 kilogramos) y respecto de algún tipo de sintomatología específica o propia del embarazo, QV refirió presentar en ese momento “dolor tipo gastritis”, pero, al analizar los estudios realizados, el ultrasonido de 18 de abril de 2023 reportó saco gestacional de 8.5 semanas de gestación y examen general de orina normal (sin fecha), mismo que no se encuentra agregado al expediente clínico, aunado a que AR1 solo se limitó a la toma de signos vitales.

37. También, AR1 explicó a QV los datos de alarma obstétrica, solicitó biometría hemática completa, grupo sanguíneo y factor RH, glucosa, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, examen general de orina y ultrasonido obstétrico, la citó en un mes y refirió enviarla a los servicios de Trabajo Social para integración a grupos de auto ayuda y pláticas del embarazo, nutrición y dietética¹² a efecto de control de peso y

¹² Estudia y trata enfermedades relacionadas con la Desnutrición o la Malnutrición, la Diabetes o la Hipertensión, patologías estrechamente ligadas a la forma en que nos alimentamos y a los hábitos de vida (saludables o no).

orientación sobre el plato del buen comer, estomatología por prevención de caries y aplicación de flúor, así como actualización de cartilla de salud, ello, sin constar en el expediente proporcionado para estudio, notas médicas o registro de estas disciplinas.

38. Referente a la obesidad en el embarazo; en la Opinión Médica se estableció que estas pacientes tienen desventajas en la reproducción, lo que representa dificultades para lograr el embarazo, abortos tempranos y recurrentes, partos prematuros y una infinidad de complicaciones obstétricas, médicas y quirúrgicas, trabajo de parto, alumbramiento y el puerperio¹³. De ahí que, los lactantes de madres obesas tienen tasas elevadas de morbilidad¹⁴ y mortalidad¹⁵, por tanto, la importancia de la vigilancia prenatal estrecha radica en la detección de signos iniciales de diabetes e hipertensión.

39. Ante ese panorama, partiendo del hecho de que QV no solo presentó obesidad grado III, sino tabaquismo y periodo intergenésico¹⁶ menor a 18 meses por antecedente de última cesárea en el año 2022, acorde con lo establecido en la GPC-Control Prenatal, desde la primera consulta de control prenatal, AR1 debió identificar que QV tenía riesgo alto de parto pretérmino, puesto que toda paciente con más de dos factores de riesgo bajo, tendrá riesgo alto de parto pretérmino, aspecto que se esquematiza para su mayor apreciación:

¹³ El puerperio es la etapa que comienza para la mujer inmediatamente después del nacimiento.

¹⁴ Proporción de pacientes que enferman.

¹⁵ Proporción de pacientes que mueren.

¹⁶ Se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.

NIVEL DE RIESGO	CRITERIOS
Riesgo bajo	<p>Pertencen a este grupo las mujeres que cumplen al menos uno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raza africana y afrocaribeña • Peso bajo materno • Obesidad materna • Enfermedad periodontal • Tabaquismo (cigarrillo >10/día) • Vaginosis bacteriana • Sangrado transvaginal en 2do trimestre • Embarzo con técnica de reproducción asistida • Miomatosis uterina submucosa • Periodo intergenésico menor a 18 meses
Riesgo alto	<p>Mujeres que presenten al menos uno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de parto pretérmino previo • Antecedente de 3 pérdidas ó antecedente de parto pretérmino espontáneo <34semanas. • Gestación gemelar • Mujeres con embarazo único y longitud cervical menor de 25 mm medida por ecografía transvaginal entre las 20 a 24 semanas • Mujeres con embarazo y con longitud cervical menor de <15mm a las 14-15 semanas • Mujeres con embarazo gemelar o múltiple y cérvix corto. • Gestación múltiple • Polihidramnios • Defectos mullerianos (utero didelfo, septado, unicorno, arcuato • Antecedente decono cervical (volumen de 2.6 cm³ o escisión >15mm de profundidad de la zona de transformación) • Más de 2 factores de riesgo bajo

Cuadro 11. Factores de riesgo para parto pretérmino, publicado en la GPC-Control Prenatal.¹⁷

40. Por tanto, es evidente que en consulta de 28 de abril de 2023, AR1 omitió realizar historia clínica completa, interrogar sobre embarazos previos y su resolución, identificar factores de riesgo para diabetes gestacional por antecedente de producto macrosómico en su primer embarazo del 2014, realizar exploración física que incluyera exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, solicitar pruebas de laboratorio para detectar sífilis y virus de inmunodeficiencia humana, tal como lo establece la NOM-Atención durante el embarazo.

41. Del mismo modo, en la Opinión Médica también se plasmó que AR1 omitió evaluar el riesgo de diabetes gestacional desde la primera consulta prenatal, verificar el esquema de vacunación, la referencia al especialista de acuerdo a riesgo obstétrico, identificación de factores de riesgo para parto pretérmino, investigar el historial familiar, obstétrico,

¹⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, Actualización 2017, Guía de Práctica Clínica IMSS-028- 08 de Control prenatal con atención centrada en la paciente, www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf.

quirúrgico y psicosocial, para llevar a cabo la correcta evaluación e identificación de riesgos, identificar factores de riesgo de parto pretérmino y consignarlos en la historia clínica o en la nota médica de primera vez, factores modificables, índice de masa corporal, hábito tabáquico, búsqueda intencional de diabetes mellitus tipo II en la primera visita de control prenatal antes de las 13 semanas, tal como se encuentra descrito en la GPC-Control Prenatal, la GPC-Atención y Cuidados, la GPC-Parto Pretérmino y la GPC-Diabetes en el Embarazo.

42. Aspectos que favorecieron la evolución de complicaciones médicas, tales como el parto pretérmino, lo cual, contribuyó en el deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento.

43. En la segunda consulta de control prenatal de 29 de mayo de 2023, QV señaló que presentaba dolor en cadera por caída de su cama, sin otros agregados, hechos por los que AR1 registró signos vitales dentro de los parámetros normales y peso de 115 kilogramos, por lo que AR1 prescribió analgésico durante tres días, suplementos vitamínicos y citó en un mes.

44. Sobre el particular y, en concordancia con la GPC-Control Prenatal, en la Opinión Médica se estableció que QV tenía riesgo alto de desarrollar diabetes gestacional por la obesidad grado III que presentaba, aunado a ello, también contó con antecedente de producto macrosómico¹⁸ en el año 2014 con peso de 4800 gramos, factores que AR1 omitió considerar en la segunda consulta de control prenatal y referirla a segundo nivel de atención (Ginecología y Obstetricia).

¹⁸ El término "macrosomía fetal" se utiliza para describir a un recién nacido que es mucho más grande que el promedio y los riesgos asociados con la macrosomía fetal aumentan enormemente cuando el peso al nacer es superior a (4500 gramos), incluso puede complicar el parto vaginal y poner al bebé en riesgo de presentar lesiones durante el nacimiento, aunado a que también aumenta el riesgo de problemas de salud para el bebé después del nacimiento.

45. En la tercera y cuarta consulta prenatal de 30 de junio y 31 de julio de 2023, AR2 y AR3 valoraron a QV, plasmando un peso de 118 kilogramos, signos vitales normales, sin describir exploración física a pesar de categorizar a QV con riesgo obstétrico de nueve¹⁹ (extremo), hasta éste momento; por lo que solicitaron glucosa en sangre, colesterol total, triglicéridos y examen general de orina, enfatizando que debía llevar una dieta baja en harinas, lácteos, embutidos y azúcares, abundantes líquidos y verduras, sin señalarse otros datos de relevancia a las consultas previas, omitiendo explorarla físicamente como establece la NOM-Atención durante el embarazo y referirla a segundo nivel de atención (Ginecología y Obstetricia), con base en la criterios de referencia establecidos por la GPC-Control Prenatal.

46. En la quinta consulta prenatal de 28 de agosto de 2023, QV fue valorada por AR1, personal médico que registro un peso de 119 kilogramos y obesidad mórbida, por lo que al revisar los resultados de laboratorio solicitados en la consulta previa y realizados ese mismo mes, reportaron incremento de glucosa de 106 mg/dL (normal 70-99 mg/dL) y resto de ellos dentro de parámetros normales, estableciendo el diagnóstico de diabetes gestacional, para lo cual, prescribió medicamento para tratar la diabetes (metformina) y solicitó prueba de hemoglobina glicosilada (Hb A1c)²⁰ con la finalidad de conocer el nivel promedio de glucosa en los últimos dos a tres meses y corroborar el diagnóstico, citando a QV en un mes.

47. AR1 también omitió referir a QV a segundo nivel de atención para recibir manejo y tratamiento especializado (Ginecología y Obstetricia) ante la alusiva alteración de la cifra de glucosa, con base en los criterios de referencia del segundo trimestre de la GPC-

¹⁹ El índice de riesgo obstétrico es un instrumento clínico que permite, en función de las características de la gestante, predecir sus problemas futuros y, en consecuencia, decidir el plan de cuidados. Escala de puntaje prenatal de Coopland: 2 puntos: riesgo bajo; 3 a 6 puntos: riesgo alto; mayor o igual a 7 puntos: extremo riesgo.

²⁰ La prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses.

Control Prenatal, aunado a que también omitió solicitar ultrasonido estructural (tamiz estructural), encaminado a valorar el corazón fetal y visualizar a detalle las cuatro cámaras cardíacas y el tracto de salida, debido a la fuerte asociación de malformaciones cardíacas en hijos de madres diabéticas.²¹

48. En la sexta consulta prenatal de 25 de septiembre de 2023, AR1 señaló que QV contó con 123 kilogramos, por lo que obtuvo resultado de hemoglobina glucosilada²² elevada y presencia de glucosa en el examen general de orina, elementos con los que confirmó el diagnóstico de diabetes gestacional e infección de vías urinarias; motivo por el cual, continuo con la prescripción de metformina y agregó antibiótico, refiriendo hasta ese momento a QV al servicio de Ginecología y Obstetricia de Unidad Médica (no especificada) para valoración y tratamiento especializado, manifestando proporcionar orientación sobre datos de alarma obstétrica, nuevo examen general de orina y cita en dos semanas con resultados.

49. Al respecto, tanto la obesidad como la diabetes gestacional se vinculan de manera estrecha y su presentación es simultánea. La diabetes, es la complicación médica más frecuente del embarazo y se divide en dos grupos: pacientes que se sabían diabéticas antes del embarazo (pregestacional o manifiesta) y aquellas como QV, que son diagnosticadas durante el embarazo (diabetes gestacional); de modo que, al referirse a "gestacional", significa que la diabetes fue inducida por el embarazo, debido a los acentuados cambios fisiológicos en el metabolismo de la glucosa (intolerancia a los carbohidratos).

²¹ Potter CF, Kicklighter S, Rosenkrantz S. Infant of Diabetic mother. Diabetes care. Medscape 2016;(100):619-637.

²² Es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses.

50. Además, es importante señalar que las mujeres con diabetes gestacional aumentan en forma excesiva de peso durante el embarazo y esto confiere un riesgo adicional de macrosomía fetal, situación que ocurrió en el presente caso, en virtud de que QV tuvo hasta la sexta consulta un incremento de 16 kilogramos respecto al inicio del control prenatal, superando el peso establecido para mujeres obesas de la American College of Obstetricians and Gynecologists, que recomienda una ganancia de 5 a 9 kilogramos en todo el embarazo.

51. Cabe hacer mención que de la segunda a la sexta consulta de control prenatal (del 28 de abril al 25 de septiembre de 2023) AR1, AR2 y AR3 omitieron realizar exploración física completa que incluyera revisión bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, registro e interpretación de talla, buscar en forma intencionada factores de riesgo y posibles complicaciones de QV con obesidad y diabetes gestacional, así como referirla a segundo o tercer nivel de atención (Ginecología y Obstetricia) para recibir tratamiento especializado, de acuerdo con la NOM-Atención durante el embarazo, la GPC-Control Prenatal, GPC-Atención y Cuidados, en concordancia con la bibliografía médica especializada²³, lo que favoreció la evolución de las complicaciones, tales como el parto pretérmino, que junto con otros factores contribuyeron al deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento.

52. Resulta necesario hacer notar que en la Opinión Médica se resaltó que en el expediente clínico no consta Nota Médica de valoración por el servicio de Ginecología y Obstetricia, por lo que se desconoce si se brindó dicha atención médica o bien, si QV acudió a consulta.

53. Por otro lado, existe Nota de Referencia-Contrareferencia al servicio de Ginecología y Obstetricia de la Unidad Médica de Alta Especialidad del CMN-Del Bajío de fecha 26

²³ Williams (2021). Obstetricia (26 a ed.) McGraw Hill.

de septiembre de 2023, es decir, al día siguiente de la sexta consulta de control prenatal, misma que fue elaborada por personal médico adscrito al HGZ MF-3 (de quien se desconoce su nombre) en la que se estableció como diagnóstico de envío “trabajo de parto prematuro sin parto” y se describió en lo medular que QV contó con diabetes gestacional de 1 mes, que acudió por presentar dolor tipo cólico en hipogastrio de inicio, una contracción cada 30 minutos de 15 segundos de duración, negando pérdidas transvaginales, datos de bajo gasto y vasoespasmo, síntomas urinarios, movimientos fetales presentes, con 2 centímetros de dilatación, así como feto grande para edad gestacional, infección en vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, QV con embarazo de alto riesgo, por lo que se decidió su ingreso a Tococirugía²⁴ para útero inhibición²⁵, control metabólico y envío a tercer nivel.

54. Además, se desconoce si QV fue valorada por un especialista en Medicina Interna el tiempo en que con base en la nota médica referida (26 de septiembre de 2023) permaneció hospitalizada, o bien, si se consumó el envío a tercer nivel de atención, en virtud de que no se contó con otras constancias médicas.

55. El 9 de octubre de 2023, QV acudió a la séptima y última consulta registrada en el Control Prenatal, otorgada por AR1 al cursar 33-34 semanas de gestación, en la cual, refirió peso de 126 kilogramos, signos vitales normales y test de glucosa en sangre tomado con glucómetro elevada de 117mg/dl (normal 70-99 mg/dL) además, AR1 agregó que en ultrasonido obstétrico realizado el 26 de septiembre de 2023 se reportaba edad gestacional de 36.3 semanas, contrario al reporte de ultrasonido contenido en el expediente clínico aportado a esta CNDH en misma fecha con edad gestacional estimada de 35.2 semanas aproximadamente.

²⁴ La Tococirugía es una rama de la obstetricia que se enfoca en la atención quirúrgica durante el parto y el periodo perinatal. Este servicio se especializa en la realización de procedimientos quirúrgicos obstétricos, como cesáreas y otras intervenciones necesarias para garantizar la seguridad, tanto de la madre como del bebé, durante el parto.

²⁵ Los uteroinhibidores son sustancias dirigidas a inhibir las contracciones.

56. Es importante señalar que fue hasta esta última consulta donde AR1 consideró el antecedente de dos cesáreas previas, paridad satisfecha²⁶ y feto macrosómico, ya que, como se pudo vislumbrar de la narrativa, en ningún momento previo fueron mencionados.

57. Adicionalmente, AR1 plasmó que QV se encontró en fase inicial de trabajo de parto, en función de que contó con dos centímetros de dilatación²⁷ y 60% de borramiento²⁸, por lo que la refirió al servicio de Tococirugía para realización de registro tocográfico y valorar la resolución del embarazo, ya que el periodo correspondió al inicio clínico del trabajo de parto.

58. Razones por las que en Opinión Médica se estableció que desde una perspectiva médico legal, la atención médica brindada a QV durante el control prenatal del 28 de abril al 9 de octubre de 2023 por AR1, AR2 y AR3 fue inadecuada, favoreciendo la evolución de complicaciones como el parto pretérmino, que junto con otros factores que se detallaran más adelante, contribuyeron al deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento.

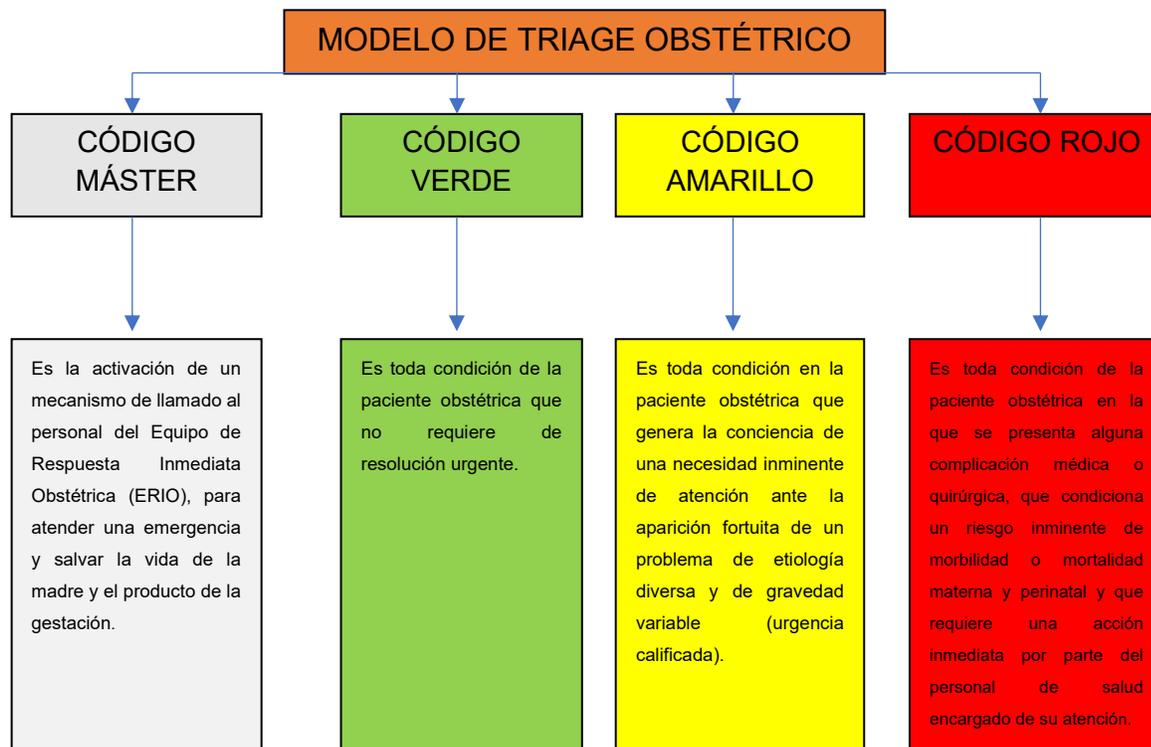
- **Seguimiento al trabajo de parto de QV**

59. Ante ese panorama, QV acudió a las 16:38 horas del 9 de octubre de 2023 al servicio de Ginecología y Obstetricia; sin embargo, fue atendida por AR4 en el triage obstétrico hasta las 19:32 horas (tres horas después a su llegada), donde se categorizó con color verde o urgencia no calificada, parámetro que se establece en el siguiente cuadro:

²⁶ Condición que se presenta cuando una persona o una pareja está convencida de que ya cuenta con el número de hijas o hijos que desea.

²⁷ Significa que el cuello uterino se abre.

²⁸ Significa que el cuello uterino se estira y se vuelve más delgado. A medida que se acerca el trabajo de parto, el cuello uterino puede empezar a afinarse o estirarse.



CNDH. Modelo de Triage Obstétrico. Cuadro conformado con información contenida en el libro: Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento Técnico.²⁹

60. Lo anterior, al puntualizar que QV se encontró consciente, sin hemorragia transvaginal ni crisis convulsiva, respiración y coloración de la piel normales, negando dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión con destellos luminosos, dolor abdominal, pérdida temporal de la visión de un ojo, ni salida de líquido amniótico, con motilidad fetal normal y actividad uterina menor o igual a una contracción cada diez minutos y signos vitales dentro de parámetros normales.

61. Posteriormente, a las 19:37 horas, AR4 reviso a QV y vislumbró la existencia de frecuencia cardíaca fetal aumentada de 185 latidos por minuto (normal 110-160 latidos

²⁹ Secretaría de Salud, Primera Edición 2016, Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento Técnico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf.

por minuto), sin actividad uterina y contracciones de 15 segundos de duración, al tacto vaginal cérvix posterior con dos centímetros de dilatación y 30% de borramiento, al rastreo ultrasonográfico se constató que se trataba de un producto grande para su edad gestacional que además presentaba taquicardia fetal y urolabstick³⁰ patológico por presencia de abundantes leucocitos.

62. Aunado a lo anterior, AR4 señaló que QV había sido hospitalizada por amenaza de parto pretérmino una semana previa, donde se realizó útero inhibición e inicio de esquema de maduración pulmonar fetal completo, desconociendo la fecha y Unidad Médica, ello, al no contar con evidencia en el expediente.

63. No obstante, respecto al tratamiento que a decir de AR4 recibió QV, debe quedar claro que el objetivo principal de los uteroinhibidores es retrasar el nacimiento de dos a siete días, permitiendo administrar un esquema completo, con la finalidad de disminuir la incidencia y severidad del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido que se presenta en este tipo de pacientes, así como la oportunidad para trasladarla a una unidad médica que cuente con Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, y con ello, disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal asociada con los factores de riesgo de la diabetes gestacional³¹, sin contar con documentales médicas de dicha atención.

64. Aspectos por los que en la Opinión Médica se estableció que, tomando en consideración el antecedente de hospitalización por amenaza de parto pretérmino una semana previa, la taquicardia fetal de 185 latidos por minuto, así como los factores de riesgo que poseía QV, tales como obesidad grado III, tabaquismo, periodo intergenésico menor a 18 meses y diabetes gestacional, si bien es cierto que AR4 señaló que en ese

³⁰ Son tiras reactivas utilizadas como auxiliar diagnóstico básico, que tiene por finalidad detectar cambios patológicos que pueden aparecer en la orina de un paciente. Proporcionan un medio rápido y simple para llevar a cabo el análisis químico de la orina, abarcando pH, presencia de proteína, glucosa, cetonas, hemoglobina, bilirrubina, urobilinógeno, nitrito, leucocitos y densidad.

³¹ Ortiz R. María e.; Matute L, Ángel. Uteroinhibidores actuales para el manejo de parto pretérmino. Revista Medigraphic. Vol. 55. Núm. 2. Abril-Junio 2010, pág. 85 a 91.

momento no contaba con criterios urgencia ni alarma obstétrica que ameritaran interrupción de la gestación, también lo es que la GPC-Parto Pretérmino establece que uno de los objetivos de diagnóstico temprano del parto pretérmino es referir a la mujer a una unidad hospitalaria que cuente con cuidados intensivos neonatales, ya que por ser hijos de madre diabética y posible inmadurez, suelen presentar mala adaptación pulmonar a la vida extrauterina, llevándolos a desarrollar complicaciones como la asfixia neonatal. Arribando a la conclusión de que AR4 omitió referir a QV en ese momento a una Unidad Médica que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para disminuir el riesgo de morbilidad de V.

65. En el mismo sentido, la GPC-Diabetes en el Embarazo señala que 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; de no ser así, se referirán a tercer nivel, omisiones que desde el punto de vista médico legal, favorecieron la evolución de complicaciones respiratorias y cardíacas de V, contribuyendo al deterioro de su estado de salud y fallecimiento.

66. A las 22:13 horas del 9 de octubre de 2023, AR5 recabó los estudios de laboratorio tomados a su ingreso, mismos que reportaron incremento de triglicéridos, proceso infeccioso por aumento leucocitario y resto dentro de parámetros normales, sin obtener resultado de examen general de orina, a la exploración física con taquicardia, fiebre de 38.5 °C y persistencia de taquicardia fetal, sin otros cambios clínicos respecto al ingreso de QV, refiriendo presentar dolor en área genital, pubis y miembros pélvicos, por lo cual, AR5 indicó agregar un segundo analgésico con propiedades antipiréticas³², toma de glucosa, suspender metformina, continuar vigilancia estrecha y mismo manejo terapéutico, por lo que se agregó también que en ese momento QV no presentaba datos

³² Los medicamentos antipiréticos son aquellos que pueden ayudar a disminuir la fiebre, es decir, el aumento de la temperatura corporal.

de alarma obstétrica que ameritaran terminación inmediata del embarazo, omitiendo referirla a una Unidad Médica que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo cual favoreció la evolución de complicaciones respiratorias y cardíacas de V, que serán detalladas más adelante, contribuyendo al deterioro de su estado de salud y fallecimiento.

67. Para las 01:14 horas del 10 de octubre de 2023, AR5 señaló que QV continuaba sin modificaciones cervicales respecto a su ingreso, hemodinámicamente estable y sin datos que ameritaran la terminación inmediata del embarazo, por lo cual, se ordenó su egreso con destino al área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia para continuar vigilancia estrecha del embarazo de riesgo, omitiendo de nueva cuenta referirla a una Unidad Médica que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

68. A las 08:45 horas del 10 de octubre de 2023, personal médico asentó en Nota Médica que personal de enfermería le notificó que QV no percibía movimientos fetales, por lo que después de efectuar los estudios respectivos se ordenó preparar a QV para cesárea urgente, la cual se practicó el mismo día.

69. Hechos por los que en la Opinión Médica se resaltó que desde una perspectiva médico legal, la atención médica brindada a QV durante la vigilancia del parto los días 9 y 10 de octubre de 2023, por AR4 y AR5 fue inadecuada como previamente se detalló al no apegarse a la GPC-Parto Pretérmino y GPC-Diabetes en el Embarazo, lo que favoreció a que no se tomaran las medidas pertinentes y necesarias para la adecuada atención de V y las potenciales complicaciones respiratorias y cardíacas derivadas del estado de salud materno, lo que contribuyó a la evolución de estas, el deterioro de su estado de salud y fallecimiento, las cuales se detallaran más adelante.

70. Por otro lado, al haber obtenido una evolución postquirúrgica favorable QV fue egresada del área de recuperación a las 15:36 horas del 10 de octubre de 2023, bajo la

indicación de continuar con vigilancia en hospitalización de Ginecología y Obstetricia, pero se desconoce la fecha y hora exacta, ello, al carecer de Nota de Ingreso, con lo cual, el personal médico adscrito a Ginecología y Obstetricia encargado de elaborarla y personal administrativo encomendado de su conservación y resguardo³³, adscritos al HGZ MF-3, incurrieron en inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico, para posteriormente AR4 ordenar su egreso a domicilio con datos de alarma, antibióticos vía oral, analgésico, cuidados de herida quirúrgica, retiro de puntos de sutura en diez días y cita abierta a Urgencias.

71. Es por ello que, también se estableció que AR1, AR4 y AR5, incumplieron lo establecido en la NOM-Atención durante el embarazo, artículos 32³⁴ y 33³⁵ de la LGS; 9³⁶ del Reglamento-LGS y 7³⁷ del RPM-IMSS.

B. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

72. A nivel Nacional e Internacional, se ha reconocido que las mujeres han sido víctimas de diversas formas de violencia en el ejercicio de sus derechos reproductivos (embarazo, parto y puerperio), distinguiéndose como violencia obstétrica y la cual, a su vez, se

³³ De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: 8.1.1 Signos vitales; 8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; 8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; 8.1.4 Tratamiento y pronóstico.

³⁴ Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

³⁵ Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; Fracción reformada DOF 05-01-2009 III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y Fracción reformada DOF 05-01-2009, 08-04-2013 IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

³⁶ La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

³⁷ 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.

visibiliza en dos tipos: la física y la psicológica por parte del personal médico en los espacios de servicios de salud.

73. Por su parte, la CIDH ha manifestado que la violencia obstétrica “*abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados.*”³⁸

74. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, contempla que las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia; así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos, por lo que en su artículo 1, define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta basada en su género, que cause daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”; además establece en sus artículos 3, 4, incisos a), 7, inciso a) y b), 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

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

³⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. 2019. Párr. 181.

76. De igual forma la Oficina del Alto Comisionado en México, identificó que la violencia obstétrica es:

“aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres (...) Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercebida (...) La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”³⁹.

77. En el mismo sentido, sobre la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la OMS ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada y ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento, esa Organización en su Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que, “(...) el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos.

78. Lo anterior, sin dejar de lado que la violencia contra la mujer como violación de los derechos humanos y como forma de discriminación contra la mujer, está prohibida por la

³⁹ OACNUDH. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. 2014. Consultable en: <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-yreproductivos-2/>

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

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

80. A nivel internacional, el artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda mujer en estado de gravidez tiene derecho a la protección, cuidados y ayuda especiales. En la legislación interna, los artículos 2 y 5 fracción IV, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, acotan que ésta se refiere a cualquier acción u omisión basada en su género, por lo cual es obligación de los tres órdenes de gobierno, asegurar a todas las mujeres el ejercicio de ese derecho y la LGS, en el artículo 61, fracción I, dispone que la atención materno fetal es de carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, parto y puerperio. Así también en la citada Ley en sus artículos 35, y 46, fracciones II y X, indica que el Estado es responsable de brindar a través de las instituciones del sector salud, de manera integral e interdisciplinaria, la atención médica y psicológica con perspectiva de género a

las víctimas para que se asegure que en la prestación de los servicios del sector salud se respeten sus derechos humanos, así como, prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

81. Adicionalmente, en la Recomendación General 31/2017,⁴⁰ emitida por este Organismo Nacional el 31 de julio de 2017, se estableció que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer y conlleva, entre otros, la afectación al derecho humano a la integridad personal en su aspecto físico como psicológico.

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

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE QV

83. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 ejercieron violencia obstétrica en agravio de QV, quien sufrió diversas omisiones en el transcurso de su embarazo, desde las consultas de primeros cuidados hasta la hospitalización para su parto y puerperio, en relación con una inadecuada atención

⁴⁰ https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

médica, diagnóstico y tratamiento durante el ejercicio de sus derechos reproductivos y al acceso a servicios de salud.

84. Por lo cual, esta CNDH cuenta con bases para señalar que el personal de salud adscrito al HGZ MF-3 impidió a QV acceder al más alto nivel posible de salud materna, lo cual, derivó en la pérdida de la vida de V. Lo anterior, al omitir proporcionar una atención médica prenatal integral con oportunidad, seguridad y calidad, exponiendo a QV a riesgos innecesarios, los cuales afectaron su salud y la de V al dejar de lado la identificación de manera oportuna de los factores de riesgo en el diagnóstico de diabetes gestacional y parto pretérmino, así como referirla a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con la intención de disminuir cualquier riesgo.

85. Violencia obstétrica que se robustece, particularmente con lo acontecido el 9 de octubre de 2023, en función de que QV señaló que el personal médico la cuestionó sobre el dolor que sentía, bajo el argumento de que no podían diferenciar si era ocasionado por contracciones o dolor de cuerpo, además de que, en caso de que fueran contracciones, debería esperar a que dilatara más y bajara más el producto, acciones de las que se desprende que existió una conducta de oculta realización (entre QV y el personal de salud) y una desvalorización del dolor, omisiones colocaron a QV en un plano de especial vulnerabilidad.

86. Parámetros que dieron pauta a constatar una mala calidad en la atención obstétrica en un control prenatal de un embarazo catalogado como de alto riesgo, esto, al no contar con una adecuada vigilancia durante el parto, además de vigilancia estrecha del binomio madre feto, lo que originó el fallecimiento de V.

87. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 contravinieron el contenido de la NOM-Atención durante el embarazo, la GPC-Control Prenatal, la GPC-Atención y Cuidados, la GPC-Parto Pretérmino y la GPC-Diabetes en el Embarazo, además de

inobservar los tiempos de atención conforme a los criterios o clasificación de las emergencias, contenidos en el lineamiento técnico relativo al "Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica", emitido por la Secretaría de Salud, lo cual, constituye una forma de violencia obstétrica contra las mujeres o personas gestantes, al existir un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.⁴¹

88. Circunstancias por las que este Organismo Nacional resalta que QV en la prestación de servicios médicos, particularmente del parto y postparto, se colocó en una especial situación de vulnerabilidad derivada no sólo de su salud física y emocional, sino también de la asimetría de poder frente al personal médico y en una posición de subordinación e inferioridad, ello, al no haber colmado en su totalidad una atención adecuada y completa, lo que vulnera el derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

C. DERECHO HUMANO AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ CON RELACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y VIDA DE V

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

⁴¹ Undécima Época, Registro: 2026657, Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis Aislada, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 26, Junio de 2023, Tomo VII, página 6865, Materia Constitucional, Administrativa, Tesis II. 1°. A.17 A (11ª), con el rubro "LINEAMIENTO TÉCNICO RELATIVO AL "TRIAGE OBSTÉTRICO, CÓDIGO MATER Y EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA" EMITIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD. LA INOBSERVANCIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN CONFORME A SUS CRITERIOS Y CLASIFICACIÓN DE URGENCIAS, CONSTITUYE UNA FORMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA CONTRA LAS MUJERES O PERSONAS GESTANTES."

90. Además, el citado instrumento establece cuatro principios rectores para la protección de la infancia, siendo estos el interés superior de la infancia, su derecho a la igualdad y no discriminación, su derecho a la participación y el principio de vida, supervivencia y desarrollo⁴², por ello, verificar la construcción de la verdad con el análisis de evidencias sobre hechos que involucran niñas, niños y adolescentes, implica estimar que el interés superior de la niñez sea una consideración primordial en todas las medidas concernientes con niñas, niños y adolescentes⁴³.

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

92. Del mismo modo, la Observación General No. 14, el Comité de los Derechos del Niño sostiene que el interés superior de la niñez es un concepto triple: “un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y una norma de procedimiento.” Añade en su introducción que “el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de

⁴² CrIDH. Caso V.R.P., V.P.C. y otros vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 350, párrafo 155.

⁴³ Convención sobre los Derechos del Niño, Estados Unidos de América, artículo 3. 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. 2. Los Estados Parte se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas. 3. Los Estados Parte se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño (...), b) si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño, c) (...) siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto (...), el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño.”

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

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

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

96. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección especial que debe ser entendida

como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...).”⁴⁴

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

(...) se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...), el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también (...) los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...).⁴⁵

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

⁴⁴ Caso González y otras “Campo Algodonero” vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

⁴⁵ SCJN, Tesis constitucional “Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”, SEMANARIO JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, 6 de enero de 2017, registro: 2013385.

El principio de interés superior implica que los intereses de los niños deben protegerse con mayor intensidad, por lo que no es necesario que se genere un daño a los bienes o derechos de los niños para que se vean afectados, sino que basta con que éstos se coloquen en una situación de riesgo. Aquí conviene hacer una precisión sobre el concepto de riesgo. Si éste se entiende simplemente como la posibilidad de que un daño ocurra en el futuro, es evidente que la eventualidad de que un menor sufra una afectación estará siempre latente. Cualquier menor está en riesgo de sufrir una afectación por muy improbable que sea. Sin embargo, ésta no es una interpretación muy razonable del concepto de riesgo. Así, debe entenderse que el aumento del riesgo se configura normalmente como una situación en la que la ocurrencia de un evento hace más probable la ocurrencia de otro, de modo que el riesgo de que se produzca este segundo evento aumenta cuando se produce el primero. Aplicando tal comprensión a las contiendas donde estén involucrados los derechos de los menores de edad, y reiterando que el interés superior de la infancia ordena que los jueces decidan atendiendo a lo que resultará más beneficioso para el niño, la situación de riesgo se actualizará cuando no se adopte aquella medida que resultará más beneficiosa para el niño, y no sólo cuando se evite una situación perjudicial.”⁴⁶

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

a) Orientar, cuando sea viable, las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas;

⁴⁶ Amparo directo en revisión 2618/2013, del 23 de octubre de 2013. En línea 13/12/2022. 11:37 <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2005919>.

- b) Contribuir a la solución de los conflictos de intereses entre padres y trabajadores sanitarios; y*
- c) Determinar la elaboración de políticas orientadas a reglamentar las acciones que enrarecen los entornos físicos y sociales en los que los niños viven, crecen y se desarrollan.⁴⁷*

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

101. Tal como quedo descrito en líneas precedentes, el derecho humano a la protección a la vida y a la salud, se encuentran consagrados en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlos, protegerlos, garantizarlos y promoverlos en el ejercicio de sus funciones.

C.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE V

- **Atención Neonatal de V**

102. Para las 10:19 horas, AR6 plasmó en Nota de Egreso que obtuvo a V por vía cesárea, con peso de 4,150 gramos (grande para su edad gestacional), sin haber llorado o respirado al momento de su nacimiento, por lo que ameritó “pasos iniciales” (no

⁴⁷ Observación General número 15 de 2013, sobre el derecho del niño al disfrute más alto nivel posible de salud (Artículo 24), párrafo 13.

especificados) sin obtener mejoría, efectuando reanimación con presión positiva intermitente durante treinta segundos, consiguiendo llanto débil, coloración azulada en cara, manos y pies, plasmando como diagnóstico: recién nacido de término, peso elevado para edad gestacional, apnea secundaria recuperada y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, probable mala adaptación pulmonar versus taquipnea transitoria del recién nacido.

103. Hechos por los que indicó soluciones intravenosas para ocho horas, protector de la mucosa gástrica, signos vitales por hora, cuidados generales de enfermería, mantener eutérmico⁴⁸, vigilancia de patrón respiratorio con oximetría y monitorización continua, oxígeno mediante CPAP nasal⁴⁹, sonda orogástrica⁵⁰ a derivación, glucosa al ingreso y por turno, cuidados de catéter umbilical, realizar placa radiográfica de tórax, biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular⁵¹, proteína C reactiva⁵², CPK MB⁵³ y grupo sanguíneo con factor Rh⁵⁴, omitiendo solicitar gases arteriales⁵⁵, por lo que se solicitó envío a tercer nivel de atención al requerir cuidados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dado el alto riesgo de complicaciones, situación que no fue

⁴⁸ La temperatura normal del ser humano se conoce como normotermia o eutermia, se encuentra en un rango de entre 36,5 y 37,5 °C.

⁴⁹ Es una máquina que usa presión de aire leve para mantener las vías respiratorias abiertas al dormir.

⁵⁰ Una sonda orogástrica se pasa a través de la boca y llega al estómago, para administrarle medicamentos cuando no pueda tragar, administrarle alimentos líquidos cuando no pueda comer por la boca lo suficiente, aliviar la presión de aire o gas del estómago.

⁵¹ Es un análisis de sangre que puede mostrar actividad inflamatoria en el organismo.

⁵² La prueba de proteína C reactiva busca inflamación en el cuerpo.

⁵³ El examen de creatina-fosfoquinasa (CPK, por sus siglas en inglés) mide las diferentes formas de CPK en la sangre. La creatina-fosfoquinasa es una enzima que se encuentra predominantemente en el corazón, el cerebro y el músculo esquelético. CPK-2 (también llamada CPK-MB) se encuentra más que todo en el corazón.

⁵⁴ El factor Rh es una proteína hereditaria que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos. Si tu sangre contiene esta proteína, eres Rh positivo. Si tu sangre no contiene esta proteína, eres Rh negativo. Los símbolos "+" o "-" que puedes ver al lado del grupo sanguíneo hacen referencia al Rh positivo o Rh negativo.

⁵⁵ Una prueba de gasometría arterial mide la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono en su sangre. También revisa la acidez en la sangre. A esto se le llama equilibrio ácido-base o nivel de pH. La muestra de sangre se toma de una arteria, un vaso sanguíneo que lleva sangre rica en oxígeno de sus pulmones a su cuerpo.

prevista y se dejaron de lado los antecedentes maternos y las posibles complicaciones esperadas en un recién nacido de madre diabética.

104. Sobre el particular, es dable exponer que el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido se trata de una enfermedad pulmonar aguda que se presenta habitualmente en neonatos prematuros o de término macrosómicos, manifestándose dentro de las primeras cuatro a seis horas como sucedió con V, con disnea, tiraje intercostal⁵⁶ y subcostal⁵⁷, retracción xifoidea⁵⁸ y quejido respiratorio, siendo necesaria la administración de oxígeno.

105. Así pues, la presencia de síndrome de dificultad respiratoria predispone al neonato a muchas circunstancias que pueden provocar la muerte o una discapacidad en los sobrevivientes, esta entidad, se caracteriza por pulmones rígidos, con una menor cantidad de surfactante⁵⁹ del normal. Dentro de las causas de déficit de surfactante en el recién nacido se encuentran defectos en el metabolismo de este, como ocurre en hijos de madres diabéticas.

106. Este tipo de pacientes muestran desde su nacimiento respiración acelerada y coloración azulada o grisácea de la piel debido a una oxigenación insuficiente de la sangre, datos clínicos que V presentó en la valoración médica inicial con AR6; así pues, tal y como establece la bibliografía especializada, eventualmente se pueden agregar datos de dificultad respiratoria progresivos entre los que destaca el quejido respiratorio que evidencia la falta de establecimiento de la capacidad residual funcional, y que, de no

⁵⁶ El tiraje intercostal se da cuando los músculos entre las costillas tiran hacia dentro. El movimiento casi siempre es un signo de que la persona tiene un problema respiratorio.

⁵⁷ Retracción o hundimiento de la parte inferior del tórax, por debajo de las costillas.

⁵⁸ Signo más común indicativo de distrés respiratorio, en el cual hay una retracción del apéndice xifoides del esternón.

⁵⁹ Esta sustancia ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen.

existir un tratamiento adecuado y oportuno, el cuadro clínico se exagera entre el primero y tercer día donde ocurre la mayor parte de los fallecimientos.

107. Por otra parte, la taquipnea transitoria del recién nacido se trata de una entidad autolimitada que se presenta en recién nacidos de cualquier edad gestacional poco tiempo después del nacimiento causada por un retraso en el aclaramiento del líquido pulmonar debido a falla en la activación de las bombas de Na/K ATPasa⁶⁰, situación que conlleva a un intercambio gaseoso deficiente, dificultad respiratoria y taquipnea⁶¹.

108. De igual manera, existen otros factores de riesgo señalados en la GPC-Taquipnea Transitoria, tales como los presentados por QV: diabetes mellitus, tabaquismo y la ausencia de trabajo de parto en su segundo embarazo del 2022, y por otra, de V: macrosomía, género masculino y nacimiento de término o cercano al término, motivo por el cual, se recomienda realizar historia clínica completa y buscar en forma intencionada los antecedentes maternos y del recién nacido considerados de riesgo para presentar Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.

109. Circunstancias por las que se advirtió que, en el manejo inicial brindado a V el 10 de octubre de 2023 a las 10:19 horas, AR6 omitió solicitar realización de gasometría arterial como lo recomienda la GPC-Taquipnea Transitoria, a fin de medir los gases en sangre arterial sí el recién nacido con Taquipnea Transitoria inicia con signos de insuficiencia respiratoria o disminuye de forma permanente la saturación de oxígeno, en virtud de que se trata de un examen complementario para monitorizar los gases arteriales puesto que a pesar de que algunos recién nacidos mantienen buena oxigenación, es

⁶⁰ Es una enzima con peso molecular alrededor de 280,000 daltons, compuesta por cuatro subunidades, dos denominadas alfa, y dos beta.

⁶¹ Troconis Trens, Introducción a la pediatría de Games, 2023.

posible que otros presenten hipoxemia⁶² o acidosis respiratoria, requiriendo oxigenoterapia, soporte ventilatorio y manejo multidisciplinario especializado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

110. A las 15:14 horas del 10 de octubre de 2023 en el cunero patológico V fue valorado por AR7, personal médico que, de acuerdo con la Opinión Médica, solo se limitó a la revisión de biometría hemática, misma que, en concordancia con la GPC-Taquipnea Transitoria no tiene utilidad diagnóstica y, además, indicó continuar con mismo manejo médico, omitiendo considerar cifras elevadas de creatina fosfocinasa MB (CPK-MB)⁶³, marcador cardíaco estimado como uno de los criterios bioquímicos diagnósticos de asfixia neonatal según la GPC-Asfixia Neonatal, así como también solicitar gasometría arterial con base en la GPC-Taquipnea Transitoria y tomar en cuenta los factores de riesgo maternos y fetales para síndrome de dificultad respiratoria con los que contaba V (diabetes gestacional, sexo masculino, macrosomía fetal).

111. Para las 21:51 horas, V fue valorado por AR8, quien lo reportó con persistencia de taquipnea e insuficiencia respiratoria, mismas que habían mejorado tras iniciar apoyo con ventilación mecánica invasiva (sin describirse hora de intubación ni condición clínica que lo ameritara), con lo cual, mantenía oximetrías de pulso por arriba de 96%, continuaba en ayuno médico, uresis al corriente y evacuaciones pendientes, clínicamente bien hidratado, campos pulmonares y ruidos cardíacos sin agregados patológicos, abdomen blando, depresible, no distendido, sin masas palpables, extremidades íntegras con fuerza, movilidad, sensibilidad y reflejos conservados, mucosas y tegumentos de coloración normal, así como glucosa elevada de 87 mg/dl (normal 25 a 45 mg/dL), solicitando placa radiográfica de tórax y, hasta ese momento, gasometría arterial, sedación y probable relajación muscular según fuese necesario, considerando que no

⁶² La hipoxemia es un nivel bajo de oxígeno en la sangre.

⁶³ La creatina-fosfocinasa es una enzima que se encuentra predominantemente en el corazón, el cerebro y el músculo esquelético. CPK-2 (también llamada CPK-MB) se encuentra más que todo en el corazón.

ameritaba cambios en el manejo establecido pues disminuiría paulatinamente los parámetros ventilatorios a tolerancia de V.

112. Bajo ese contexto, es necesario puntualizar que el inicio de ventilación mecánica invasiva, la cual se realizó entre la valoración médica de AR7 y AR8 (15:14 y 21:51 horas), no constó en el expediente proporcionado para estudio la nota médica de evolución en la cual se describiera el estado de salud que presentaba V al momento de ser intubado, la hora y el nombre del especialista que realizó el procedimiento, ni tampoco carta de consentimiento informado, con lo cual el médico adscrito al servicio de Pediatría y/o Anestesiología que intubó a V^{64,65} así como personal administrativo encomendado en conservar y resguardar⁶⁶ dicha nota; incumplieron con la NOM-Del Expediente Clínico.

113. Sobre la petición de AR8, consta en el expediente proporcionado para estudio, reporte de gasometría arterial de fecha 10 de octubre de 2023, validado a las 22:44 horas, la cual presentó datos de desequilibrio ácido-base (acidosis metabólica), en la que se manifestó deterioro de la función respiratoria de V, que de acuerdo con la bibliografía médica especializada y la GPC-Asfixia Neonatal, se asocia a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal; razón por la cual, desde la primera valoración médica, era indispensable solicitarla como auxiliar y complemento diagnóstico para

⁶⁴ 8.3 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

⁶⁵ 10.1 Cartas de consentimiento informado.

⁶⁶ 5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

identificar o descartar posible daño tisular por hipoxia y normar conducta terapéutica oportunamente.

114. Circunstancias por las que, ante una evolución tórpida de la función respiratoria, AR8 omitió solicitar ultrasonido pulmonar para evaluar posible patología respiratoria neonatal y ecocardiograma a fin de identificar defectos cardíacos congénitos al tratarse de un producto macrosómico de sexo masculino, hijo de madre diabética, quien además presentó coloración azulada en cara, manos y pies (acrocianosis) al momento de su nacimiento, así como también trasladarlo en forma oportuna a unidad que contara con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para manejo especializado y multidisciplinario.

115. Es importante resaltar que hasta la valoración matutina del 11 de octubre de 2023 a las 08:48 horas; personal médico adscrito al servicio de Pediatría solicitó el traslado de V a tercer nivel de atención para continuar manejo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por los diagnósticos de síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido, hijo de madre diabética con asfixia perinatal leve-moderada por apnea secundaria recuperada, agregando además, en lo medular, que V mostraba evolución tórpida e incremento de la dificultad respiratoria a pesar de mantener oximetrías de 99% con apoyo ventilatorio, así como sospecha de hipertensión pulmonar, ello, acorde con la GPC-Asfixia Neonatal y la GPC-Taquipnea Transitoria.

116. A mayor abundamiento, debe quedar claro que la sospecha de hipertensión pulmonar reside en que, clínicamente estos pacientes presentan dificultad respiratoria, cianosis e hipoxemia, debido a que se trata de un trastorno grave en el que las arterias de los pulmones se estrechan después del parto y limitan el flujo sanguíneo hacia estos y por lo tanto, la cantidad de oxígeno en el torrente sanguíneo, requiriendo como parte de su manejo y tratamiento soporte nutricional óptimo, evitar el estrés, mantener un

ambiente de "bajo ruido", sedación y mantenimiento adecuado tanto del volumen intravascular como de la presión arterial sistémica.

117. Conjuntamente, en este tipo de pacientes debe prevenirse el desequilibrio ácido base, puesto que la acidosis respiratoria induce vasoconstricción⁶⁷ pulmonar, mientras que la alcalosis induce vasoconstricción cerebral con flujo sanguíneo cerebral reducido y aumenta el riesgo de deterioro del neurodesarrollo, por tanto, la acidosis como la alcalosis deben evitarse en neonatos con sospecha de hipertensión pulmonar.

118. Posteriormente, los días 11 y 12 de octubre de 2023, V continuó con respiración asistida y controlada, prescrito con doble esquema de antibiótico, con fiebre de 38°, con datos de inflamación sistémica⁶⁸, soplo cardiaco grado II y ritmo en galope⁶⁹, con acidosis metabólica, por lo que el personal médico al auscultar soplo cardiaco y observar corazón aumentado de tamaño en placa de tórax sospechó cardiopatía congénita de conducto dependiente, en virtud del evidente deterioro del V, agregando como diagnóstico insuficiencia respiratoria severa, cardiopatía congénita⁷⁰ cianógena⁷¹ probable conducto dependiente y sepsis temprana, en concordancia de la GPC-Asfixia Neonatal, la GPC-Taquipnea Transitoria y la GPC-Sepsis Neonatal.

119. Cabe señalar que, dentro de las complicaciones que llegan a manifestar los hijos de madres diabéticas son peso excesivo o macrosomía, retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, entre las más frecuentes reportadas son las

⁶⁷ Es el estrechamiento (constricción) de vasos sanguíneos por parte de pequeños músculos en sus paredes. Cuando los vasos sanguíneos se constriñen, la circulación de sangre se torna lenta o se bloquea.

⁶⁸ Afección grave por la que se inflama todo el cuerpo. La causa del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica puede ser isquemia (falta de riego sanguíneo en una parte del cuerpo).

⁶⁹ Es un término que se refiere a una manifestación acústica particular que se produce en algunos pacientes con estenosis valvular aórtica. Específicamente, este fenómeno describe la disociación que puede existir entre el componente duro, áspero de un soplo de estenosis aórtica y su componente suave, que puede irradiarse hacia el ápice del corazón y puede ser confundido con un soplo mitral.

⁷⁰ La cardiopatía congénita (CC) es un problema con la estructura y el funcionamiento del corazón presente al nacer.

⁷¹ Coloración azulada producto de una relativa falta de oxígeno.

cardiovasculares, trastornos metabólicos al nacer y respiratorios como la enfermedad de membrana hialina, además, es importante recordar que aunado a la diabetes gestacional QV también contaba con otros factores de riesgo para que V presentara cardiopatía congénita, entre ellos, la obesidad grado III, consumo de metanfetaminas (cristal) y tabaquismo.

120. En ese sentido, las cardiopatías congénitas son malformaciones que pueden manifestarse con un extenso rango de severidad pudiendo ser lesiones simples hasta muy complejas, no solamente por el compromiso de la estructura intracardiaca sino por las asociaciones con defectos en otros órganos. Por lo tanto, el diagnóstico oportuno en las primeras horas de vida de un recién nacido con cianosis y/o insuficiencia cardíaca congestiva es fundamental, en virtud de que las cardiopatías dependientes de la permeabilidad del conducto dependiente, como la que sospechó clínica y radiológicamente el personal médico, se presentan bruscamente durante la primera semana de vida, incluso en las primeras horas y requieren de manejo en terapia intensiva neonatal para prevenir la cianosis severa y/o choque cardiogénico.

121. Adicionalmente, en la Opinión Médica se estableció que V contaba con criterios generales de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (Pediátricos) establecidos en la NOM-Cuidados intensivos, basados en dos preceptos, el primero trata sobre las funciones orgánicas al tratarse de un paciente con insuficiencia e inestabilidad de dos sistemas fisiológicos mayores (respiratorio y cardíaco), con posibilidades razonables de recuperación, peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo (respiratorio y cardíaco), necesidad de cuidados especializados que solamente pueden ser brindados en la Unidad de Cuidados Intensivos y el segundo, sobre las prioridades de atención que requería para beneficiarse si era atendido en esa unidad, dado su estado crítico, inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo.

122. Posteriormente a las 09:01 horas del 12 de octubre de 2023 AR6 valoró a V, reportándolo con mala evolución al persistir con incremento del esfuerzo ventilatorio y datos de bajo gasto cardiaco que ameritó incremento de parámetros ventilatorios.

123. Para las 17:00 horas del 12 de octubre de 2023, AR7 señaló que V no mostró mejoría clínica a pesar de los ajustes ventilatorios, por lo que se consumó el traslado a tercer nivel las 21:52 horas, es decir, 60 horas posteriores a su nacimiento, bajo el diagnóstico de hipertensión pulmonar, probable cardiopatía congénita y dificultad respiratoria, teniendo destino a la Unidad Médica de Alta Especialidad del CMN-Del Bajío, en León, Guanajuato.

124. Motivos por los que se advirtió que a pesar de que la solicitud de referencia a Tercer Nivel de Atención fue requerida hasta el 11 de octubre de 2023 a las 08:48 horas, éste se consumó al día siguiente, 12 de octubre de 2023, teniendo registro de llegada de V a las 23:38 horas, esto es, con una dilación de 26 horas con 50 minutos.

125. Por ende, en la Opinión Médica se aclaró que, tanto personal directivo como subdirector o director administrativo del HGZ MF-3, incumplieron con el Procedimiento para el Traslado de Pacientes en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (2660-B03-062, 2015), normatividad que señala que se debe garantizar el proceso de traslado a fin de que se materialice con oportunidad, calidad, eficiencia, trato digno y en apego a los lineamientos institucionales, por lo que se gestionarán los recursos necesarios de infraestructura y humanos para dicho fin, situación que junto con la atención médica inadecuada brindada tanto en el control prenatal como en la vigilancia del parto, contribuyó al deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

- **Atención médica de V en el CMN-Del Bajío**

126. Al llegar al nosocomio, V fue valorado por personal médico, quien señaló que el equipo de bomba que existía en el Hospital no era compatible con el de traslado, por lo que se preparó y conectó infusión, posteriormente se alistó área para colocación de V en cuna radiante, con ventilador funcional.

127. Sin embargo, al desconectar a V del ventilador de traslado y efectuar el cambio a la cuna radiante, presentó cianosis⁷² inmediata, con saturación 66% y descenso de frecuencia cardíaca, por lo que se inició reanimación cardiopulmonar por médico pediatra de traslado quien causó lesión dérmica por fricción en tórax anterior, la cual se detectó al primer ciclo.

128. No obstante, a pesar de reposicionar la cánula, efectuar el cambio de balón autoinflable manual, se reintubó al término del primer ciclo y se continuó reanimación cardiopulmonar avanzada por hasta 27 minutos, pero no se logró el retorno de la circulación espontánea, deteniendo la reanimación cardiopulmonar y se dictó como hora de la defunción, el viernes 13 de octubre de 2023 a las 00:16 horas.

129. Sobre el equipo de bomba no compatible con el que llegó V y el que contaba el CMN-Del Bajío, se resaltó en la Opinión Médica que, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son utilizadas bombas de infusión continua a flujos menores para evitar un aporte excesivo de volumen, dada la necesidad de administración de múltiples medicamentos simultáneamente, puesto que en pacientes críticos como el caso de V, se requiere una llegada rápida y fehaciente de la infusión, con un sistema exacto y confiable, motivo por el cual, apropiadamente tuvo que ser cambiado, además, se encontraron en la necesidad de desconectarlo del ventilador de traslado para ser ingresado a una cuna radiante donde fue conectado a ventilador propio, por lo que se estableció como causa

⁷² Coloración azul y alguna vez negruzca o lívida de la piel, debida a trastornos circulatorios.

de fallecimiento, un choque cardiogénico de doce horas, insuficiencia respiratoria aguda y taquipnea transitoria de recién nacido de dos días.

130. Es decir, a consecuencia de las alteraciones cardíacas y respiratorias que presentó V, las cuales no fueron detectadas y tratadas adecuada y oportunamente, mediante identificación de factores de riesgo por AR6, AR7 y AR8 en el HGZ MF-3, en forma súbita, el corazón de V dejó de bombear la sangre suficiente para satisfacer las necesidades de su organismo a pesar de las medidas emergentes brindadas en el Centro Médico Nacional del Bajío.

C.2. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

131. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Federal y en las normas internacionales⁷³, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

132. Al respecto la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida “es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.”⁷⁴; en ese sentido, la SCJN ha determinado que “(...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables

⁷³ Artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

⁷⁴ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).⁷⁵

133. En el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR6, AR7 y AR8, personas servidoras públicas adscritas al HGZ MF-3, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base en lo siguiente:

134. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se concluyó que la atención médica proporcionada a V por AR6, AR7 y AR8, fue inadecuada al omitir considerar los factores de riesgo maternos y fetales que presentaba para desarrollar insuficiencia respiratoria y alteraciones cardíacas, realizar oportunamente una gasometría arterial para evaluar y monitorear la función respiratoria, así como requerir un ultrasonido pulmonar y ecocardiograma, en aras de descartar patología pulmonar y/o cardíaca, además de referirlo a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo que contribuyó a la evolución y el deterioro de V y su posterior fallecimiento.

135. De esta forma, AR6, AR7 y AR8 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone:

“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)” en concordancia con la fracción II del arábigo 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica curativas: “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”,

⁷⁵ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

136. Circunstancia que de manera alguna ocurrió en el presente caso, toda vez que debió persistir un manejo especializado por el servicio de Infectología en conjunto con las cardiopatías que presentó QV.

137. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR6, AR7 y AR8 debieron valorar adecuada e integralmente a V desde su nacimiento y referirlo a tiempo a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, no así después de 60 horas, ello, con el objeto de cumplir con la función principal contemplado en la normatividad nacional e internacional de preservar en todo momento la vida de V y, de este modo, evitar que por una inadecuada atención médica, su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida, sin dejar de lado las omisiones en el control prenatal y vigilancia del parto, lo que también abonó al desarrollo de complicaciones respiratorias y la evolución de alteraciones cardíacas, contribuyendo al deterioro del estado de salud y fallecimiento.

138. Por lo que debe quedar claro que la elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de la salud y posterior fallecimiento de V, incumpliendo con lo previsto en los artículos 1o., párrafo primero de la Constitución Política; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.⁷⁶

⁷⁶ CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.

139. Es decir, AR6, AR7 y AR8, debieron tener en cuenta que la atención médica fue dirigida a una persona en condición de vulnerabilidad por tratarse de un niño recién nacido, quien, a partir de la diversa sintomatología que presentó, la cual fue mencionada previamente, y ante la falta de atención idónea y de calidad, misma que estaban obligados a brindarle, ameritaba atención especializada inmediata para atender a cabalidad sus comorbilidades.

140. Máxime que tenían la obligación de proporcionar los servicios de salud con prontitud y eficacia, para contrarrestar los factores de riesgo maternos y fetales, particularmente, evitar en lo más posible el desarrollo de insuficiencia respiratoria y alteraciones cardíacas, así como referir a V de manera inmediata a un Hospital que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, omisiones que ocasionaron las complicaciones que causaron su grave estado de salud que más tarde condujeron a su fallecimiento.

141. De lo expuesto, se concluyó que AR6, AR7 y AR8 transgredieron los derechos humanos a la protección de la salud de V y como consecuencia de ello, a la vida, previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, y 4°, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 6°, fracciones I, VI y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2, inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, XI y 51 párrafo primero, de la LGS, los que, en términos generales, señalan que en la toma de decisiones en las que se encuentren relacionados niños, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

142. Por lo que las omisiones en que incurrieron AR6, AR7 y AR8, al no brindar a V una atención médica adecuada, repercutió en el deterioro de su estado de salud y, por ende, en su fallecimiento, con lo que se alteró el proyecto de vida paterno-materno y familiar de QV, VI1, VI2 y VI3, ocasionando cambios en sus actividades y relación familiar, de pareja y social; así como en el ejercicio de otros derechos humanos, además de haberles provocado daños emocionales. De igual forma, el sentimiento maternal de QV se vio truncado con la pérdida de V; así como el sentimiento paterno de VI1 de contribuir a su crecimiento físico y desarrollo personal hasta llegar a su edad adulta. Motivo por el cual, dicha situación deberá ser considerada por la Comisión Ejecutiva a fin de reparar integralmente el daño a las víctimas.

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

143. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Federal establece el derecho de las personas al libre acceso a la información, por lo que este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, consideró que “[...] *los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico*”.⁷⁷, Asimismo ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

⁷⁷ CNDH, Recomendación General 29/2017 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”, 31 de enero de 2017, párrafo 27.

144. Igualmente, esta citada recomendación reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁷⁸

145. Por su parte, la CrIDH⁷⁹ ha señalado la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, al ser una guía para el tratamiento médico, para conocer el estado del enfermo y las consecuentes responsabilidades; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.⁸⁰

146. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

147. De igual forma, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la

⁷⁸ CNDH. Recomendación General 29/2017. Op.Cit. párrafo 34.

⁷⁹ Sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

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

salud, al contener información, datos personales y documentación en los que se hacen constar las intervenciones del personal del área de la salud, se describe el estado de salud de la persona paciente y contiene datos acerca de su bienestar físico, mental y social.

148. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.⁸¹

149. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁸²

150. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas

⁸¹ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

⁸² CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben⁸³.

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

152. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos, en observancia al numeral 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico.⁸⁴

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN AGRAVIO DE QV, VI1, VI2 y VI3

153. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se vislumbró de manera general, omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico, toda vez que el personal médico adscrito al HGZ MF-3 omitió la elaboración de la Nota de Ingreso de QV al servicio de Ginecología y Obstetricia, así como la materialización de la Nota Médica de Evolución

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

⁸⁴ 5.1. Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

y Carta de Consentimiento Informado del procedimiento de Intubación de V, máxime que existen notas con abreviaturas y sin hora de elaboración.

154. Las omisiones en la integración del expediente clínico, si bien no incidieron en la evolución de las comorbilidades que presentaron QV y V, sí constituyen una falta administrativa referente al incumplimiento de acatar el contenido de la NOM-Del Expediente Clínico, lo cual es de relevancia porque representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos, es decir, al existir este tipo de omisiones, se impide conocer datos específicos sobre la atención e indicaciones médicas proporcionadas, así como el nivel de intervención por personal de médico involucrado en los hechos, obstaculizando que se puedan conocer detalles fundamentales sobre las acciones y omisiones que afectaron la salud de las personas agraviadas, por lo que se omite el libre acceso a una información veraz, oportuna y adecuada en materia de salud.

155. Por lo que, la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, mismas que revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante, esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes sobre los servicios médicos y de la atención que reciben las personas derechohabientes.

156. No obstante, a pesar de dichos instrumentos recomendatorios, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la NOM-Del Expediente Clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, 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 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

157. En el contenido de la Opinión Médica se advirtió que la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a QV y V, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de QV, a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V; así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, VI1, VI2 y VI3, como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

157.1 Del 28 de abril al 9 de octubre de 2023, al cursar QV con embarazo y obesidad grado III, AR1, AR2 y AR3 omitieron realizar historia clínica y exploración física completas, identificar factores de riesgo para diabetes gestacional y parto pretérmino, solicitar pruebas de laboratorio para detección de sífilis, virus de inmunodeficiencia humana, ecografía (tamiz estructural), verificación de esquema de vacunación y referirla oportunamente al servicio de Ginecología y Obstetricia en segundo nivel de atención, tal como establece la bibliografía médica especializada y las GPC-Control Prenatal, GPC-Atención y Cuidados, GPC-Parto Pretérmino y GPC-Diabetes en el Embarazo, lo que favoreció la evolución de complicaciones como el parto pretérmino que junto con otros factores contribuyeron al deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento.

157.2 Los días 9 y 10 de octubre de 2023, ante los diagnósticos de embarazo de 35.4 semanas por ultrasonido, cesárea iterativa, paridad satisfecha, feto grande para edad gestacional, obesidad grado III, diabetes mellitus gestacional, infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino, AR4 y AR5 omitieron referirla

oportunamente a una Unidad Médica de que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, para disminuir el riesgo de morbilidad de V al nacimiento, tal y como recomienda la bibliografía médica especializada y la GPC-Parto Pretérmino y GPC-Diabetes en el Embarazo; lo que condicionó que no se tomaran las medidas pertinentes y necesarias para la adecuada atención de V y las potenciales complicaciones respiratorias y cardíacas derivadas del estado de salud materno, contribuyendo a la evolución de estas, el deterioro de su estado de salud y fallecimiento.

157.3 AR6, AR7 y AR8, omitieron considerar los factores de riesgo maternos y fetales que presentaba V para desarrollar Insuficiencia respiratoria y alteraciones cardíacas, realizar oportunamente gasometría arterial para evaluar y monitorear la función respiratoria, así como solicitar ultrasonido pulmonar y ecocardiograma en aras de descartar patología pulmonar y/o cardíaca y finalmente, referirlo a tiempo a una Unidad Médica que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con base en la bibliografía médica especializada y las GPC-Taquipnea Transitoria, GPC-Asfixia Neonatal y la NOM-Cuidados intensivos, omisiones que junto con el control prenatal y vigilancia del parto inadecuados referidos en la opinión médica de QV, favorecieron el desarrollo de complicaciones respiratorias y la evolución de alteraciones cardíacas, contribuyendo al deterioro de su estado de salud y fallecimiento, incumpliendo con lo establecido en la NOM-Atención durante el embarazo, la LGS, Reglamento-LGS y el RPM-IMSS.

158. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.⁸⁵

⁸⁵ *Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de*

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

160. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Federal; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista ante el OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 a efecto que, de ser el caso, se realice la investigación correspondiente por las irregularidades en la atención médica proporcionada a QV y V, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

V.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

161. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Federal:

“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad,

cuotas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones... Promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución (...).

interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

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

163. 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 corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

164. En el presente pronunciamiento y como se desarrolló en el apartado correspondiente, el expediente clínico integrado en el HGZ MF-3 carece de formalidad necesaria en su integración, lo que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS al no vigilar y supervisar que el personal médico cumpla a cabalidad con el marco normativo para su integración, conforme a lo previsto en el numeral 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico, que establece que los establecimientos de carácter público, social y privado serán solidariamente responsables respecto de integrar y conservar el expediente clínico por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, por lo

que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

165. Además, no se justificó de manera exhaustiva la labor médica emprendida bajo la óptica de la perspectiva de género, lo cual, implicó la implementación de una doble diligencia reforzada, por ser mujer y al contar de manera patente con información sobre las comorbilidades que presentó QV durante el embarazo y, por tanto, se debían emplear diversos protocolos específicos para atender la temática planteada, lo que en el caso no aconteció.

166. Así mismo, en la Opinión Médica se puntualizó que existió dilación en el traslado de V a Tercer Nivel de Atención por parte de personal directivo y subdirector o director administrativo, quienes incumplieron con el Procedimiento para el traslado de pacientes en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (2660-B03-062, 2015), al visibilizar que el traslado en cita ocurrió 60 horas posteriores a su nacimiento, situación que, junto con la atención médica inadecuada brindada tanto en el control prenatal como en la vigilancia del parto, contribuyó al deterioro de su estado de salud y fallecimiento.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

167. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Federal; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, que prevé la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva

restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo que, deberá el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

168. Para tal efecto, en términos de los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 75, fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de QV, a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V; así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, VI1, VI2 y VI3, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que acceda a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral.

169. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas; así como diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos; de igual manera, identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

170. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH enunció que:

“... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”⁸⁶.

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

i. Medidas de rehabilitación

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

173. Por ello el IMSS, en coordinación con la CEAV, en atención a la LGV, deberán proporcionar, en su caso a QV, VI1, VI2 y VI3, atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QV, VI1, VI2 y VI3, con su consentimiento y previa información clara y suficiente,

⁸⁶ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará acorde a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. En caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

174. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.*”⁸⁷.

175. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV y V, así como de VI1, VI2 y VI3 a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del formato único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

⁸⁷ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

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

177. 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 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 ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

178. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la LGV, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades

y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

179. De ahí que el IMSS deberá colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el OIC-IMSS, a fin de que inicie el procedimiento correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, por los hechos referidos en la presente Recomendación, tomando en cuenta lo argumentado en el apartado “IV. Observaciones y Análisis de las Pruebas”, así como las acciones y omisiones descritas en el apartado “Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas” de este pronunciamiento, en función de la inadecuada atención médica proporcionada a QV y V, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

180. 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 V y QV, VI1, VI2 y VI3 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

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

efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

182. Al respecto, el IMSS deberá impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a una Vida Libre de Violencia Obstétrica, a la protección a la salud, interés superior de la niñez, así como la debida observancia y contenido de las GPC-Control Prenatal, GPC-Atención y Cuidados, GPC-Parto Pretérmino, GPC-Diabetes en el Embarazo, GPC-Taquipnea Transitoria, GPC-Asfixia Neonatal, GPC-Sepsis Neonatal, dirigido al personal médico del servicio de Medicina Familiar, de Urgencias de Ginecología y Obstetricia y de Pediatría del HGZ MF-3, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR8 en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

183. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico del servicio de Medicina Familiar, de Urgencias de Ginecología y Obstetricia y Pediatría del HGZ MF-3, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la NOM-Atención durante el embarazo y NOM-Cuidados intensivos, a efecto de que las personas reciban una valoración interdisciplinaria que este entrenado y familiarizado con el padecimiento respectivo; a fin de reforzar la integración del expediente clínico, acorde a la NOM-Del Expediente Clínico y adecuada atención médica, para garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación

nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

184. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular dirigida al personal administrativo y/o directivo del servicio de Medicina Familiar, de Urgencias de Ginecología y Obstetricia y Pediatría del HGZ MF-3 para garantizar que las referencia a Unidades Medidas de mayor resolución se realicen con la prontitud debida, en concordancia con el Procedimiento para el traslado de pacientes en Unidades Médicas del IMSS (2660-B03-062, 2015), normatividad que señala que se debe garantizar el proceso de traslado a fin de que se materialice con oportunidad, calidad, eficiencia, trato digno y en apego a los lineamientos institucionales. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto sexto recomendatorio.

185. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

186. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, director general del Instituto Mexicano del Seguro

Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaboren en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV y V, así como a VI1, VI2 y VI3 a través de la noticia de hechos que el IMSS realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual esté acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su colaboración.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, se deberá proporcionar, en su caso a QV, VI1 VI2 y VI3 atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QV, VI1, VI2 y VI3 con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará conforme a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. En caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el OIC-IMSS, a fin de que

inicie el procedimiento que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 por los hechos referidos en la presente Recomendación, tomando en cuenta lo argumentado en el apartado “IV. Observaciones y Análisis de las Pruebas”, así como las acciones y omisiones descritas en el apartado “Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas” de este pronunciamiento, en función de la inadecuada atención médica proporcionada a QV y V, con la finalidad de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas. En consecuencia, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado a una Vida Libre de Violencia Obstétrica, a la protección a la salud, interés superior de la niñez, así como la debida observancia y contenido de las GPC-Control Prenatal, GPC-Atención y Cuidados, GPC-Parto Pretérmino, GPC-Diabetes en el Embarazo, GPC-Taquipnea Transitoria, GPC-Asfixia Neonatal, GPC-Sepsis Neonatal, dirigido al personal médico del servicio de Medicina Familiar, de Urgencias de Ginecología y Obstetricia y de Pediatría del HGZ MF-3, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano, los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico del servicio de Medicina Familiar, de Urgencias de Ginecología y Obstetricia y Pediatría del HGZ MF-3, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la NOM-Atención durante el embarazo y NOM-Cuidados intensivos, a efecto de que las personas reciban una valoración interdisciplinaria que este entrenado y familiarizado con el padecimiento respectivo; a fin de reforzar la integración del expediente clínico, acorde a la NOM-Del Expediente Clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular dirigida al personal administrativo y directivo del servicio de Medicina Familiar, de Urgencias de Ginecología y Obstetricia y Pediatría del HGZ MF-3 para garantizar que las referencias a Unidades Medidas de mayor resolución se realicen con la prontitud debida, en concordancia con el Procedimiento para el traslado de pacientes en Unidades Médicas del IMSS (2660-B03-062, 2015), normatividad que señala que se debe garantizar el proceso de traslado a fin de que se materialice con oportunidad, calidad, eficiencia, trato digno y en apego a los lineamientos institucionales. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto sexto recomendatorio.

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

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

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

189. Con base en el fundamento jurídico previamente señalado, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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



este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM