

RECOMENDACIÓN NO.

272/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V; AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO V, Y DE MANERA INDIRECTA EN AGRAVIO DE QVI; POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL RURAL IMSS-BIENESTAR “SAN FELIPE ECATEPEC” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS; ASÍ COMO, AL PROYECTO DE VIDA EN AGRAVIO DE QVI Y VI2.

Ciudad de México, a 15 de diciembre 2023

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, 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, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2023/1525/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital Rural IMSS-Bienestar “San Felipe Ecatepec” del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II

de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, primer párrafo y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, último párrafo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se hará de su conocimiento, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves 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 para distintas personas involucradas en los hechos, y expedientes son los siguientes:

Denominación	Clave
Persona Víctima	V
Persona Quejosa / Víctima	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como:

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política / CPEUM
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Organismo Nacional, Comisión Nacional, CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Hospital Rural IMSS-Bienestar "San Felipe Ecatepec" del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas	Hospital Rural "San Felipe Ecatepec"
Convención Americana sobre Derechos Humanos	CADH
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento de prestaciones médicas del IMSS
Normal Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.	NOM-Para las residencias médicas.
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-Para la atención de la mujer y de la persona recién nacida
Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Catalogación por la Biblioteca de la OMS, 2014	Recomendaciones de la OMS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico
Guía de Evidencias y Recomendaciones. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto de bajo riesgo, México, CENETEC; 2019, IMSS-052-19	Guía del trabajo de parto de bajo riesgo
Guía de Práctica Clínica de Inducción del Trabajo	Guía del trabajo de

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
de Parto en el Segundo Nivel de Atención, 2012	parto en el segundo nivel de atención
Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia, IMSS-162-09	Guía de tratamiento del choque hemorrágico
Lineamiento técnico cesárea segura emitido por la Secretaría de Salud, 2014	Lineamiento técnico cesárea segura
Lineamiento técnico de prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, emitido por la Secretaría de Salud, México, 2010	Lineamiento de manejo de la hemorragia obstétrica

I. HECHOS

5. El 23 de enero de 2023, este Organismo Nacional recibió la queja de QVI, en la cual señaló que la noche del 15 de enero del 2023, se trasladó junto con su concubina V al Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, debido a que presentaba dolencias propias de su embarazo, donde fue revisada y se les indicó que regresaran a ese Hospital al día siguiente por la mañana, *“pero que si aumentaban los dolores en el transcurso de la madrugada”* V fuera llevada de nueva cuenta a ese nosocomio.

6. Refirió QVI que a las 2:30 horas de 16 de enero de 2023, V nuevamente presentó dolores, razón por la cual la llevó de inmediato al Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, donde se les indicó que no había camas disponibles, por lo que debían acudir a un domicilio particular donde realizan *“parto humanizado”*¹ en San Cristóbal de Las Casas; sin embargo, al no encontrar lugar en ese sitio, regresaron al Hospital del IMSS, donde V fue recibida, siendo atendida en una camilla que colocaron en un

¹ Clínica perteneciente a la Secretaría de Salud, que tiene como finalidad reducir la mortalidad materna y perinatal, además de brindar una atención de calidad a la mujer embarazada respetando sus usos y costumbres; así como, la manera en que quiera tener a su bebé.

pasillo, advirtiéndolo al personal médico que la atendió que presentaba 5 centímetros de dilatación.

7. A las 7:00 horas del 16 de enero de 2023, V fue llevada a una “camilla, la número 4”, donde personas servidoras públicas del nosocomio en cita la revisaron nuevamente, precisando QVI que alrededor de las 12:00 horas, V presentaba “10 grados de dilatación”, razón por la cual solicitó al personal del IMSS que le realizaran una cesárea, siendo informado que esperarían a que el bebé se ubicara en el lugar correcto para el parto, lo cual demoraría unas 2 horas; sin embargo, si tal hecho no ocurría entonces le practicarían una cesárea a V. Dos horas después, una ginecóloga que revisó a V, indicó que no era necesario realizarle dicha intervención quirúrgica debido a que todo iba bien.

8. Refirió QVI que aproximadamente a las 16:00 horas de 16 de enero de 2023, la misma persona servidora pública le informó que el bebé “se había hecho popo” dentro del vientre de V y que se debía realizar la cesárea. Minutos después, personal del IMSS le informó que la paciente sufría una hemorragia y que se debían “arrancar” la matriz, lo cual autorizó ante lo delicado de la situación en que se encontraba V.

9. Manifestó QVI que a las 20:00 horas de 16 de enero de 2023, le fueron requeridas unidades de sangre para V, lo cual, a través de sus familiares, intentó conseguir; sin embargo, momentos después fue informado que V había fallecido debido al sangrado que presentó, toda vez que en el Hospital no contaban con unidades de sangre, no pudieron hacer más para salvarle la vida.

10. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2023/1525/Q**, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos señaladas por QVI en agravio de V, se solicitó diversa información al IMSS, cuya

valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Escrito de queja de QVI de 23 de enero de 2023, a través del cual denunció la negligencia médica que fue objeto V por personas servidoras públicas del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, situación que ocasionó su deceso el 16 de enero de 2023, al que adjuntó lo siguiente:

11.1. Nota de valoración de urgencias de 15 de enero de 2023 a las 22:00 horas, elaborada por PMR, Médico residente de 3er grado de Medicina Familiar adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”.

11.2. Certificado de defunción de 16 de enero de 2023 a las 22:38 horas, elaborado por AR3, en el cual señaló *“Causas de la defunción: choque hipovolémico – 5 horas, parto complicado por atonía uterina – 2 horas, y trabajo de parto prolongado – 3 horas”*.

12. Correo electrónico de 14 de febrero de 2023, a través del cual personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS envió fotocopia del expediente clínico integrado a V en el Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, del cual se destacaron las siguientes notas:

12.1. Nota médica de urgencias de 16 de enero de 2023 a las 05:16 horas, elaborada por PMR, en la que asentó “... tacto vaginal con cérvix posterior con

04 a 05 centímetros de dilatación y 70% de borramiento... con trabajo de parto en fase activa²...

12.2. Nota médica de urgencias de 16 de enero de 2023 a las 05:44 horas, elaborada por AR1, adscrita al Servicio de Urgencias, quien consignó “... *tacto vaginal con cérvix posterior con 07 centímetros de dilatación y borramiento del 90%... trabajo de parto en fase activa...*”

12.3. Nota de indicaciones médicas del 16 de enero de 2023 a las 08:00 horas, elaborada por AR2, adscrito al Servicio de Ginecología, quien indicó “... *Solución Hartmann 1000 cc + 10 UI de oxitocina a 10 gotas por minuto...*”

12.4. Nota médica de obstetricia del 16 de enero de 2023 a las 15:00 horas, elaborada por AR3, especialista en Ginecología y Obstetricia, quien describe “... *al tacto vaginal cérvix central de 09 centímetros de dilatación, 90% de borramiento... cursando con trabajo de parto en fase activa con mala dinámica uterina... realizar RCTG³ y valorar conducción del trabajo de parto. Se informa a familiar y paciente...*”

12.5. Nota agregada de obstetricia del 16 de enero de 2023 a las 15:40 horas, elaborada por AR3, quien asentó “... *se realiza amniorexis⁴ previa autorización de paciente y familiar para valorar características de líquido, se observó*

² Etapa de trabajo de parto en la que se presentan contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En paciente nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

³ Registro cardiotocográfico.

⁴ Es la ruptura de las membranas amnióticas, pudiendo ser espontánea o artificial, en esta última, con la finalidad de acelerar y fortalecer las contracciones y acortar la duración del trabajo de parto.

meconio⁵, dilatación y borramiento completo, se indica iniciar conducción para resolución de embarazo...”

12.6. Nota prequirúrgica de 16 de enero de 2023 a las 16:35 horas, suscrita por AR3, quien estableció *“... a las 05:45 horas la paciente ingresó por trabajo de parto en fase activa, se condujo trabajo de parto y se suspendió en turno previo el oxitócico a las 08:00 horas, se recibió paciente a las 15:00 horas con dilatación de 9 cm y borramiento del 90%, se inició oxitocina nuevamente por falta de dinámica uterina, lográndose borramiento y dilatación completo, con descenso del recién nacido a cuarto plano, posterior a las 16:10 horas se realizó amniorexis con presencia de meconio...”*

12.7. Registros, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 16 de enero de 2023.

12.8. Nota post quirúrgica de 16 de enero de 2023 a las 17:56 horas, elaborada por AR3, quien asentó que *“... la paciente presentaba TA (tensión arterial) 145/97 y FC (frecuencia cardiaca) 101 X... Cirugía realizada: Cesárea Tipo Kerr + ligadura de arterias uterinas bilaterales...”*

12.9. Nota prequirúrgica de 16 de enero de 2023 a las 18:00 horas, elaborada por AR3, en la que asentó que V *“... presenta atonía uterina, se maneja con escala de útero tónico; sin embargo, no responde de manera favorable con sangrado cuantificado de 2000 cc, por lo que se decide reintervención para realización de histerectomía obstétrica...”*

⁵ El meconio es la primera excreción intestinal del recién nacido y está compuesto por células epiteliales, pelo fetal, moco, bilis, que hacen ver el líquido amniótico color verde ocre.

12.10. Nota post quirúrgica de 16 de enero de 2023 a las 19:30 horas, elaborada por AR3, en la que consignó “... *SV(signos vitales): TA (tensión arterial) 95/60, FC (frecuencia cardiaca) 185 X, FR (frecuencia respiratoria) 25, temperatura 35°... Diagnóstico post quirúrgico: Puerperio patológico + choque hipovolémico grado IV, parto complicado por atonía uterina + trabajo de parto prolongado...*”

12.11. Nota de procedimiento del Servicio de Medicina Interna, de 16 de enero de 2023 a las 23:00 horas, elaborada por PSP1 (Leticia Ríos Martínez, adscrita al Servicio de Medicina Interna del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”), en la que consignó que V “... *ingresa a hospitalización cama 28 aproximadamente a las 21:06 horas sin signos vitales, por lo cual se procede a iniciar primer ciclo de reanimación cardiopulmonar... evidenciándose recuperación de circulación espontánea aproximadamente a las 21:22 horas... aproximadamente a las 21:43 horas con ausencia de pulso, por lo cual se decide nuevo evento de reanimación cardiopulmonar... a las 21:53 horas con retorno de la circulación espontánea... con curso clínico tórpido presenta a las 22:18 horas tercer evento de parada cardiaca, por lo cual se realizan 8 ciclos de reanimación cardiopulmonar... sin embargo, no se logra retorno de la circulación espontánea, con trazo isoelectrico, declarando fecha y hora de fallecimiento el 16 de enero de 2023 a las 22:38 horas...*”

12.12. Hoja de vigilancia y atención del parto de 16 de enero de 2023, elaborada por AR3.

13. Correo electrónico de 4 de julio de 2023, a través del cual personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS informó que los antecedentes del caso fueron enviados al Área de Atención a Quejas Médicas de ese Instituto, para que se iniciara la investigación de los hechos que motivaron la presentación de la queja.

14. Opinión especializada en materia de medicina de 20 de septiembre de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional concluyó que la atención brindada a V en el Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” el 16 de enero de 2023, fue inadecuada.

15. Correo electrónico de 15 de noviembre de 2023, a través del cual personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS informó que, en el Área de Atención a Quejas Médicas de ese Instituto, se inició el Expediente 1, el cual se encontraba en etapa de investigación.

16. Acta circunstanciada de 14 de diciembre de 2023, en la que se hizo constar la comunicación que personal de este Organismo Nacional sostuvo con QVI, quien informó a esta Comisión Nacional que su mamá VI2 (abuela) desde el nacimiento de VI1 ha contribuido a su cuidado; y por último, agrego que VI1 se enferma muy frecuentemente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. Mediante correo electrónico de 4 de julio de 2023, el IMSS comunicó a este Organismo Nacional que los antecedentes del caso fueron enviados al Área de Atención a Quejas Médicas de ese Instituto, para que se iniciara la investigación de los hechos que motivaron la presentación de la queja en esta Comisión Nacional, informando la autoridad el 15 de noviembre del presente año, que en la División de Atención a Quejas Médicas de ese Instituto, se radicó el Expediente 1, mismo que, al momento de la emisión de la presente determinación, estaba en etapa de investigación.

18. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten que se hubiera iniciado procedimiento administrativo de investigación en el Órgano Interno de Control Específico del IMSS y/o carpeta de investigación en

la Fiscalía General de la República (FGR), relacionados con los hechos materia de la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

19. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2023/1525/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, con perspectiva de género, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud, a la vida en agravio de V; al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI; y al proyecto de vida en agravio de QVI y VI2, por los actos y omisiones atribuibles a AR1, AR2 y AR3, personas servidoras públicas del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas en razón a las siguientes consideraciones:

A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE EL CASO

20. De manera inicial y, previo al análisis de las consideraciones médicas, sobre el caso documentado, este Organismo Nacional valora la pertinencia de puntualizar la importancia del abordaje de los temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres, desde una perspectiva de género, que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5, fracción VI, de Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, nos permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad sustantiva entre

mujeres y hombres, considerando además la interseccionalidad que prevé la Ley General de Acceso de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, esto es, que la perspectiva de género tiene que mirar también diferencias de clase, edad, género, sexo, condición económica, entre otras, ya que, en relación con los contextos específicos y experiencias concretas, pueden dar pie a situaciones de opresión y privilegio, negando así sus derechos.

21. Lo anterior, con el propósito no sólo de visibilizar un tema médico que, particularmente afecta a las mujeres y personas con capacidad para gestar, sino que es necesario potenciar la sensibilidad sobre las repercusiones y efectos irreversibles que las prácticas y decisiones del personal médico pueden generar durante la atención obstétrica de las derechohabientes. Lo que se busca es generar acciones de prevención, para evitar situaciones de difícil e imposible reparación, que contribuyeron a la pérdida de la vida de V, como lo fue en el presente caso.

22. En atención a ello, este Organismo Nacional otorga la debida relevancia a todos aquellos temas que involucren violaciones a los derechos humanos de las mujeres, como el derecho a la salud sexual y reproductiva, cuyo impacto no debe continuar siendo invisibilizado o minimizado, por lo que se requiere realizar acciones para que las prácticas rutinarias y sistemáticas del personal médico se realicen, no solo con suma pericia, sino también dispongan de los elementos necesarios para evitar que se sigan dando casos como el aquí planteado, dado que pone en evidencia la histórica desigualdad de las mujeres, de manera particular, aquellas que viven desigualdad económica y que se materializa, entre otros aspectos, en falta de la atención médica gineco-obstetra segura y oportuna, que debiera recibir en los servicios de salud a cargo del Estado.⁶

⁶ Recomendación 128/2021. Párr. 34-36

23. Por ello, para esta Comisión Nacional, resulta procedente emitir la presente Recomendación, relacionado con las afectaciones a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica de V quien contaba en la fecha de los hechos con 34 años de edad y se encontraba en su primera gestación, que debido a la falta de atención médica adecuada y oportuna condicionó que no se advirtiera oportunamente la mala dinámica uterina lo que provocó el deterioro de la salud de V, desarrollando complicaciones hasta su fallecimiento.

B. CONTEXTO, MUJER EMBARAZADA, VIOLENCIA OBSTÉTRICA

24. 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.

25. Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la OMS ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada⁷; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener⁸ y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento⁹.

26. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[...]la violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia

⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). “El derecho a la salud”. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>.

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud”, Ginebra, Suiza. 1996.

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento”. ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015

*invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto[...]*¹⁰.

27. El artículo 1° de la Convención de Belém Do Pará, define la violencia contra las mujeres: “[...] *cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado*”¹¹.

28. En su artículo 7, la misma Convención de Belém do Pará puntualiza que, los Estados Partes convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia, para ello deben: “[...] *velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; [...] “b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer[...]*”.

29. Los artículos 2 y 5 fracción IV, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, acotan que éstas se refieren 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.

¹⁰ Sala de prensa. 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. Martes, 06 Mayo 2014. Disponible en: http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechossexuales-y-reproductivos&Itemid=268.

¹¹ Artículos 1° y 2° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, (Convención De Belem Do Para), 14 de agosto de 1995.

30. La violencia contra la mujer como violación de los derechos humanos y como forma de discriminación contra la mujer, está prohibida por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 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.¹²

31. Se hace referencia además, de la vulneración de V en sus derechos desde la perspectiva de género, partiendo de lo establecido en la Recomendación General No. 19/1992, emitida por el Comité de la CEDAW, en la que se declaró que, la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación dirigida contra las mujeres por su condición de ser mujer y que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Misma que refiere aplica a la violencia perpetrada por las autoridades. Esos actos de violencia también pueden constituir una violación de las obligaciones del Estado, en virtud del derecho internacional sobre derechos humanos y otros convenios.¹³

32. Resulta además conveniente, citar la Recomendación General 31/2017 publicada por esta CNDH en las que se señaló que la violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos que se comete en perjuicio de la mujer embarazada (con

¹² *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. E. Aplicación del marco regional e internacional de derechos humanos al maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva. P. 17 párr. 53)*

¹³ *Recomendación General N° 19/1992, p. 2 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.*

independencia del número de casos conocidos por este Organismo Nacional, cualquier violación a los derechos humanos de la mujer o del producto de la gestación, es inadmisibles), por el personal que presta servicios de salud¹⁴.

C. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

33. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. Al respecto, la jurisprudencia administrativa señala:

*El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).*¹⁵

34. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹⁶.

35. La Constitución de la OMS¹⁷ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”; para lo

¹⁴ Recomendación General No. 31/2017, P. 22. En el mismo sentido Recomendaciones 205/2023, 2011/2023 y 235/2023.

¹⁵ Derecho de la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

¹⁶ CNDH. Recomendaciones 74/2022, párrafo 22; 158/2022, párrafo 31; 156/2022, párrafo 22; 92/2022, párrafo 18; 71/2021, párrafo 41; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33; 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28, entre otras.

¹⁷ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York, el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

cual, los Estados deben garantizar que el servicio público de prestación de salud cumpla cuando menos, con las siguientes características:

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

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

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

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

36. El párrafo 1 de la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconoce que la salud es “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.¹⁸

¹⁸ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas en su 22º periodo de sesiones, celebradas del 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

37. La Ley General de Salud en su artículo 1 Bis, señala que:

“Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

38. La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma, en su artículo 25, párrafo primero que:

“...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.

39. La SCJN ha establecido que:

*“... El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas ...”*¹⁹

40. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”²⁰, que:

“... el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en

¹⁹ Tesis 1ª./J.50/2009, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, pág. 164, registro digital 167530.

²⁰ Emitida el 23 de abril de 2009.

condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.”²¹

41. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU.

42. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.²² En el presente asunto se considera el Objetivo tercero, consistente en “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”.

43. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la CADH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo.

44. Del análisis realizado, se advirtió que AR1, AR2 y AR3, adscritos a los Servicios de Urgencias y Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garante que obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS, así como el numeral 7 del Reglamento

²¹ Página 7.

²² Resolución 70/1 de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

del IMSS, lo que incidió en la vulneración de su derecho humano a la protección de la salud y a la vida por las siguientes consideraciones:

C.1 VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN BRINDADA A V

45. A las 05:16 horas de 16 de enero de 2023, V ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS, donde fue atendida por PMR, Médico residente de 3er grado de Medicina Familiar adscrito a ese servicio, quien en la nota de valoración de urgencias asentó que V presentaba “... *dolor tipo cólico desde hace 3 días... con salida de tapón mucoso, movimientos fetales presentes...* “, encontrándola con signos vitales dentro de parámetros normales²³, “... *abdomen blando, con fondo uterino de 34 cm, dorso fetal derecho, longitudinal, cefálico, con frecuencia cardíaca fetal 137 lpm, tacto vaginal con cérvix posterior con 4-5 cm e dilatación, con borramiento 70%*”.

46. Con base en lo anterior, PMR estableció diagnóstico de gesta 1, embarazo de 39.5 semanas de gestación, con trabajo de parte en fase activa²⁴, indicando pasar al Servicio de Ginecología y Obstetricia de ese Hospital.

47. A las 05:44 horas del 16 de enero de 2023, V fue atendida por AR1 Médica general adscrita al Servicio de Urgencias del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, quien encontró a la paciente con signos vitales dentro de parámetros normales, “... *hidratada... tórax normolíneo con adecuada entrada y salida de aire... abdomen blando, con fondo uterino de 34 cm, dorso derecho, longitudinal, cefálico, con*

²³ Peso 56.90 kg; talla 143; fc 76 x min; fr 20 min; sat 94%; temp 36° c, tensión arterial 110/78 mmhg.

²⁴ Etapa del trabajo de parto en la que se presentan contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

frecuencia cardiaca fetal 145 lpm, tacto vaginal con cérvix posterior con 7 cm de dilatación, con borramiento 90%”.

48. AR1 integró diagnóstico de gesta 1, embarazo de 39.5 semanas de gestación y trabajo de parto²⁵ en fase activa. Indicó dieta líquida, valoración cada 30 minutos e ingresar al área de labor, manejo que, de acuerdo con la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, fue adecuado en apego a la *Guía del trabajo de parto de bajo riesgo*.

49. En la citada Opinión Médica se señaló que, de la revisión al *Formato de vigilancia y atención al parto (partograma)*²⁶, se observó que el monitoreo del horario de atención y a la frecuencia cardiaca fetal fue inconsistente, toda vez que conforme a la *Guía de trabajo de parto de bajo riesgo*, la cual recomienda auscultar intermitentemente la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto de mujeres sanas cada 15 a 30 minutos, durante un minuto inmediatamente después de la contracción, dicho procedimiento no se llevó a cabo de manera adecuada con V, toda vez que el registro del horario fue cada hora y de forma discontinua.

50. También se precisó de manera inicial, que no se realizó monitoreo de las características de las contracciones presentadas²⁷, hecho relevante para establecer, en caso necesario, un trabajo de parto prolongado, diferencias entre contracciones

²⁵ Es el proceso que inicia con la presencia de contracciones uterinas regulares y termina con la salida del recién nacido y la expulsión de la placenta; se divide en tres tiempos: dilatación, expulsión y alumbramiento. En la primera etapa, podemos encontrar dos fases, la primera llamada fase latente que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, con cierto grado de borramiento, con progresión lenta de una dilatación hasta 05 centímetros, y la fase activa, que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 05 centímetros hasta la dilatación total.

²⁶ Herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

²⁷ Frecuencia, duración e intensidad de la contractilidad uterina.

uterinas efectivas y no efectivas o, bien, indicar una conducción del trabajo de parto, conforme a la *NOM-Para la atención de la mujer y de la persona recién nacida*, la cual establece que “... *las contracciones uterinas deben ser monitorizadas cada 30 a 60 minutos*”; no obstante, durante la estancia de V en el área de labor, únicamente se valoró en dos momentos dichas características, manteniendo 4 contracciones uterinas en 10 minutos, es decir, contracciones uterinas normales; sin embargo, no causaron cambios cervicales favorables, advirtiéndose que el registro inadecuado no permitió identificar de manera oportuna la evolución desfavorable del trabajo de parto de la paciente, pues durante dicho tiempo no progresó de manera natural 1 centímetro por hora con avances en el borramiento y descenso del producto a planos inferiores de Hodge y contracciones uterinas efectivas, y, como consecuencia, no se dio el manejo oportuno.

51. En ese mismo tenor, del análisis a la *hoja de indicaciones médicas* emitida a las 8:00 horas del 16 de enero de 2023, elaborada por AR2, Médico no familiar adscrito al Servicio de Ginecología del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, se advirtió que esa persona servidora pública indicó “... *pasar 1000 cc de solución Hartmann con 10 UI de oxitocina a 10 gotas por minuto*...”, aunque después ordenó su suspensión, e instruyó la realizar estudio cardiotocográfico y toma de estudios de laboratorio²⁸, sin que existiera nota médica de valoración en la que se estableciera la causa de lo indicado y solicitado, lo cual fue inadecuado de conformidad con lo establecido en las *Recomendaciones de la OMS* y la *Guía del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, que mencionan que la inducto-conducción del trabajo de parto no se puede realizar de forma rutinaria, debiendo considerar inicialmente la valoración del cérvix a través del test de Bishop²⁹ para maduración cervical, situación que en este

²⁸ Biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación.

²⁹ Puntuación que valora el cuello uterino en el trabajo de parto y ayuda a predecir si será requerida inducción del parto; también utilizado para evaluar las probabilidades de parto prematuro espontáneo.

caso no se encuentra descrita en ninguna de las notas médicas, por lo que la conducción del trabajo de parto no estaba indicada al no tener las condiciones necesarias, además, tomando en cuenta que posteriormente fue suspendida, confirma una inadecuada valoración del trabajo de parto presentado por V.

52. Retomando el análisis del partograma, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se observó que al ingreso de V al área de toco-labor, a las 06:00 horas del 16 de enero de 2023, presentó *05 centímetros de dilatación y 60% de borramiento*, datos que no coinciden con la nota médica elaborada por AR1 a las 05:44 horas, en la que asentó que la paciente ya presentaba *90% de borramiento y 7 centímetros de dilatación*. Aunado a lo anterior, en el monitoreo que se le realizó cuatro horas después, se registró que V presentaba *8 centímetros de dilatación y un borramiento del 90%*, lo cual no coincide con lo indicado en la nota médica elaborada por AR2 a esa misma hora, quien consignó que la paciente presentaba *6 centímetros de dilatación y 60% de borramiento*, con membranas amnióticas³⁰ íntegras y prueba de Tarnier y valsaba negativas, observándose por lo tanto hasta ese momento inconsistencias en los datos clínicos correspondientes a cambios cervicales reportados en notas médicas y en el partograma, lo cual es indicativo de una mala valoración por parte de AR1, al señalar que se encontraba con un 90% de borramiento.

53. Es importante resaltar que, conforme a la *Guía del trabajo de parto de bajo riesgo*, la duración de la primera fase del trabajo de parto en pacientes primigestas es de aproximadamente entre 3.7 y 5.9 horas, mientras que posterior a presentar 05 centímetros de dilatación, es decir, la fase activa dura de 3.8 a 4.3 horas, con lo cual se puede establecer que referente al trabajo de parto de V, al encontrarse sin avance

³⁰ Capas de tejidos que rodean al embrión en desarrollo (saco vitelino, alantoides, amnios y corion), proporcionan protección y medio de transporte de nutrientes y residuos.

del mismo de las 05:16 a las 13:30 horas, última en la que se estableció la dilatación y borramiento completo, es decir, ocho horas después del inicio de la paciente en fase activa, esta situación debió repercutir en la decisión oportuna de conducción y resolución del embarazo.

54. El siguiente monitoreo de cambio cervicales, conforme a lo observado en el registro del partograma, se realizó a las 13:30 horas del 16 de enero de 2023, estableciéndose que V presentaba una dilatación de 10 centímetros y un borramiento de 90%, encontrando al producto en un primer plano de Hodge³¹, el cual se encontraba en planos pélvicos superiores, advirtiéndose que en un aproximado de tres horas y media el trabajo de parto únicamente evolucionó en un centímetro de dilatación, siendo considerado lo anterior detención o mala progresión del mismo hasta ese momento.

55. Posteriormente, a las 15:00 horas del 16 de enero de 2023, AR3, especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, valoró a V, estableciendo que presentaba signos vitales dentro de parámetros normales, con fondo uterino de 30 centímetros, feto en situación longitudinal, presentación cefálica con dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto, al tacto vaginal cérvix central de 09 centímetros de dilatación, 90% de borramiento, membranas abombadas, en primer plano, cursando con “... *trabajo de parto en fase activa con mala dinámica uterina... realizar RCTG y valorar conducción del trabajo de parto...*”; consecutivamente, a las 15:40 horas, en nota agregada, AR3 señaló “.. *se realiza amniorexis previa autorización de paciente y familiar para valorar características de líquido, se observó meconio, dilatación y borramiento completo, se*

³¹ Plano imaginario que marca la progresión del descenso del feto con el objetivo de ubicar su posición a nivel pélvico, iniciando el primer plano desde el borde superior de la sínfisis del pubis en la parte delantera hasta la unión de la quinta vértebra lumbar o la parte posterior del hueso sacro, descendiendo de tal forma que va colocando su cabeza hacia el canal vaginal conforme avanza el trabajo de parto.

indica iniciar conducción para resolución de embarazo..."; no obstante, en el registro del partograma se observó que a las 15:30 horas, el producto de la gestación presentó un descenso en la frecuencia cardíaca fetal y la amniorexis se llevó a cabo a las 16:10 horas, con salida de líquido meconial, por lo que AR3 decidió resolución del embarazo por la vía abdominal.

56. Agregado a lo anterior, el personal de enfermería confirmó salida de meconio a las 15:40 horas, refiriendo “... *Dra. Rompe membranas con meconio...*”, siendo posible observar nuevamente inconsistencia entre los datos asentados en las notas médicas de evolución y el registro de partograma, siendo esto relevante, toda vez que ante las características de meconio en el líquido amniótico y el descenso de la frecuencia cardíaca fetal, estaba indicado estudio tocográfico para vigilancia de bienestar fetal, el cual fue indicado por AR3 a las 15:00 horas sin que se registrase reporte del mismo, y la resolución vía cesárea en los primeros 30 minutos después de la salida de meconio con datos de sufrimiento fetal, conforme al *Lineamiento técnico cesárea segura*.

57. Dentro de las anotaciones hechas en el partograma y a la hoja de indicaciones médicas, AR3 indicó aplicación de 1000 cc de solución Hartmann con 10UI de oxitocina, pasar 10 gotas por minuto a dosis respuesta, antibiótico³² y procinético³³, así como preparar para cesárea y pasar a quirófano, agregando carta de consentimiento informado en los que se señalaron como riesgos más frecuentes “... *apertura incidental de órgano vecino, atonía uterina, hemorragia obstétrica, choque, histerectomía obstétrica, inclusive muerte*”.

58. En la siguiente valoración, realizada por AR3 una hora después de que se señaló salida de líquido meconial y datos de baja reserva fetal, estableció “... *a las 05:45*

³² Cefotaxima.

³³ Metoclopramida.

horas la paciente ingresó por trabajo de parto en fase activa, se condujo trabajo de parto y se suspendió en turno previo el oxitócico a las 08:00 horas, se recibió paciente a las 15:00 horas con dilatación de 9 cm y borramiento del 90%, se inició oxitocina nuevamente por falta de dinámica uterina, lográndose borramiento y dilatación completo, con descenso del recién nacido a cuarto plano, posterior a las 16:10 horas se realizó amniorexis con presencia de meconio...”.

59. Al respecto, en la Opinión Médica del caso se destacó que dentro del expediente clínico de V aportado por el IMSS a esta Comisión Nacional, no se tienen notas médicas, hojas de enfermería ni indicaciones médicas donde se haga mención sobre el inicio de la conducción del trabajo de parto a las 5:45 horas, por lo que no se puede confirmar el inicio del oxitócico; sin embargo, de ser el caso, la indicación no fue adecuada, toda vez que conforme a lo establecido en la *Guía del trabajo de parto de bajo riesgo* y en la *Guía del trabajo de parto en el segundo nivel de atención* no se recomienda el uso rutinario de oxitocina para abreviar el trabajo de parto, considerando que en dicho momento (05:45 horas) no se tenía el registro de las características de las contracciones uterinas que estaba manifestado la paciente en 10 minutos, ni había criterios para considerar una prolongación en el trabajo de parto, por lo que, como ya se señaló, el uso de oxitocina no estaba indicado en ese momento como inducto-conducción.

60. Ahora bien, la indicación de cesárea fue adecuada ante los datos de sufrimiento fetal³⁴; no obstante, el tiempo estimado de resolución fue inadecuado, ya que desde las 15:30 horas la frecuencia cardíaca fetal descendió a 118 latidos por minuto y siendo las 15:40 horas AR3 refirió salida de líquido meconial, hecho confirmado por el personal de enfermería; sin embargo, el procedimiento de cesárea se llevó a cabo a las 16:35 horas, según se asentó en la hoja de cuidados de enfermería en paciente

³⁴ Bradicardia fetal y salida de líquido meconial.

quirúrgico, es decir, casi una hora después del reporte de la salida de líquido meconial y baja reserva fetal.

61. Lo anterior, tiene relevancia toda vez que se ha documentado que el líquido amniótico contiene muchos factores de coagulación que ejercen actividades procoagulantes, anticoagulantes y fibrinolíticas, y que esta actividad se puede alterar en casos de líquido amniótico meconial, encontrando que las tasas de hemorragia postparto severa son significativamente más altas ante líquido amniótico meconial que con líquido amniótico claro³⁵, hecho que repercutió en el deterioro del estado físico de V y su posterior fallecimiento.

62. Consecutivamente, en la nota post quirúrgica elaborada por AR3 a las 17:56 horas del mismo 16 de enero, refirió que los signos vitales de la paciente se encontraban alterados a expensas de hipertensión y taquicardia, indicando que la cirugía realizada fue cesárea tipo Kerr y ligadura de arterias uterinas bilaterales, reportando como hallazgos “... *recién nacido vivo, femenino a las 17:14 horas, Apgar 3/9, Silverman 1, peso 2,650 gramos, talla 48 centímetros, placenta completa, líquido meconio escaso, cavidad hipertérmica, cordón trivascular, anexos macroscópicamente normales, sangrado total de 2000 CC...*”, cursando V, durante el evento quirúrgico, con atonía uterina por lo que ameritó uso de oxitocina³⁶ 10 UI a las 17:05 horas, gluconato de calcio³⁷ 1 gramo a las 17:40 horas, carbetocina³⁸ 100 mg a las 17:45 horas.

³⁵ Mora Palma José Carlos. *Evidencia actual sobre el líquido amniótico meconial*. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 22/11/18.

³⁶ Oxitocina. *Hormona que en el caso del útero estimula y mantiene la contracción del músculo liso del útero durante el parto y el alumbramiento (salida de la placenta), es decir, es la responsable de la existencia de contracciones.*

³⁷ Gluconato de calcio. *Participa en la coagulación de la sangre, contracción de los músculos y regulación del calibre de los vasos sanguíneos.*

³⁸ Carbetocina. *Análogo de la oxitocina de acción prolongada, produciendo contracciones rítmicas, aumento de las contracciones existentes y aumento del tono de la musculatura uterina.*

63. Seguidamente, en la misma nota AR3 asentó que corroboró el tono uterino siendo adecuado, tras ligadura de arterias uterinas. Se cierra pared abdominal con técnica habitual; sin embargo, se realiza tacto vaginal para verificar loquios y sangrado, con evidencia de sangrado activo de aproximadamente 2000 cc y presenta *atonía uterina*, por lo que se decide reintervención quirúrgica, informando a familiar condición y firmando consentimientos, lo cual fue acorde a la *Guía de tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia* y al *Lineamiento de manejo de la hemorragia obstétrica*, los cuales señalan de manera escalonada el control de la atonía uterina; no obstante, pese a las medidas aplicadas por el personal médico tratante, V persistió con hemorragia, por lo que de forma adecuada se decidió reintervenirla quirúrgicamente.

64. En este punto es importante señalar que la *atonía uterina* se presenta cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento³⁹, o que origina pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario. Dentro de los factores de riesgo se tienen el *trabajo de parto prolongado*, trabajo de parto precipitado, *uso inadecuado de oxitocina*, empleo inadecuado de útero inhibidores, antecedentes de hemorragia post parto, entre otros. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. En caso de continuar con hemorragia y corroborarse que la hemorragia es por atonía uterina, se debe realizar: administración de medicamentos uterotónicos⁴⁰, administración de soluciones parenterales, masaje bimanual uterino y canalizar otra vena para administrar soluciones cristaloides, coloides, sangre y hemoderivados. Ante mal respuesta a lo antes mencionados se procede a legrado uterino, desarterialización uterina, histerectomía⁴¹ total o subtotal y empaquetamiento, manejo que fue

³⁹ Período que transcurre desde que nace el producto de la gestación hasta que es expulsada la placenta, las membranas amnióticas y los restos de cordón umbilical.

⁴⁰ Oxitocina, ergonovina, carbetocina, misoprostol y gluconato de calcio.

⁴¹ Procedimiento quirúrgico empleado para la extracción del útero y cuello uterino.

proporcionado a V como se señaló en las notas médicas e indicaciones correspondientes.

65. Sobre este particular es preciso puntualizar que la literatura médica especializada refiere que la hemorragia obstétrica se define como la pérdida de sangre de 500 mililitros post parto y 1000 mililitros trans y post cesárea, en el término de 24 horas después del parto, y el choque hipovolémico grado IV es considerado ante una pérdida sanguínea mayor al 40% de la superficie corporal o mayor a 2000 mililitros, entidades que son consideradas de mal pronóstico y con alta mortalidad, pese al manejo intensivo con soluciones parenterales y transfusión de hemoderivados⁴².

66. Al respecto, es importante señalar que AR3 al detectar sangrado activo de 2000 mililitros posterior al cierre de la cavidad abdominal de V, brindó manejo escalonado a la misma, con el uso de medicamentos uterotónicos y ligaduras de arterias uterinas; que al persistir el sangrado activo, decidió adecuadamente la extracción quirúrgica del útero, 15 minutos después de la aplicación del último medicamento uterotónico, explicando a familiar los riesgos que conllevaba dicho procedimiento⁴³, quien firmó el consentimiento informado correspondiente. Lo anterior, acorde con la *Guía de tratamiento del choque hemorrágico* y el *Lineamiento de manejo de la hemorragia obstétrica*.

67. Aunado a lo anterior, el procedimiento efectuado incluyó la realización de actos transfusionales, encontrándose que a las 18:35 horas se transfundió el primer paquete globular, y la segunda transfusión de paquete globular se verificó a las 18:54 horas, buscando de forma adecuada disminuir la morbilidad materna con los

⁴² Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. ISBN 978 92 4 354850 0, OMS, 2014

⁴³ Apertura incidental de órgano, fístula a cualquier nivel, lesión de uréteres, anafilaxia a medicamentos, choque hipovolémico y muerte.

recursos disponibles en la unidad hospitalaria, en apego a la *Guía de tratamiento del choque hemorrágico*.

68. A las 19:30 horas del 16 de enero de 2023, AR3 en su nota post quirúrgica, refirió signos vitales de la paciente con *hipotensión* (90/20 mmHg), *taquicardia* (185 latidos por minuto), *taquipnea* (25 respiraciones por minuto), *hipotermia* (35° C), todos estos indicativos de choque, por lo que emitió los diagnósticos de *puerperio patológico*, *choque hipovolémico grado IV*, *parto complicado por atonía uterina y trabajo de parto prolongado*, refiriendo que la cirugía realizada fue una *histerectomía obstétrica con salpingooforectomía izquierda*, siendo descrito por la médico tratante en la técnica quirúrgica la presencia de *útero sin tono muscular y violáceo*, con histerorrafia⁴⁴ íntegra, se realizó técnica quirúrgica para extraer útero con ligadura y corte de ligamentos y arterias de la región, verificaron hemostasia encontrando sangrado en anexo izquierdo, es decir, ovario izquierdo, por lo que se decidió pinzar, ligarlo y cortarlo. Lo anterior, corresponde a las características macroscópicas de la *atonía uterina*.

69. En la citada nota post quirúrgica, AR3 también asentó que en área de recuperación V presentó primera *parada cardíaca* con nuevo ingreso a sala quirúrgica para monitorizar y realizar maniobras avanzadas de reanimación, obteniendo retorno venoso espontáneo, dejando dosis de mantenimiento de propofol⁴⁵ en bomba de infusión continua, por lo que solicitó 3 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas frescos congelados, así como referencia a Unidad de Cuidados Intensivos, egresando de quirófano bajo ventilación mecánica invasiva, agregando que, según registros anestésicos, *la paciente sangró aproximadamente*

⁴⁴ *Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.*

⁴⁵ *Anestésico de acción corta.*

un total de 3900 mililitros entre las dos intervenciones señaladas, lo que corrobora el diagnóstico de choque hipovolémico grado IV.

70. En la nota médica elaborada por PSP1 a las 23:00 horas del mismo 16 de enero, con motivo de la atención que otorgó a V, señaló que siendo las 21:06 horas aproximadamente, la paciente ingresó a hospitalización sin signos vitales, por lo cual se procedió a iniciar primer evento de RCP con el uso de 3 ámpulas de adrenalina y 5 ciclos de reanimación, con recuperación de circulación espontánea aproximadamente a las 21:22 horas, otorgando dosis de mantenimiento de Propofol en bomba de infusión continua con ajuste de noradrenalina y analgesia a base de buprenorfina.

71. Posteriormente, PSP1 realizó toma de gasometría arterial, la cual evidenció *hemoglobina de 5 mg/dL, pH 7.03, PCO2 227,, HCO3 8.7, lactato 13.4*, es decir, datos de anemia con acidosis metabólica severa no compensada con hiperlactatemia, por lo que se indicó transfusión urgente 2 paquetes de hemoderivados; sin embargo se le informó que *“...no se cuentan ya con unidades disponibles en esta unidad médica y se sugiere traslado urgente a Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto...”*, hecho acorde a la *Guía de tratamiento del choque hemorrágico* y al *Lineamiento de manejo de la hemorragia obstétrica*.

72. Posteriormente, la médico tratante indicó que aproximadamente a las 21:43 horas, V presentó ausencia de pulso, iniciando segundo evento de reanimación cardiopulmonar, otorgando 5 ciclos y 3 dosis de adrenalina, se inició dopamina a las 21:50 horas, con retorno a la circulación espontánea a las 21:53 horas, por lo cual se agrega dosis máxima de norepinefrina y dopamina con signos vitales de hipoperfusión, insistiendo a administrativos y directivos sobre la urgencia y necesidad de hemo transfusión.

73. A las 22:18 horas, V presentó tercer evento de parada cardíaca, realizando PSP1 8 ciclos de reanimación cardiopulmonar y aplicación de 6 ámpulas de adrenalina, siendo notificado en ese momento la llegada de un paquete globular, iniciándose su transfusión de forma inmediata; sin embargo, no se logró retorno de la circulación espontánea de la paciente, declarando hora de fallecimiento a las 22:38 horas.

74. El procedimiento que PSP1 realizó a V, se corrobora con lo asentado en la hoja de indicaciones médicas, en la hoja de cuidados de enfermería, en la hoja de registro de los actos transfusionales y en la descripción de los eventos por personal de enfermería del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, agregando trazo electrocardiográfico isoeléctrico con la hora de defunción declarada.

75. Las causas de muerte establecidas en el certificado de defunción fueron “... *Choque hipovolémico de 5 horas, parto complicado por atonía uterina de 2 horas y trabajo de parto prolongado de 3 horas...*”, siendo este último dato el que no es acorde al estudio realizado en este caso, pues la paciente ingresó al Servicio de Urgencias con trabajo de parto en fase activa a las 5:16 horas del 16 de enero del 2023 y hasta la resolución del embarazo, a las 16:35 horas de ese día, transcurrieron once horas y veinte minutos, tiempo en el que no se mostró evolución constante del trabajo de parto ni vigilancia adecuada al mismo, lo cual ocasionó deterioro del estado clínico de V.

76. En resumen, en la Opinión Médica del caso emitida por personal de este Organismo Nacional, se estableció que a las 5:16 horas del 16 de enero de 2023, V ingresó al Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, con inicio de trabajo de parto en fase activa; sin embargo, el control y vigilancia del progreso del trabajo de parto fue inadecuado por parte del personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias y de Ginecología y Obstetricia, quienes

no registraron de manera adecuada, en los documentos correspondientes (partograma y notas médicas), la evolución del mismo.

77. En razón de lo anterior, al no obrar constancia de la evolución de la paciente con la descripción de la progresión del trabajo de parto, evitó que se detectara oportunamente la mala dinámica uterina o detención del evento, situación que favoreció que V persistiera sin dilatación, borramiento ni descenso del producto hacia el canal vaginal en un período aproximado de 11 horas, sin tener un registro constante de la frecuencia cardíaca fetal ni pruebas de su bienestar.

78. Seguidamente, en la Opinión Médica se estableció que a las 15:40 horas de 16 de enero de 2023, AR3 observó dilatación y borramiento completo, y decidió realizar amniorexis evidenciando salida de meconio y bradicardia fetal, decidiendo terminar el embarazo por vía abdominal de manera urgente; no obstante, dicho procedimiento se realizó una hora después, obteniendo producto de la gestación femenino, vivo, con Apgar 3/9, peso de 2630 gramos y 48 centímetros de talla, quedando a cargo de personal del Servicio de Pediatría, cuyo nombre no fue referido.

79. No obstante, la persistencia del parto prolongado durante un período total, de las 5:16 a las 16:35 horas, fue de 11 horas y 20 minutos, lo que favoreció el desarrollo de atonía uterina, caracterizada por hemorragia obstétrica en cantidad aproximada de 3900 mililitros, situación crítica y grave con alto índice de mortalidad, manejada de manera inicial con medicamentos uterotónicos, sin remisión de la hemorragia, con posterior ligadura de arterias uterinas bilaterales, sin control del sangrado y que requirió manejo radical con histerectomía; sin embargo, la persistencia de la hemorragia condicionó estado de choque hipovolémico grado IV, de difícil manejo a pesar de tratamiento intensivo con cristaloides, aminos y transfusión de hemo derivados, lo que derivó directamente en el fallecimiento de la paciente.

80. Con base en lo anterior, en la Opinión Médica del caso se estableció que en la atención médica que otorgaron a V, AR1, AR2 y AR3, adscritos a los Servicios de Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS, incumplieron con lo dispuesto en los artículos 6⁴⁶, 32⁴⁷ y 33⁴⁸ de la LGS; 9⁴⁹ y 48⁵⁰ del Reglamento de la LGS; así como, 7⁵¹ y 112⁵² del Reglamento de prestaciones médicas del IMSS.

81. Los precitados médicos vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones al haber omitido la apropiada prestación del servicio que estaban obligados a proporcionar en cada una de sus intervenciones. Las irregularidades acreditadas evidencian el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, por no haberse apegado a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para evitar las conductas señaladas, que derivaron en la falta de acceso a la salud de V con la consecuente pérdida de la vida ante la falta de atención idónea y de calidad que estaban obligados a brindarle, ya que la persistencia del parto

⁴⁶ Artículo 6. *El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos: I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud...*

⁴⁷ Artículo 32. *Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.*

⁴⁸ Artículo 33. *Las actividades de atención médica son: I. Preventivas...; II. Curativas...; III. De rehabilitación..., y IV. Paliativas....*

⁴⁹ Artículo 9.- *La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.*

⁵⁰ Artículo 48.- *Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.*

⁵¹ Artículo 7. *Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores...*

⁵² Artículo 112. *El Instituto proporcionará los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a sus pacientes, utilizando insumos de calidad, contenidos en los cuadros básicos de insumos para la salud, relacionados con: I. Medicamentos; II. Auxiliares de Diagnóstico; III. Instrumental y Equipo Médico, y IV. Material de Curación. Así como los que se consideren en los cambios y adiciones a los cuadros básicos mencionados...*

prolongado que la paciente presentaba ameritaban de su inmediata intervención para limitar la progresión del mismo, la cual no ocurrió.

82. Para esta Comisión Nacional la debida diligencia con la que debieron actuar las personas servidoras públicas a cargo de brindar la atención médica a V, como lo refiere la jurisprudencia de la SCJN, al indicar que existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina.⁵³

83. La conducta de AR1, AR2 y AR3 vulneró los artículos 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 41/68 6.1., del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2., incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 4.1, de la CADH; 10, del Protocolo Adicional a la CADH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” que, en lo general, señalan que toda persona tiene derecho a la vida, el cual es inherente a la persona humana; los derechos de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, a la preservación de la salud y al bienestar; y que el derecho a la salud consiste en el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

D. DERECHO A LA VIDA

84. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29, de la Constitución Política y en las normas

⁵³ <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2002570>

internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.⁵⁴

85. La SCJN ha determinado que:

El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, ... no sólo prohíbe la privación de la vida ..., también exige que, a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho... En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por 42/68 parte del Estado ... cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias ... tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado ...⁵⁵

86. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

87. De igual forma, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la

⁵⁴ Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 1º, párrafo primero y 29, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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.

⁵⁵ Tesis P.LXI/2010, "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO", *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXIII, enero de 2011, pág. 24, registro digital 163169.*

Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos (médicos) para preservar la vida de sus pacientes.

88. En el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2 y AR3, contribuyeron en su conjunto, al deterioro en su estado de salud y posterior fallecimiento de la paciente, con base en lo siguiente:

D.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

89. En la Opinión Médica del caso, el personal especializado de esta Comisión Nacional advirtió el inadecuado control y vigilancia del progreso del trabajo de parto de V por parte de AR1 y AR2, durante las atenciones que se le otorgaron en el Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” a partir de las 5:44 horas de 16 de enero de 2023, momento en que se le detectó inicio trabajo de parto en fase activa, toda vez que no se efectuó registro de la evolución de la salud de la paciente con la descripción de la progresión del trabajo de parto que presentaba. Esa omisión fue determinante para que no se advirtiera oportunamente la mala dinámica uterina o detención del evento, situación que favoreció que V persistiera sin dilatación, borramiento ni descenso del producto hacia el canal vaginal en un período aproximado de 11 horas.

90. Aunado a lo anterior, y no obstante que al observar dilatación y borramiento completo AR3 determinó realizar amniorexis, ante la evidencia de salida de meconio y bradicardia fetal⁵⁶, decidiendo terminar el embarazo por vía abdominal de manera

⁵⁶ Se considera bradicardia fetal cuando la frecuencia cardíaca del feto se reduce a menos de 120 latidos por minuto durante un periodo de más de 15 minutos seguidos.

urgente, dicho procedimiento se realizó una hora después, situación contraria a lo dispuesto en el *Lineamiento técnico cesárea segura*, que instruye realizarlo en los primeros 30 minutos posteriores a la identificación de la salida de líquido meconial y del descenso en la frecuencia cardíaca del producto de la gestación.

91. Por lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3, vulneraron en agravio de V, sus derechos humanos a la protección de la salud y a la vida previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 4°, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III; 32, 33, fracciones I y II, y 51, párrafo primero, de la LGS; así como, 9 y 48 del Reglamento de la LGS que, en términos generales, señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe proporcionar el tratamiento oportuno a fin de preservarla, situación que los servidores públicos mencionados omitieron en sus respectivas intervenciones.

D.2. AFECTACIÓN AL PROYECTO DE VIDA

92. El proyecto de vida ha sido considerado por la CrIDH, como “(...) *la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse, razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas. El proyecto de vida se expresa en las expectativas de desarrollo personal, profesional y familiar, posibles en condiciones normales (...)*”⁵⁷

93. La CrIDH se ha referido al daño en el proyecto de vida como aquella “*pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o*

⁵⁷ Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), “Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina.”, párrafos 308.

*muy difícilmente reparable*⁵⁸. También ha señalado que dicho daño se deriva de las limitaciones sufridas por una persona para relacionarse y gozar de su entorno personal, familiar o social, por lesiones graves de tipo físico, mental, psicológico o emocional⁵⁹.

94. Ha precisado que la reparación integral del daño al “proyecto de vida” generalmente requiere medidas reparatorias que vayan más allá de una mera indemnización monetaria, consistentes en medidas de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición,⁶⁰ con una perspectiva especial que tome en consideración los factores interseccionales que coloquen a la víctima en una situación de vulnerabilidad diferenciada. En algunos casos recientes la Corte ha valorado este tipo de daño y lo ha reparado. De igual forma ha observado que algunas Altas Cortes Nacionales reconocen daños relativamente similares asociados a la “vida de relación” u otros conceptos análogos o complementarios.⁶¹

D.2.1. VULNERACIÓN AL PROYECTO DE VIDA QVI Y VI2

95. En el presente caso las omisiones en que incurrieron AR1, AR2 y AR3, al no brindar a V una atención médica adecuada, toda vez que no se efectuó registro de la evolución de la salud de la paciente con la descripción de la progresión del trabajo de parto que presentaba, situación que fue determinante para que no se advirtiera oportunamente la mala dinámica uterina o detención del evento, favoreció que V persistiera sin dilatación, borramiento ni descenso del producto hacia el canal vaginal en un período aproximado de 11 horas, lo que repercutió en el deterioro del estado de salud de V lo que posteriormente provocó su fallecimiento, con lo que se alteró en

⁵⁸ Ídem. párrafos 308.

⁵⁹ Caso Furlan y Familiares Vs Argentina. (Excepciones Preliminares), Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 285.

⁶⁰ Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260.

⁶¹ Ídem.

forma grave el proyecto de vida de QVI y VI2, ocasionando cambios en la actividad familiar y social de QVI y en el desarrollo de VI1; así como, en el ejercicio de otros derechos humanos, puesto que el embarazo de V generó un proyecto de vida familiar, existiendo en QVI sentimientos de emoción y expectativas de vida junto a V por ver nacer y contribuir al crecimiento físico y desarrollo personal de VI1 hasta llegar a su edad adulta, lo que se vio truncado con el fallecimiento de V ocasionando cambios en la actividad familiar y social de QVI y VI2; así como en el ejercicio de otros derechos humanos, puesto que el embarazo de V generó un proyecto de vida familiar, existiendo en QVI sentimientos de emoción y expectativas de vida junto a V por ver nacer y contribuir al crecimiento físico y desarrollo personal de VI1 hasta llegar a su edad adulta, lo que se vio truncado con el fallecimiento de V.

96. Al respecto, QVI manifestó que durante los tres primeros meses después de ocurrido el deceso de V, tuvo que dejar de trabajar para hacerse cargo de VI1 quien, debido al mal seguimiento del embarazo de V por el personal del IMSS, presentó afectaciones en su salud derivado del “meconio” que aspiró cuando aún se encontraba en el vientre materno. Aunque a la fecha presente no presenta secuelas relacionadas con los hechos de su alumbramiento, VI1 frecuentemente se enferma, situación que, según le ha informado el personal médico que la ha atendido, se debe a que careció de los nutrientes que la “leche materna” pudo aportarle.

97. Precisó que durante esa etapa su núcleo familiar más cercano lo apoyó en el cuidado y atención de VI1; no obstante, y una vez que reanudó sus actividades como comerciante, a las cuales dedica 5 o 6 días a la semana, VI2 es quien cuida de VI1, quien resintió afectaciones en su proyecto de vida, lo cual será tomado en consideración en las medidas de reparación de esta Recomendación.

98. La afectación a su proyecto de vida tiene relación con el impacto que los hechos violatorios descritos sobre V tienen en la realización integral de QVI y VI2, y como los

mismos influirán necesariamente de forma permanente en sus decisiones personales e incluso laborales que, con motivo de sus potencialidades y aspiraciones, les obstaculicen fijar y acceder razonablemente a sus expectativas; impacto que se ve reflejado por otro tipo de factores interseccionales, como el sexo, la condición económica, el nivel de educación, el estado civil, entre otros.

99. Por las anteriores consideraciones, esta CNDH ha acreditado la vulneración al proyecto de vida de QVI y VI2 en los términos descritos, no sólo serán tomados en consideración por esta Comisión Nacional para la determinación de las medidas de reparación integral a que haya lugar, sino que deberán ser consideradas por la CEAV en el dictamen que, con motivo de esta Recomendación, realice su Comité Interdisciplinario.

D.3. PERSONAS MÉDICO RESIDENTES

100. En la Recomendación General 15, la CNDH destacó que:

(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...).

101. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que PMR, quien a las 5:16 horas del 16 de enero de 2023 atendió a V en el Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, momento en que se le detectó inicio de trabajo de parto en fase activa, junto con AR1 y AR2 no efectuaron registro de la evolución de la salud de la paciente con la descripción de la progresión del trabajo de parto que presentaba, omisión que fue determinante para que no se advirtiera oportunamente la mala dinámica uterina o detención del evento, situación que favoreció que V persistiera sin dilatación,

borramiento ni descenso del producto hacia el canal vaginal en un período aproximado de 11 horas.

102. Por tanto, deberá investigarse a las personas servidoras públicas a cargo de PMR para que se deslinde su responsabilidad al haber incumplido los puntos 8.3.2⁶², 9.1⁶³ y 9.3⁶⁴, de la NOM-Para las residencias médicas.

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

103. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a la información, determina que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, 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.”⁶⁵

104. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional 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 éstos se supedita la debida integración del

⁶² **8.3.2.** Programar, coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo.

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

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

⁶⁵ *Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), párrafo quinto.*

expediente clínico”; en tanto, la CrIDH indicó que un “expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.⁶⁶

105. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste:

... es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, ... integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar ... las ... intervenciones del personal del área de salud, el estado de salud del paciente; ... datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo. ⁶⁷

106. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, 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 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 y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina

⁶⁶ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

⁶⁷ Introducción, párrafo 2.

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 su estado de salud.⁶⁸

107. Del análisis al expediente clínico de V, la especialista en medicina de esta Comisión Nacional destacó que el personal médico adscrito a los Servicios de Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” del IMSS en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas incurrieron en inobservancia a las NOM-Del Expediente Clínico, en su numeral 5.10⁶⁹, al haber advertido que en el citado expediente AR1 no asentó su nombre y número de cédula en la nota médica que elaboró con motivo de la atención que otorgó a V. Asimismo, se advirtió que en la hoja de indicaciones médicas integrada al expediente clínico de la paciente AR2 indicó *“pasar 1000 cc de solución Hartmann con 10 UI de oxitocina a 10 gotas por minuto”*, la cual presentó nota agregada *“suspender”*, indicación que no consigna hora ni firma del médico que la realizó.

108. Aunado a lo anterior, de las constancias del expediente se advirtió que AR1 realizó una mala valoración de la evolución del trabajo de parto, situación que se advierte al haber consignado datos erróneos en el formato de vigilancia y atención del parto (partograma), situación que, además de contribuir al mal manejo de la paciente, comprometió la veracidad del expediente clínico que se le integró. AR2 también incurrió en dicha irregularidad al indicar que se aplicara *“1000 cc de solución Hartman con 10 UI de oxitocina...”* a la paciente sin que obrara nota médica de valoración en la que se estableciera la causa de ello.

⁶⁸ CNDH, párrafo 34.

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

109. Por otra parte, este Organismo Nacional advirtió que en el expediente clínico no se tienen notas médicas, hojas de enfermería ni indicaciones médicas donde se haga mención sobre el inicio de la conducción del trabajo de parto de V a partir de las 5:45 horas, tal y como lo asentó AR3 en la nota prequirúrgica que realizó a las 16:35 horas del 16 de enero de 2023.

F. RESPONSABILIDAD

F.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

110. La Comisión Nacional considera que las conductas en agravio de V, atribuidas a AR1, AR2 y AR3 deberán ser investigadas y determinadas por la autoridad que corresponda.

111. Al respecto, las omisiones en que incurrieron AR1 y AR2 con motivo de las atenciones que se le otorgaron en el Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” a partir de las 5:44 horas del 16 de enero de 2023, momento en que se le detectó inicio de trabajo de parto en fase activa, toda vez que no se efectuó registro de la evolución de la paciente con la descripción de la progresión del trabajo de parto que presentaba, omisión que fue determinante para que no se advirtiera oportunamente la mala dinámica uterina o detención del evento, situación que favoreció que V persistiera sin dilatación, borramiento ni descenso del producto hacia el canal vaginal en un período aproximado de 11 horas.

112. Por su parte, AR3 no interrumpió de manera inmediata, a través de operación cesárea, el embarazo de V no obstante haber detectado salida de meconio y bradicardia fetal, tras la amniorexis que le realizó, dejando de observar lo dispuesto en el *Lineamiento técnico cesárea segura*, que instruye realizar dicho procedimiento

en los primeros 30 minutos posteriores a la identificación de la salida de líquido meconial y del descenso en la frecuencia cardiaca del producto de la gestación.

113. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por el artículo 7, fracciones I, V y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de una persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes contribuyen a su mejoramiento, lo cual no aconteció.

114. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo, 73, párrafo segundo, y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y con base en las evidencias descritas en el cuerpo de la presente Recomendación, este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, dará vista administrativa de la presente Recomendación al Órgano Interno de Control Específico en el IMSS, a efecto de que la autoridad administrativa inicie el procedimiento administrativo correspondiente para que, en el momento procesal oportuno, determine las responsabilidades en que incurrieron AR1, AR2 y AR3 con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas por esta Comisión Nacional.

F. 2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

115. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º 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, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

116. Las cuatro obligaciones 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.

117. 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.

118. Esta Comisión Nacional considera que el IMSS incurrió en responsabilidad institucional, al no vigilarse adecuadamente que su personal cumpliera con las obligaciones y el deber de cuidado, respecto de los actos y omisiones que generaron afectaciones en contra de V, toda vez que AR1 y AR2 no realizaron un adecuado seguimiento a su trabajo de parto, mientras que AR3 no realizó de manera inmediata la cesárea que la paciente requería, dentro de los 30 minutos posteriores a que le detectó salida de líquido meconial y bradicardia fetal. Se advirtió que el 16 de enero de 2023, el Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” no contaba con paquetes globulares

suficientes para ser transfundidos a V, lo que hubiera favorecido su atención en la situación crítica en que se encontraba. Por la falta de dirección, asesoría y supervisión a PMR durante el desarrollo de sus actividades en la atención que otorgó a V; así como, por la no adecuada vigilancia en la integración del expediente clínico que se integró a la paciente.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

119. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

120. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III, y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), además fracciones VII y IX del artículo 74, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a

la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información de V, por lo que se deberá inscribir a QVI en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que QVI tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

121. Siéndole aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, en su conjunto consideran que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

122. Al respecto, la CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos “modos específicos” de reparar que “varían según la lesión producida”.⁷⁰ En este sentido, dispone que “las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”.⁷¹

⁷⁰ Caso *Garide y Gaigoria vs. Argentina*, Sentencia de 27 de agosto de 1998, *Reparaciones y Costas*, párr. 41.

⁷¹ “Caso *Carpio Nicolle y otras vs. Guatemala*”, Sentencia de 22 de noviembre de 2004, *Fondo, Reparaciones y Costas*, párr. 69.

a) Medidas de Rehabilitación

123. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices –instrumento antes referido–, la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica; así como servicios jurídicos y sociales”

124. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a QVI la atención psicológica y tanatológica que requiera, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, debido al fallecimiento de V, la cual deberá, otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad, su condición de salud física y emocional, así como sus especificidades de género.

125. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

126. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27, fracción III 64, 65 y 88 Bis de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado,

sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.⁷²

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

128. Para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero el IMSS deberá colaborar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a V, VI1, VI2 y QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, acompañados de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos, descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1 y QVI, por el daño que se les causó V, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberá remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento.

⁷² 18 “Caso Bulacio Vs, Argentina”, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 90.

c) Medidas de Satisfacción

129. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

130. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Hospital Rural “San Felipe Ecatepec” colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la vista administrativa que esta CNDH presente en el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3; a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas; por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

131. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención; para lo cual, el Estado deberá adoptar todas las medidas legales y administrativas, y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

132. Al respecto, es necesario que las autoridades de ese Instituto, impartan en el

plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido al personal médico del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, de manera específica a las personas servidoras públicas adscritas a los Servicios de Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia, y en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de seguir activos, sobre las siguientes temáticas: 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) *Sobre el Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, NOM-Para la atención de la mujer y de la persona recién nacida, NOM-Del expediente clínico, Recomendaciones de la OMS, Guía del trabajo de parto de bajo riesgo, Guía del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, Guía de tratamiento del choque hemorrágico, Lineamiento técnico cesárea segura y Lineamiento de manejo de la hemorragia obstétrica*; para ello, se deberán tomar en cuenta los criterios nacionales e internacionales en la materia, a fin de que no sigan ocurriendo violaciones a los derechos humanos como las sufridas por Q; 3) Sobre derechos humanos, en particular sobre los derechos humanos a la salud y al acceso a la información en materia de salud, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, 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 y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Lo anterior, en cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

133. Por otro lado, en un plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, de manera específica de los Servicios de

Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia, y en particular a AR1, AR2 y AR3 en caso de seguir activos, así como al personal que estuvo presente los días y horas de los hechos, que contenga los siguientes aspectos: 1) las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar la no repetición de hechos similares al que nos ocupa, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y, 2) en la que se exhorte a los médicos de la especialidad de los Servicios de Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia de dicho nosocomio, a someterse a procesos de certificación y recertificación ante el Consejo de la Especialidad Médica, para brindar un servicio médico adecuado y profesional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió. Lo anterior, para tener por atendido el punto recomendatorio quinto.

134. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en 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.

135. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula a usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, VI1, VI2 y QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI2 y QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue a QVI la atención psicológica y tanatológica que requiera, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá, otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad, su condición de salud física y emocional, así como sus especificidades de género. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore puntualmente en la integración de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2 y AR3, ante el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS, y el seguimiento de la misma, por las acciones y omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, a fin de que inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. En un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se imparta un curso integral de capacitación dirigido al personal del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, de manera específica a los servidores públicos adscritos a los Servicios de Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia, y en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de seguir activos, sobre las siguientes temáticas: 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) *Sobre el Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, NOM-Para la atención de la mujer y de la persona recién nacida, NOM-Del expediente clínico, Recomendaciones de la OMS, Guía del trabajo de parto de bajo riesgo, Guía del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, Guía de tratamiento del choque hemorrágico, Lineamiento técnico cesárea segura y Lineamiento de manejo de la hemorragia obstétrica*; para ello, se deberán tomar en cuenta los criterios nacionales e internacionales en la materia, a fin de que no sigan ocurriendo violaciones a los derechos humanos como las sufridas por V; 3) Sobre derechos humanos, en particular sobre los derechos humanos a la salud y al acceso a la información en materia de salud, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, 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 y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Rural “San Felipe Ecatepec”, de manera específica de los Servicios de Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia, y en particular a AR1, AR2 y AR3 en caso de seguir activos, así como al personal que estuvo presente los días y horas de los hechos, que contenga los siguientes aspectos: 1) las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar la no repetición de hechos similares al que nos ocupa, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y, 2) en la que se exhorte a los médicos de la especialidad de los Servicios de Urgencias Adultos y Ginecología y Obstetricia de dicho nosocomio, a someterse a procesos de certificación y recertificación ante el Consejo de la Especialidad Médica, para brindar un servicio médico adecuado y profesional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Se designe 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.

136. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública

y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del 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.

137. 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 plazo de quince días hábiles siguientes a su notificación.

138. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

139. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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

BVH