

RECOMENDACIÓN NO.

300 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIDA EN AGRAVIO DE V; A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V Y VI; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE VI Y QVI, POR PERSONAL MÉDICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 6, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSÍ.

Ciudad de México, a 15 de diciembre 2023

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

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1° párrafos, primero, segundo y tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3° párrafo primero, 6° fracciones I, II y III, 15 fracción VII, 24 fracciones I, II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 88, 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2020/4498/Q**, sobre la atención médica brindada a V y VI, en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 y en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Valles, San Luis Potosí.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6° apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 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 último párrafo, así como 117 párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves 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 las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Quejosa/ Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí	CEDH-SLP/ Organismo Estatal
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Organismo Autónomo/Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General de la República	FGR
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6 del IMSS en Ciudad Valles, San Luis Potosí	HGZ-MF No.6-IMSS
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Medicina Familiar No. 3 del IMSS en Ciudad Valles, San Luis Potosí	UMF No. 3 IMSS

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Unidos Mexicanos	CPEUM
Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08, De Control Prenatal con atención centrada en la paciente	Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08
Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11, de Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino	Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	NOM-025-SSA3-2013

5. Antes de entrar al análisis y estudio de las violaciones a derechos humanos del expediente de queja **CNDH/PRESI/2020/4498/Q**, esta Comisión Nacional estima conveniente precisar que, si bien los hechos atribuibles al personal del IMSS ocurrieron el 7 de julio de 2016, los actos violatorios de derechos humanos consisten en actos contra la vida en agravio de V, protección a la salud y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V y VI, y acceso a la información en materia de salud en agravio de VI y QVI, éste último versa sobre una transgresión de carácter sistemático y continuo, ya que personal del IMSS no fue claro en informar la causa de la muerte de V, proporcionando información hasta el año 2020.

I. HECHOS

6. El 11 de mayo de 2020, QVI presentó queja ante la CEDH-SLP la cual se remitió a este Organismo Nacional por razón de competencia, en dónde manifestó que el 7 de julio de 2016 a las 23:13 horas, su esposa VI dio a luz a su hijo V en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, ocasión en que le comentaron que V estaba sano y había nacido bien.

7. Posteriormente, el personal médico y de enfermería del HGZ-MF No. 6 -IMSS, les señaló a VI y QVI que no podían ver a V sin que les explicaran el porqué de la negativa, situación que persistió durante dos días hasta que les indicaron que V

estaba muy grave, intubado¹, le habían dado tres o cuatro infartos²; y que había fallecido el 10 de julio de 2016.

8. QVI señaló que, VI le indicó cuando ella estaba en cama en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, recuperándose un médico de pediatra le refirió que, los datos contenidos en la pulsera que portaba no correspondían con los datos del recién nacido que falleció en cuanto al peso y estatura; por lo cual, tienen incertidumbre sobre el cuerpo del niño que les fue entregado sea su hijo, pues durante ese mismo momento del alumbramiento de V, otra persona también dio a luz a un varón; por lo anterior, QVI y VI han estado investigando al respecto; además QVI, agregó (sin acreditarlo) que el personal médico y de enfermería del HGZ-MF No. 6 -IMSS, que atendió el parto renunció después de los hechos materia de esta Recomendación, permaneciendo únicamente la recepcionista.

9. Agregó QVI que, en mayo de 2020, última vez que se le citó a él y a VI en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, personal de dicho nosocomio les entregó el oficio 2505012151/13/2020 de 20 de febrero de 2020, donde se les informó sobre el procedimiento de entrega de cadáveres; sin embargo, en dicho documento no se disiparon las dudas en el sentido de que el cuerpo entregado fuera el de V.

10. Con motivo de los hechos citados, se inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2020/4498/Q**, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos, esta Comisión Nacional solicitó información al IMSS, entre ella copia del expediente clínico de VI y V; además, se realizó una Opinión Médica por este Organismo Nacional, respecto del expediente de queja integrado, cuya valoración

¹ Procedimiento médico por el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz.

² Es un síndrome coronario agudo. Se caracteriza por la aparición brusca de un cuadro de sufrimiento isquémico (falta de riego) a una parte del músculo del corazón producido por la obstrucción aguda y total de una de las arterias coronarias que lo alimentan.

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

II. EVIDENCIAS

11. Oficio 2VOF-0074/20, de 11 de mayo de 2020, signado por la Segunda Visitadora General del Organismo Estatal, en el cual adjuntó:

11.1. Acta circunstanciada de 11 de mayo de 2020, levantada por personal de la CEDH-SLP, por la cual se recabó la queja de QVI.

11.2. Oficio número 2505012151/13/2020, de 20 de febrero de 2020, suscrito por PSP2, en donde se informa sobre la entrega del cuerpo de V.

11.3. Acta de nacimiento de V expedida por la Oficialía 1 del Registro Civil en Ciudad Valles, San Luis Potosí.

11.4. Acta de defunción de V expedida por la Oficialía 1 del Registro Civil en Ciudad Valles, San Luis Potosí, en la cual se indicó que falleció el 10 de julio de 2016 a las 20:50 horas, por causas de: “cardiopatía congénita (3 días)”.

11. 5. Certificado de defunción de V, en la cual se indicó que falleció el 10 de julio de 2016 a las 20:50 horas, por causas de: “[...] cardiopatía congénita prematuridad 3 días”.

12. Acta circunstanciada de 14 de mayo de 2020, elaborada por personal de este Organismo Nacional, por la cual QVI reiteró su solicitud de investigación en torno a los hechos materia de esta recomendación.

13. Correo electrónico de 11 de agosto de 2020, enviado por personal del IMSS al cual adjuntó la siguiente información:

13.1. Tarjeta informativa de 31 de julio de 2020, número de referencia 250103200200/HGZ-D 139/2020, signada por PSP1, donde rindió informe con relación a los motivos de la queja y respecto del personal que brindo atención médica a V y VI.

13.2. Tarjeta informativa de 31 de julio de 2020, emitida por AR10, Jefe del área de Pediatría en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, donde indicó la evolución médica de V desde su nacimiento hasta su fallecimiento.

13.3. Escrito de 7 de julio de 2016, de VI donde indicó irregularidad en cuanto a los datos de V descritos en su pulsera y los manifestados por personal médico del HGZ-MF No. 6 -IMSS.

13.4. Historia clínica pediátrica de V de 8 de julio de 2016, en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, sin constar dato de quien la elaboró.

13.5. Nota de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico del consultorio 9 de la UMF No. 3 IMSS, sin constar dato de quien la elaboró.

13.6. Nota médica de 25 de enero de 2016, signada por AR1 personal médico adscrito a la UMF-3 del IMSS, con diagnóstico de VI “hiperamesis gravídica leve”³ (sic).

³ Hiperémesis gravídica leve. Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo.

13.7. Solicitud de servicios dentro de la UMF No. 3 IMSS, de 6 de julio de 2016, signada por AR3 personal médico adscrito a la UMF-3 del IMSS, dónde refirió a VI a Trabajo Social.

13.8. Nota médica de 6 de julio de 2016, signada por AR3 quien diagnóstico a VI con oligohidramnios⁴ primera vez.

13.9. Nota de atención médica de las 19:00 horas, de 6 de julio de 2016, signada por PSP6;

13.10. Resultado de ultrasonido obstétrico⁵ de 7 de julio de 2016, en el HGZ-MF No. 6 -IMSS.

13.11. Nota de atención médica de las 16:59 horas, de 7 de julio de 2016, en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, suscrita por AR6 adscrita al HGZ-MF No. 6-IMSS;

13.12. Nota de atención médica nocturna de las 20:30 horas de 7 de julio de 2016, en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, signada por AR7 personal médico de Ginecología, donde indicó que VI estaba programada para cesárea en turno previo.

13.13. Resumen clínico de VI emitido por PSP3;

13.14. Hoja del recién nacido de V, signada por AR8, donde se indicó a V que a los 5 y 10 minutos de su nacimiento con quejido respiratorio.

⁴ Es un volumen de líquido amniótico menor que el esperado para la edad gestacional.

⁵ Es un procedimiento médico usado para determinar la presencia de embarazo y conocer las condiciones del embrión o feto, así como de la placenta, útero, cuello del útero y líquido.

13.15. Nota de atención médica de 8 de julio de 2016, a las 01:35 horas, signada por AR10 donde manifestó las indicaciones generales a VI.

13.16. Resumen clínico de 8 de julio de 2016, a las 14:05 horas suscrito por AR10, donde indicó que estaba en la espera de resultados de laboratorio de V.

13.17. Nota médica de 9 de julio de 2016, a las 08:55 horas, que contiene el resumen clínico de V suscrita por facultativo de nombre ilegible.

13.18. Nota de defunción de V a las 20:50 horas, de 10 de julio de 2016, suscrita por facultativo de nombre ilegible.

14. Correo electrónico de 27 de octubre de 2020, mediante el cual personal del IMSS, indicó que sobre el motivo de queja dio vista al Titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en ese Instituto.

15. Informe rendido por PSP8 de 31 de enero de 2022, en la cual indicó que el 1 de octubre de 2020, VI y QVI presentaron denuncia por los hechos motivo de queja, por lo cual se inició la CDI en la cual constan diversas diligencias, manifestando que la indagatoria se encuentra en trámite y se encontraban pendientes la declaración de diversos servidores públicos del HGZ-MF No. 6 -IMSS, así como el desahogo de pericial en Genética Forense, Antropología Forense, Criminalística y de audio y video, para realizar exhumación e inhumación de V.

16. Acta circunstanciada de 27 de junio de 2022, por la cual personal de este Organismo Nacional adjuntó correo electrónico de 27 de junio 2022, por el cual servidores públicos del IMSS adjuntó en archivo digital, el Acuerdo de 25 de abril de 2022, emitido por el Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al

Derechohabiente del IMSS, en torno a la QM queja médica instaurada por los presentes hechos, la cual fue resuelta en sentido improcedente desde el punto de vista médico e indicó que con relación a la solicitud de incógnita sobre la entrega del cuerpo de V, mencionó que la entrega del cuerpo se realizó con base a la Normativa y Reglamento en el Manejo y Entrega de Cadáveres, así como con los datos del certificado de nacimiento y defunción foliados por la Secretaría de Salud, con los datos del recién nacido y los datos de VI.

17. Opinión médica de 12 de octubre de 2022, emitida por personal de este Organismo Nacional, en la cual se concluyó la atención médica brindada del 5 de enero al 6 de julio de 2016 a VI en la UMF No. 3 IMSS fue inadecuada; así como, la atención médica brindada a V y VI en el HGZ-MF No. 6 -IMSS fue inadecuada.

18. Oficio 00641/30.102/2946/2022, de 06 de diciembre de 2022, emitido por PSP5, en el cual señaló que el expediente EA-OIC-IMSS por los presentes hechos, fue concluido el 8 de diciembre de 2020 por haberse extinguido la facultad de la acción para investigar y consecuente para imponer la sanción respectiva, en virtud de haber operado la prescripción sin que existiera evidencia de su interrupción.

19. Acta circunstanciada de 02 de enero de 2023, por la cual personal de este Organismo Nacional adjuntó correo electrónico de 23 de diciembre de 2022, enviado por PSP9 al que adjuntó, el oficio CV-EIL-CI-C1-848/2022, de 23 de diciembre de 2022, mediante el cual rindió informe en torno a la CDI de la que se advirtió que aún se continuaba en investigación.

20. Acta circunstanciada de 23 de febrero de 2023, por la cual personal de este Organismo Nacional, llevó a cabo consulta de la CDI en la FGR en Ciudad Valles, S. L. P., en la cual se constataron diversas diligencias y que aún la CDI está en etapa de investigación.

21. Acta circunstanciada de 13 de abril de 2023, por la cual PSP9 informó que la nueva audiencia para solicitar la técnica de exhumación fue diferida para el 21 de abril de 2023 a las 11:30 horas.

22. Acta circunstanciada de 11 de mayo de 2023, por la cual PSP9 hizo del conocimiento de este Organismo Nacional, que ese día se realizó la diligencia de exhumación, encontrándose en espera del dictamen de genética.

23. Acta circunstanciada de 25 de septiembre de 2023, por la cual personal de este Organismo Nacional, hizo constar diligencia realizada en las instalaciones de la FGR, a efecto de realizar inspección del Dictamen de Genética Forense de 8 de agosto de 2023, emitido por PSP10 en torno a las muestras óseas recabadas durante la diligencia de exhumación, en la cual concluyó que no fue posible realizar confronta con respecto a los perfiles genéticos de QVI y VI padres de V, para establecer relación de parentesco biológico entre ellos.

24. Acta circunstanciada de 11 de octubre de 2023, por el cual personal de este Organismo Nacional, se allegó de información en torno al estatus laboral de las personas servidoras publicas responsables de las cuales se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR7 y AR10, se encuentran en activo en el servicio público de ese Instituto, así como AR6 y AR8 fueron dadas de baja por rescisión laboral y AR11 se encuentra ya jubilado.

25. Acta circunstanciada de 11 de octubre de 2023, por lo cual se hace constar que, de acuerdo a lo informado por PSP4 del área jurídica del IMSS a la FGR el 12 de abril de 2021 AR9 se encuentra jubilado; motivo por el cual se omitirá la mención de AR6, AR8, AR9 y AR11, en las medidas de no repetición.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

26. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento que el caso de V se está investigando en la FGR donde se integra la CDI por la probable comisión del delito de homicidio en relación con la sustitución de niño, con responsabilidad profesional, de cuya investigación se advirtió el resultado del dictamen de genética forense de 8 de agosto de 2023 en el que se señaló que de los 6 marcados genéticos obtenidos a partir de los indicios óseos recabados durante la diligencia de exhumación, no fue posible realizar confronta con respecto a VI y QVI para establecer relación de parentesco biológico entre ellos.

27. Este Organismo Nacional, tuvo conocimiento que el Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, emitió acuerdo de improcedencia desde el punto de vista médico en torno a la QM Queja Médica instaurada por los hechos materia de esta recomendación, misma que no fue recurrida por QVI y VI; de igual forma, se cuenta con evidencia de denuncia ante el Órgano Interno de Control del IMSS, el cual instauró el expediente EA-OIC-IMSS que fue concluido y archivado el 8 de diciembre de 2020, al señalar que la acción prescribió por la temporalidad entre el acontecimiento de los hechos y la vista a esa área.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

28. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2020/4498/Q** del índice de esta Comisión Nacional, 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 de las víctimas, con perspectiva de género, a la luz de los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por

esta Comisión Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la vida en agravio de V, a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de VI; así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de VI y QVI.

29. Por lo anterior, se precisa que nos abocaremos en lo que respecta únicamente a las violaciones a derechos humanos ya que este Organismo Nacional no es competente para investigar conductas típicas, esta deberá ser resuelta por la FGR en la CDI en curso.

30. Es preciso señalar que esta Comisión Nacional ha señalado que se debe investigar, procesar y, en su caso, sancionar a aquellas personas que cometan faltas y delitos. Cualquier persona que cometa conductas delictivas debe ser sujeta a proceso, a fin de que sus actos sean investigados y, de ser el caso, sancionados, pero siempre en el marco del derecho y del respeto a los derechos humanos.

31. En ese contexto, esta Comisión Nacional considera que la investigación de los delitos es totalmente compatible con el respeto de los derechos humanos, por lo que las instituciones que participan en tareas de seguridad pública, al actuar con profesionalismo, brindan a las víctimas del delito el goce efectivo del derecho de acceso a la justicia y a la reparación del daño, contribuyendo a desterrar la impunidad.

32. Es enfática al señalar que toda conducta violatoria de derechos humanos debe ser investigada y sancionada de manera proporcional a la conducta de las personas servidoras públicas responsables, a las circunstancias y a la gravedad en que ocurrieron los hechos violatorios. Nadie puede ni debe evadir la responsabilidad

administrativa y penal cuando se acredite que cometió violaciones a derechos humanos⁶.

33. Cabe precisar que tratándose de hechos en los que haya intervenido más de una persona servidora pública, se hace necesario investigar el grado de intervención de todos y cada uno de ellos, a fin de identificar quién o quiénes actuaron en calidad de autores o partícipes.⁷

A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE EL CASO

34. 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.

⁶ CNDH, Recomendaciones 86/2021 párr. 23; 7/2019 párr. 142; 85/2018, párr. 143; 80/2018, párr. 32; 67/2018, párr. 34; 74/2017, párr. 46, entre otras.

⁷ CNDH, Recomendaciones 86/2021 párr. 24; 7/2019 párr. 46; 85/2018, párr. 143, y 80/2018, párr. 32, 135VG/2023 párr. 27.

35. 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 del producto del embarazo de VI, como lo fue en el presente caso.

36. 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.⁸

37. 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 VI y se encontraba en su cuarta gestación, y que, de acuerdo con los antecedentes que constan en el expediente clínico, con antecedente de dos partos vaginales y un aborto, debido a la falta de atención médica adecuada y oportuna condicionó la progresión de la falta de crecimiento y

⁸ Recomendación 128/2021. Párr. 34-36

madurez fetal intrauterina, y al nacimiento de V, provocó el deterioro de su estado de salud, desarrollando complicaciones hasta su fallecimiento.

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

38. El derecho a la protección de la salud está establecido en diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud, estableciendo además la obligación de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil.

39. La ONU, a través del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 sobre “Salud y bienestar”, se ha pronunciado en el sentido de “[...] *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades* [...]”⁹.

40. Por su parte, el artículo 10, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que “[...] *toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”¹⁰, así como el derecho a disfrutar “[...] *de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”¹¹, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “[...] *la exigencia de ser apropiados médica y científicamente* [...]”¹².

⁹ ONU, CEPAL, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe”. Tercer Objetivo, Meta 3. 1, pág. 13.

¹⁰ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 117.

¹¹ SCJN. Jurisprudencia administrativa, “Derecho a 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.

¹² Ídem.

41. También la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, en su artículo 12 (párrafo 1), indica la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en el último párrafo del precepto citado, alienta a los Estados Parte a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de esta.

42. Por su parte, el numeral 4, de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “[...] *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*[...]”¹³.

43. Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en algunos diversos, como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹⁴.

44. Este Organismo Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u*

¹³ Ley General de Salud. Artículo 1 Bis.

¹⁴ CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017.

*omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad[...]*¹⁵.

45. En el presente caso es conveniente resaltar que, personal de este Organismo Nacional, realizó Opinión Médica en la que identificó que VI cursaba con embarazo aparentemente normo evolutivo de treinta y siete semanas de gestación, establecido por fecha de última menstruación de 15 de octubre de 2015, producto de la gesta número cuatro, con antecedente de dos partos vaginales y un aborto por huevo muerto retenido¹⁶, periodo intergenésico¹⁷ de dos años con dos meses y fecha probable de parto al 21 de julio de 2016.

46. Como parte de la atención o control prenatal del primer trimestre, VI fue atendida en el servicio de Medicina Familiar de la UMF No. 3 IMSS, dado que durante la evolución del embarazo tuvo un total de doce consultas médicas, teniendo registro de la primera cita el 5 de enero de 2016, a las once semanas de gestación, por parte de AR1 quien solicitó estudios de laboratorio como, VDRL¹⁸, química sanguínea, examen general de orina, biometría hemática completa y grupo sanguíneo, así como prescripción de ácido fólico; sin embargo, omitió realizar historia clínica completa y ordenada que permitiera identificar todos los factores de riesgo posibles en VI a pesar del antecedente de un aborto previo por huevo muerto retenido;

¹⁵ CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, de 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

¹⁶ Huevo muerto retenido: Se trata de un tipo de aborto natural en el que el feto muere en el interior de la madre, pero a diferencia del caso normal, el cuerpo de la embarazada no lo expulsa y, por lo tanto, la placenta y demás productos derivados del embarazo, tampoco, reteniéndose en el cuerpo.

¹⁷ Periodo intergenésico: Se considera aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.

¹⁸ La serología VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) es utilizada para detectar sífilis congénita.

efectuar una exploración física completa, así como solicitar estudio de ultrasonido como parte de la evaluación clínica del primer trimestre, considerados indispensables para mejorar el pronóstico materno y fetal, con la finalidad de determinar edad gestacional, número de fetos, marcadores de aneuploidías¹⁹ y riesgo de preeclampsia²⁰ tal y como lo sugiere la Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08 y la NOM-007-SSA2-2016.

47. El 2 de febrero de 2016, al cursar las diecisiete semanas de gestación, VI fue valorada por AR2 personal médico adscrito a la UMF No. 3 IMSS, quien continuó la administración de multivitamínicos (ácido fólico y sulfato ferroso), la envió a los servicios de Trabajo Social, Odontología y Nutrición, no obstante, omitió solicitar realizar ultrasonido obstétrico, así como búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones²¹.

48. De acuerdo con la Opinión Médica, realizada por personal de esta Comisión Nacional, se refirió que a VI el 1 de marzo de 2016, le fue realizado un ultrasonido obstétrico en el segundo trimestre de su embarazo, periodo en el que, de acuerdo a la bibliografía médica especializada, el objetivo principal es procurar el diagnóstico anatómico fetal completo y temprano, que permita asegurar la integridad fetal y descartar anomalías estructurales, incluyendo detalles anatómicos y vasculares, ya que es el momento oportuno para iniciar la conducta médico-terapéutica más apropiada tanto para la madre como para el producto, estudio en el que no se evidenció algún tipo de malformación anatómico-estructural ni vascular; sí

¹⁹ Anomalías cromosómicas en las cuales existe un desbalance en el número de copias de los cromosomas presentes en una célula y estas representan las anomalías cromosómicas más comunes en humanos

²⁰ Es una enfermedad que desarrollan algunas mujeres —que antes tenían presión arterial normal— a las 20 semanas de embarazo o más, e incluye síntomas como aumento de la presión arterial (niveles superiores a 140/90), aumento de la hinchazón y proteína en la orina.

²¹ Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

confirmaba la presencia de un producto único vivo, de presentación pélvica, con movimientos fetales presentes, placenta grado 1 de madurez²², frecuencia cardiaca fetal normal de 160 y edad gestacional de dieciséis semanas determinadas por ecografía, es decir, una discrepancia de cuatro semanas (28 días) que correspondería a veinte semanas de gestación.

49. Cifra que al tenor de la Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08 para relatar la edad gestacional basada en el reporte de ultrasonido, establece que entre las semanas 22 hasta la 27. 6, las mediciones biofísicas del feto tienen una variación de diez a catorce días, por lo tanto, era evidente que desde ese momento V ya presentaba restricción del crecimiento intrauterino, que corresponde a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento, de acuerdo con las condiciones propias de la gestación y del entorno²³, lo que ya implicaba un riesgo para el feto asociado a una alta morbilidad²⁴, y por ende, la citada Guía considera que ante estos hallazgos la paciente embarazada debe ser enviada a un segundo e incluso un tercer nivel de atención.

50. Igualmente, la Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11 instituye la obligación de individualizar cada caso y establecer un plan de vigilancia del crecimiento fetal de acuerdo con los factores de riesgo en cada feto.

²² La placenta es un órgano con un ciclo de vida muy corto, ya que dura lo mismo que el embarazo. Por tanto, la madurez de la placenta es su edad, que nada tiene que ver con la edad de la mujer. El estado de madurez de la placenta se mide en grados, según va evolucionando, tomando para ello en consideración las calcificaciones intraplacentarias que pueden verse en los ultrasonidos, en el grado 1 ya se aprecian zonas de color blanco por las calcificaciones finas y onduladas que presenta la placa corial.

²³ Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino. México: Secretaría de Salud, 2011.

²⁴ Morbilidad se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población.

51. Refirió además que, en torno al ultrasonido del segundo trimestre, la Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11 puntualiza que el ultrasonido del segundo trimestre es superior en la estimación de la edad gestacional, en comparación con la estimación basada en la fecha de último periodo menstrual, de ahí que las dieciséis semanas de gestación establecidas en el ultrasonido realizado el 1 de marzo de 2016, ya corroboraba un retraso en el crecimiento intrauterino en V, puesto que además siempre se tuvo la certeza de la fecha de última menstruación de VI, como el 15 de octubre de 2015.

52. En ese contexto, la omisión de AR1 al no solicitar estudio ultrasonográfico en las consultas médicas del 5 y 12 de enero de 2016 respectivamente, adquiere importancia razonable, pues la propia Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11 establece que la utilización del ultrasonido es una herramienta indispensable para la evaluación del crecimiento fetal cuando se realiza en el primer trimestre, pues permite establecer con gran precisión la edad gestacional, por ello se recomienda realizarlo en este periodo, independientemente del riesgo reproductivo, criterio de buena práctica médica también contemplado por la Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08, en el apartado de la evaluación clínica, así como en la NOM-007-SSA2-2016.

53. El 1 de abril de 2016, al cursar con veinticuatro semanas de gestación y el 2 de mayo de 2016 a las veintinueve semanas de gestación, VI fue valorada en consulta subsecuente de atención prenatal por AR3 donde refirió que VI se encontraba asintomática e indicó continuar con el mismo plan establecido; sin embargo, omitió la revisión e interpretación del ultrasonido previo, siendo que de acuerdo con el reporte de la evolución del embarazo, presentaba una altura de fondo uterino de

veintidós centímetros en abril y veintitrés centímetros en mayo, correspondientes a la medición a partir del borde superior de la sínfisis del pubis²⁵ hasta el fondo uterino.

54. A pesar de encontrarse en rango normal por cuantificarse entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino y edad gestacional, corresponde únicamente a una herramienta de detección en la persona embarazada con sospecha de alteración en el crecimiento fetal, razón por la que la Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11 considera que tiene una precisión diagnóstica limitada para predecir trastornos del crecimiento fetal y por ende, no se recomienda, pues ante sospecha del padecimiento, es necesario completar el estudio del caso mediante un ultrasonido obstétrico con énfasis en la biometría fetal²⁶, mismo que a pesar de haber sido realizado previo a estas consultas, no fue revisado ni apreciado por AR3, quien inadecuadamente consideró el fondo uterino como único criterio de crecimiento intrauterino normal y omitió revisar el ultrasonido previo.

55. Estableció además que, de acuerdo con el reporte de evolución de embarazo, durante el tercer trimestre VI recibió consultas médicas, el 1 de junio de 2016, por parte de AR5, Enfermero Materno Infantil adscrito a la UMF No. 3 IMSS; así como, el 8 y 15 de junio de 2016, por AR4 personal médico de la UMF No. 3 IMSS, de las cuales únicamente se encuentra reportada la altura de fondo uterino, señalando que se encontraba en los índices de normalidad para crecimiento uterino, sin embargo, no se contó con notas médicas en el expediente clínico proporcionado.

56. El 22 de junio de 2016, VI fue atendida por AR4, al cursar con treinta y cinco semanas de gestación, refiriendo que en ese momento presentaba dolor de cabeza

²⁵ Es una articulación no sinovial, formada por la unión de ambos huesos púbicos y un disco fibrocartilaginoso, reforzada en todas sus caras por los ligamentos púbicos (superior, inferior, anterior y posterior) que permiten movimientos limitados de 0.5-1 mm.

²⁶ Capacidad predictiva para los crecimientos grandes para la edad gestacional.

de intensidad moderada y constante, de una semana de evolución, ardor al orinar, ganas de continuar orinando y dolor lumbar, señalando que previamente había sido tratada por infección de vías urinarias, lo que ameritó toma de laboratorios, siendo revisados en ese momento, presentando datos de infección urinaria en el examen general de orina, por lo que fue enviada al servicio de Ginecología e inició tratamiento, desconociendo si fue agendada esa cita, pues no consta en el expediente clínico valoraciones médicas realizadas por el servicio de Ginecología y Obstetricia, refiriendo en esa consulta un fondo uterino de veintinueve centímetros, acorde a los rangos normales para crecimiento intrauterino.

57. De igual modo, el 6 de julio de 2016, a las treinta y siete semanas de gestación, VI fue valorada por AR3 quien refirió en su nota médica de 23 de junio de 2016, fue realizado un ultrasonido obstétrico en el cual se refería que el producto presentaba una edad gestacional de treinta y cuatro semanas y oligohidramnios moderados, motivo por el que envió a VI al servicio de Urgencias Ginecológicas del HGZ-MF No. 6 -IMSS.

58. Con relación al resultado del segundo estudio ultrasonográfico referido por AR3 donde fue reportada una disminución del volumen de líquido amniótico, esta patología en el embarazo se asocia a complicaciones maternas y fetales, y si se presentó en la segunda mitad del embarazo es más probable que se relacione con restricción del crecimiento fetal y no con alguna anomalía congénita, ya que además no fue referida en ninguno de los reportes ultrasonográficos.

59. El 6 de julio de 2016, VI acudió por sus medios al servicio de Urgencias Ginecológicas del HGZ-MF No. 6 -IMSS, donde fue recibida a las 19:00 horas por PSP6, quien posterior a interrogarla adecuada y correctamente sobre sus antecedentes gineco obstétricos y cuadro clínico actual, la exploró físicamente, refiriendo que debido a que el ultrasonido con el que contaba en ese momento no

era de buena definición para valorar el índice de líquido amniótico, solicitaría un nuevo ultrasonido obstétrico e ingresó a VI para monitorizarla, ordenó toma de laboratorios, registro cardiotocográfico para monitorización fetal electrónica continua, y vigilancia del feto como adecuadamente lo establece la NOM-007-SSA2-2016.

60. El 07 de julio de 2016, ya con treinta y ocho semanas de gestación y a petición de PSP6, PSP7 realizó ultrasonido obstétrico a VI, hallando producto único vivo, en situación fetal con dorso a la derecha²⁷, y presentación cefálica ²⁸, movimientos fetales continuos, sin alteraciones en la formación de órganos, ni a nivel intracraneal, entre otras precisiones, peso estimado de 2410 gramos y edad gestacional de 33.6 semanas por somatometría, sugiriendo descartar restricción del crecimiento intrauterino.

61. En el resultado del ultrasonido obstétrico anterior, existieron dos factores, el primero, que el índice de líquido amniótico que juega un papel fundamental en el control de la temperatura, desarrollo pulmonar y crecimiento de las extremidades, por lo tanto, un hallazgo alterado en el segundo o tercer trimestre del embarazo representa un riesgo para el feto de presentar resultados perinatales adversos; por lo que al haber presentado un índice de líquido amniótico de 3.8 centímetros (normal de 8 a 18 centímetros), fue evidente que VI tenía disminución del volumen de líquido amniótico, alteración que se asocia a riesgo de cesárea por distrés fetal²⁹, test de

²⁷ Esto se refiere a la manera en la que la columna vertebral del producto se alinea con la madre.

²⁸ Forma en la que está colocado el producto para salir por el canal de parto.

²⁹ Es una complicación obstétrica, durante el trabajo de parto y el parto que implica un monitoreo cardíaco fetal anormal que ocurre cuando el feto experimenta privación de oxígeno.

Apgar³⁰ bajo y aumento de la morbilidad perinatal³¹; y en segundo lugar, los hallazgos ultrasonográficos de peso estimado de 2410 kilogramos y edad gestacional de 33.6 semanas por somatometría, ambos representaban factores evidentes para considerar en ese momento una probable restricción del crecimiento intrauterino, de acuerdo con los índices porcentuales que establece la bibliografía médica especializada³² y la Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11, ilustrados en la siguiente, tabla:

Tabla. Peso fetal estimado a partir de la semana veinte de embarazo, donde P50 significa percentil³³ 50 y equivale al peso medio para una determinada semana de embarazo, P10 y P90 son los percentiles 10 y 90 respectivamente³⁴, nótese el peso de 2.410 kilogramos que presentaba en ese momento el producto de la paciente, por debajo del peso establecido por el percentil 10.

Semana de embarazo	Peso fetal estimado (en gramos)		
	P10	P50	P90
20	275	331	387
21	331	399	467
22	398	478	559
23	471	568	665
24	556	670	784
25	652	785	918
26	758	913	1068
27	876	1055	124
28	1004	1210	1416
29	1145	1379	1613
30	1294	1559	1824
31	1453	1751	2049
32	1621	1953	2285
33	1794	2162	2530
34	1973	2377	2781
35	2154	2595	3036
36	2335	2813	3291
37	2513	3028	3543
38	2686	3236	3786
39	2851	3435	4019
40	3004	3619	4234

³⁰ La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

³¹ Es aquella muerte que se produce desde la semana 22 de gestación hasta los 28 días después del nacimiento.

³² De Onis M, Habicht JP: Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. Am J Clin Nutr 1996; 64: 650-8.

³³ Valor que divide un conjunto de datos estadísticos, de forma que un porcentaje de los mismos quede por debajo de dicho valor.

³⁴ Tomado de Hadlock FP. "In utero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. Radiology", 1991;181:129.

62. Por lo antes señalado y dado que la Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11 establece que, ante el hallazgo de un peso fetal estimado o circunferencia abdominal igual o menor al percentil 10 para la edad gestacional, de acuerdo con rangos de referencia, se deberá considerar que existe un feto pequeño para la edad gestacional, es decir, un feto que presenta un peso insuficiente para la edad gestacional (por debajo del percentil 10), motivo por el que serán necesarios otros estudios para determinar la causa del trastorno del crecimiento, tales como velocimetría Doppler³⁵ de la arteria umbilical para evaluar si existe insuficiencia placentaria³⁶, e identificar a un feto que no ha alcanzado su potencial de crecimiento, así como descartar infección congénita³⁷, ya que a menor percentil se incrementa la posibilidad de una admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales debido a asfixia.

63. Contrario a lo anterior y ya cumplidas las treinta y ocho semanas, AR6 adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ-MF No. 6 -IMSS en la nota de 7 de julio de 2016 a las 16:39 horas, indicó ingresar a labor a VI para vigilancia, así como recabar laboratorios, cruzar un paquete globular y prepararla para cirugía sin precisar en su nota médica el motivo de esta indicación, omitiendo considerar la restricción del crecimiento uterino del recién nacido y solicitar la realización de estudios para establecer la causa de la restricción del crecimiento intrauterino que

³⁵ Es una técnica no invasora usada comúnmente para la evaluación hemodinámica y fetal.

³⁶ Es una enfermedad obstétrica poco frecuente caracterizada por un flujo sanguíneo inadecuado a la placenta durante el periodo de gestación, que da lugar a una disminución de la transferencia transplacentaria de oxígeno y nutrientes al feto, pudiendo provocar un retraso del crecimiento, sufrimiento o muerte fetal.

³⁷ El diagnóstico de la infección congénita está basado en la serología materna o estudio microbiológico de líquido amniótico y sangre fetal. Revista Elsevier de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Vol. 29, Núm. S5, diciembre 2011.

presentaba V, en ese momento VI se encontraba hemodinámicamente estable y V sin datos de asfixia³⁸ o sufrimiento fetal³⁹.

64. A las 20:30 horas de 7 de julio de 2016, AR7 ingresó a VI a sala de quirófano con los diagnósticos de embarazo de treinta y ocho semanas de gestación, más oligohidramnios para práctica de cesárea, omitiendo considerar que por el tamaño y peso de V podría presentar complicaciones respiratorias a su nacimiento, a pesar de que la Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11, recomienda intentar prolongar al máximo posible el embarazo siempre y cuando el riesgo para el binomio no supere al beneficio, y en caso de concluir el embarazo, omitió tener en cuenta que V era pequeño para su edad gestacional y tenía posibilidades de requerir manejo intensivo en el periodo neonatal, que en este tipo de pacientes el nacimiento debe ocurrir en una Unidad Hospitalaria que cuente con experiencia de su personal y donde existan recursos materiales disponibles para el manejo neonatal, con los cuales el HGZ-MF No. 6 -IMSS no contaba, situación que contribuyó al deterioro del estado de salud de V, lo que desarrollo complicaciones y su posterior fallecimiento.

65. En la Opinión Médica, emitida por personal de esta Comisión Nacional, se destacó algunos estudios médicos especializados, los cuales señalan que la mortalidad fetal, neonatal y perinatal, aumenta en los pequeños de edad gestacional 20 a 30 veces, cuando presentan un peso al nacimiento entre 1,500 y 2,500 kilogramos, esto debido a que en el periodo neonatal inmediato, la transición cardiopulmonar puede complicarse con asfixia perinatal, aspiración meconial, disfunción miocárdica o hipertensión pulmonar, por ello, es imprescindible y obligatorio que en estos casos se realice la planificación del parto en un centro con medios adecuados.

³⁸ Es un fallo de la respiración pulmonar, donde hay una falta de oxígeno en el aire o por la imposibilidad de que éste llegue a los pulmones.

³⁹ Son los signos que se presentan antes y durante el parto, que indican que el feto no está bien.

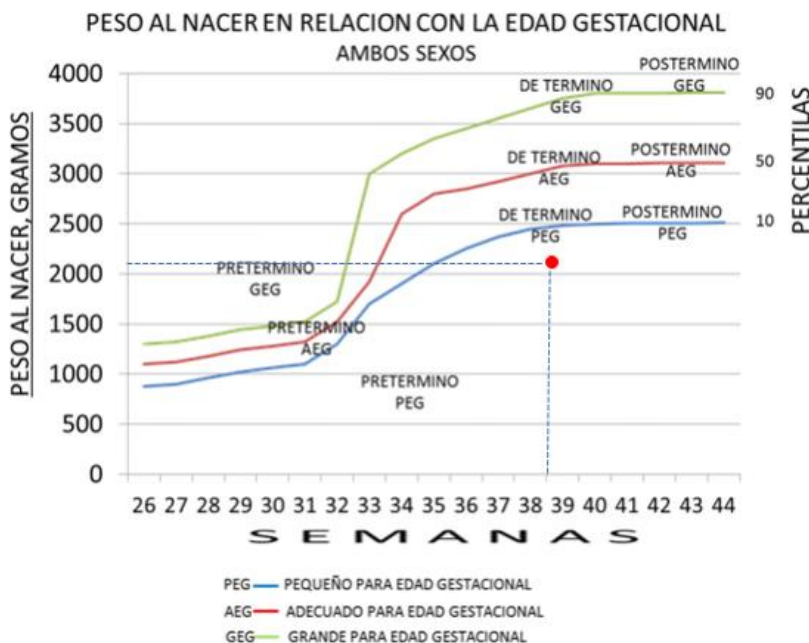
66. Desde una perspectiva médico legal, la indicación de cesárea sin apego a los criterios para su realización en fetos con restricción del crecimiento uterino, señalados en la Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11, debe considerarse como un procedimiento quirúrgico precipitado, ya que la alternativa terapéutica elegida incrementó el riesgo del bienestar fetal, condicionando un mayor riesgo sobre su beneficio, faltando al deber de reducir los riesgos a que se sometió VI ya que uno de los deberes del médico -y de primera importancia- es el de reducir los riesgos a los que se le expone.

67. Bajo esa tesitura, la cesárea realizada precipitadamente a VI el 7 de julio de 2016, por AR7 quien refirió obtener a las 23:13 horas a V, el cual tuvo un peso al nacer de 2.150 kilogramos, talla de 42 centímetros, sin reportar algún tipo de complicación quirúrgica con VI o V durante el procedimiento, teniendo VI una evolución clínica adecuada y fue dada de alta el 09 de julio de 2016, al encontrarse cursando puerperio posquirúrgico mediato⁴⁰, por lo cual se indicó cita abierta a urgencias de Ginecología y Obstetricia, así como acudir a Unidad de Medicina Familiar en siete días para valoración médica, retiro de sutura, analgésico y antibiótico.

68. Al considerar el apéndice normativo E de la NOM-007-SSA2-2016, con el peso de 2.150 kilogramos que presentó al nacer V se confirmaron los hallazgos ultrasonográficos, corroborando que era pequeño para su edad gestacional por encontrarse debajo del percentil 10 a las treinta y ocho semanas de gestación, como

⁴⁰ Se denomina puerperio al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo. Mediato: de las 24 horas a los primeros 10 días.

se esquematiza en la siguiente gráfica, tomada del apéndice normativo E de la NOM-007-SSA2-2016:



69. Sin embargo, AR8 personal médico de ginecología del HGZ-MF No. 6 -IMSS, refirió que al evaluar la dificultad respiratoria de V, determinó sintomatología que correspondían a datos clínicos de insuficiencia respiratoria progresiva, confirmó el peso de 2.150 kilogramos y talla de 42 centímetros, e integró el diagnóstico de *“recién nacido masculino limítrofe de 37 semanas de gestación por Capurro⁴¹, que inicia con datos de dificultad respiratoria a los cinco minutos”*, e indicó a las 23:34 horas pasarlo a alojamiento, seno materno a libre demanda, sin líquidos parenterales ni medicamentos y 8 mililitros de solución glucosada al 5% vía oral.

70. En la hoja de indicaciones, de 7 de julio de 2016, en horario no legible, se encontraron nuevas indicaciones contrarias a las primeras, donde se indicaba casco

⁴¹ En Neonatología, la valoración o test de Capurro (o método de Capurro) es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato, tomando en consideración parámetros como formación del pezón, textura de la piel, forma del pabellón auricular, tamaño del nódulo mamario y surcos plantares.

cefálico, ayuno, solución glucosada intravenosa al 10%, cuidados propios del recién nacido, signos vitales dos veces por turno, vigilancia de patrón respiratorio y térmico, toma de glucosa en tres y cuatro horas posteriores, radiografía de tórax, biometría hemática, química sanguínea, grupo y RH, PCR y pasar a cunero patológico, omitiendo durante la reanimación neonatal, el inicio temprano con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) con por lo menos 6 centímetros de oxígeno y administración de surfactante pulmonar, el cual deberá ser administrado dentro de las primeras dos horas de vida posteriores al nacimiento, para reducir el riesgo de ventilación mecánica como indica la bibliografía médica especializada ante pacientes neonatos con datos de insuficiencia respiratoria progresiva.

71. Observándose que, el casco cefálico se indicó hasta su ingreso a cunero patológico; de igual forma AR8 omitió solicitar valoración al servicio de Neonatología y/o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ya que como lo señala la NOM-025-SSA3-2013, y el IMSS en su página de atención del servicio de Neonatología⁴², V reunía criterios para recibir tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; así como, toma de gases arteriales, administración de surfactante, líquidos y nutrición parenteral, vigilancia de la uresis y monitoreo continuo.

72. De acuerdo con la forma y presentación de los datos clínicos de insuficiencia respiratoria progresiva que presentó V, era evidente que cursaba síndrome de dificultad respiratoria como complicación de la restricción del crecimiento uterino no identificada en el periodo prenatal, que condicionó bajo peso al nacer e inmadurez pulmonar, causada principalmente por la falta de surfactante, sustancia que ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alveolos colapsen, normalmente aparece en pulmones completamente desarrollados.

⁴² https://www.pediatrica.gob.mx/interna/servicio_neonato.html, consultada el 07 de octubre de 2022.

73. El síndrome de dificultad respiratoria es una enfermedad aguda pulmonar que se presenta habitualmente en neonatos prematuros y se manifiesta inicialmente al nacimiento con taquipnea⁴³ y cianosis⁴⁴, se dice que es progresiva cuando eventualmente y dentro de las primeras 4 a 6 horas se agregan datos como disnea⁴⁵, tiraje intercostal⁴⁶ y subcostal⁴⁷, retracción xifoidea⁴⁸ con patrón respiratorio y quejido respiratorio, por lo que requiere de administración de oxígeno inmediato y tratamiento médico inmediato y oportuno, ya que sin tratamiento, el cuadro clínico se exacerba entre el primer y tercer día, donde ocurren la mayor parte de los fallecimientos, de ahí que la clave del tratamiento en este tipo de pacientes neonatos es prevenir la hipoxemia⁴⁹ y la acidosis⁵⁰.

74. Fue así, que a las 01:00 horas del 08 de julio de 2016, V ingresó a cunero patológico para vigilancia del patrón respiratorio, clínicamente con taquipnea⁵¹ de 80 respiraciones por minuto, sin malformaciones aparentes en la exploración física, campos pulmonares con estertores⁵², área cardíaca rítmica sin agregados patológicos, abdomen y extremidades íntegros, con lo cual se integró el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria. No se omite mencionar que, a las 02:30 horas, AR8 refirió al calce de la nota de ingreso “[...] *Se solicita surfactante al [...] a subdirector médico y no hay en existencia, se avisa a médicos[...]*”, petición que no se encontró descrita en las indicaciones de ingreso.

⁴³ Término que se utiliza para describir la respiración si ésta es demasiado acelerada.

⁴⁴ Coloración azulada de la piel y las mucosas, debida a una mayor proporción de sangre reducida.

⁴⁵ Es la dificultad respiratoria o falta de aire,

⁴⁶ Se da cuando los músculos entre las costillas tiran hacia adentro,

⁴⁷ Ocurre cuando el niño necesita hacer un esfuerzo mucho mayor del normal para respirar moviéndose la pared torácica hacia adentro,

⁴⁸ Retracciones musculares debajo del apéndice.

⁴⁹ Es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 60mmHG.

⁵⁰ Afección en la cual hay demasiado ácido en los líquidos del cuerpo,

⁵¹ Respiración demasiado acelerada.

⁵² Estertores: pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.

75. El 9 de julio de 2016, de acuerdo con lo referido por AR10 bajo los diagnósticos de síndrome de dificultad respiratoria y probable enfermedad de membrana hialina pretérmino⁵³, V continuó con manejo y administración de oxígeno nasal, entre otros y sin administración de surfactante, evolucionando desfavorablemente con vómitos abundantes acompañados de sangre fresca, deterioro progresivo de la dificultad respiratoria e hipoxemia⁵⁴ por estudio gasométrico, motivo por el que se decidió intubación endotraqueal bajo ventilación mecánica en sedación, considerando que debía descartarse cardiopatía a pesar de no presentar soplos o ruidos cardiacos anormales, radiográficamente con imagen en vidrio despulido, patrón que se define como un área de mayor atenuación, ya que permite la visualización de todas las estructuras que componen la arquitectura pulmonar y puede estar causado por diversas patologías entre las que se encuentran la ocupación parcial del espacio aéreo, engrosamiento intersticial, colapso parcial de los alvéolos y aumento del volumen de la sangre capilar, altamente relacionada con el síndrome de dificultad respiratoria con la que cursaba el recién nacido y silueta cardiaca normal.

76. Es imprescindible señalar que salvo el comentario de AR8 donde mencionó la inexistencia de surfactante pulmonar en el HGZ-6-IMSS, no se encontró solicitud del mismo, en alguna nota médica ni tampoco su administración en el tratamiento médico brindado a V del 8 al 10 de julio de 2016.

77. Finalmente, de acuerdo con las notas médicas de 10 de julio de 2016, realizadas por AR6 y AR9, señalaron los diagnósticos de síndrome de dificultad respiratoria, sepsis temprana y desequilibrio ácido base secundario al tercer día de vida extrauterina de V, refirieron que presentó desaturación de oxígeno del 30% a pesar

⁵³ Es un cuadro de dificultad respiratoria grave y progresiva que se produce fundamentalmente en recién nacidos prematuros.

⁵⁴ La hipoxemia es un nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en las arterias.

de la ventilación mecánica, la cual requirió administración de aminas vasoactivas⁵⁵ para lograr un incremento mínimo de saturación de oxígeno del 50%, sin ser posible sobrellevarlo a índices mayores de normalidad, esto debido a una primera parada cardiaca a las 17:00 horas, misma que a decir de AR9, fue debida a una falla en el ventilador no especificada, recuperando paulatinamente la saturación, pero sin llegar a parámetros objetivo en prematuros, pues solo se mantuvo al 50%, para a las 19:45 horas, volver a caer en paro cardiorrespiratorio revertido con masaje cardiaco, a las 20:50 horas, AR11 personal médico adscrito al Servicio de Pediatría del HGZ-MF No. 6 -IMSS, quien recibió la guardia de dicho servicio encontrando a V sin signos vitales intentando revertir sin éxito, declarando su fallecimiento a causa de cardiopatía congénita y prematuridad de tres días de evolución.

78. En el mismo sentido, la bibliografía médica especializada establece que, en el caso de que al nacimiento no esté establecida la etiología de pequeño para la edad gestacional, es recomendable la realización de exploraciones complementarias dirigidas a esclarecer dicho origen, donde la historia clínica es el punto de partida, seguido del estudio placentario y neonatal orientado, según la exploración física del recién nacido, acciones que AR8, AR9 y AR10, omitieron realizar.

79. Respecto a la causa del fallecimiento de V, establecida por AR11 no existieron elementos clínicos ni radiológicos que la fundamenten, de acuerdo con la Opinión Médica realizada por personal de esta Comisión Nacional, ya que una cardiopatía congénita, es una malformación que se produce como resultado de alteraciones en el desarrollo embrionario del corazón, sobre todo entre la tercera y décima semana de gestación; por ende, habrían sido visibles en los ultrasonidos realizados y clínicamente V habría presentado cianosis central, datos de insuficiencia cardiaca,

⁵⁵ Las aminas vasoactivas son usadas en pacientes críticos para aumentar la tensión arterial y mejorar la función miocárdica, restaurar o mantener la oxigenación tisular, entre otras.

arritmias y soplos cardíacos, aunado a lo anterior, no fueron realizados estudios que confirmaran tal aseveración.

80. Por lo tanto, desde un contexto médico legal, la causa de muerte establecida por AR11 careció de fundamento diagnóstico y no guarda relación con la evolución clínica que tuvo V, alejándose de lo establecido por la Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal, la cual establece que la causa básica de la defunción es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte (parte I, inciso “a”), cuando el paciente no presentó datos clínicos de cardiopatía congénita, y además, dicha causa de fallecimiento no fue confirmada, tal como lo establece el artículo 391 de la Ley General de Salud⁵⁶.

C. DERECHO A LA VIDA

81. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial sin que sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son 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; y el 29, segundo párrafo de la CPEUM, que dispone: *“no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida; por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones”*.

⁵⁶ Artículo 391. Los certificados de defunción y de muerte fetal serán expedidos, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria.

82. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio⁵⁷, entendiéndose con ello, que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de esta.

83. Por otra parte, 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 [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...]*”.⁵⁸

84. Este Organismo Nacional ha sostenido que: “*existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [que], a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*”.

⁵⁷ CrIDH, Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

⁵⁸ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

85. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirven de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y personal de enfermería materna infantil AR5, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida. Al delimitarse las responsabilidades derivadas de la inadecuada atención médica que se describirá más adelante, que contribuyó al deterioro del estado del estado de salud hasta su fallecimiento.

86. Lo anterior, toda vez que se advirtió que por parte de personal médico del HGZ-MF No. 6 -IMSS y la UMF No. 3 IMSS, al omitir brindar adecuada y oportunamente el tratamiento y manejo especializado prenatal, así como realizar exploraciones y estudios complementarios dirigidos a esclarecer la causa de que V fuera pequeño para su edad gestacional, aunado a la falta de insumos y medicamentos, al no contar específicamente con surfactante pulmonar⁵⁹ que V requería contribuyó a la aparición de otras complicaciones y su lamentable deceso.

D. CONTEXTO, MUJER EMBARAZADA, VIOLENCIA OBSTÉTRICA

87. 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.

88. 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

⁵⁹ Es un agente tensoactivo presente en los alveolos pulmonares que en contacto con el agua modifica su tensión superficial.

y de salud suficiente, con capacitación adecuada⁶⁰; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener⁶¹ y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento⁶².

89. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[...]la violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto[...].”⁶³.

90. 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”⁶⁴.

⁶⁰ 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>.

⁶¹ 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.

⁶² Organización Mundial de la Salud (OMS). “Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento”. ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015

⁶³ 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.

⁶⁴ 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.

91. 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[...]”*.”

92. 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.

93. 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 Mujer⁶⁵.

⁶⁵ 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)

94. Se hace referencia además, de la vulneración de VI en sus derechos desde la perspectiva de género, partiendo de lo establecido en la Recomendación General No. 19/1992, emitida por el Comité de la CEDAW, en la que se declaró que, la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación dirigida contra las mujeres por su condición de ser mujer y que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Misma que refiere aplica a la violencia perpetrada por las autoridades. Esos actos de violencia también pueden constituir una violación de las obligaciones del Estado, en virtud del derecho internacional sobre derechos humanos y otros convenios.⁶⁶

95. Resulta además conveniente, citar la Recomendación General 31/2017 publicada por esta CNDH, en la que se precisó que durante 2015, 2016 y 2017, este Organismo de Protección, publicó veintiocho Recomendaciones⁶⁷, 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 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 salud⁶⁸.

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

96. El artículo 6º párrafo segundo, de la CPEUM, establece el derecho de las personas al libre acceso a la información, prerrogativa que, en materia de salud, ha

⁶⁶ Recomendación General N° 19/1992, p. 2 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

⁶⁷ Siendo las siguientes: 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 31/2016, 33/2016, 35/2016, 38/2016, 40/2016, 46/2016, 47/2016, 50/2016, 58/2016, 61/2016, 3/2017, 5/2017 y 6/2017.

⁶⁸ Recomendación general No. 31/2017, P. 22

sido definida por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU como “[...] *el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad*[...]”⁶⁹.

97. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicios de salud⁷⁰, por lo que este Organismo Nacional considera que: “[...] *los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico*[...]”⁷¹.

98. En ese sentido, la NOM-004-SSA3-2012 establece que: “[...] *el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, [...] integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos [...], mediante los cuales se hace constar [...] las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de [...] datos acerca del bienestar físico, mental y social* [...]”⁷².

⁶⁹ Observación General 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b, fracción IV

⁷⁰ CNDH. Recomendaciones 1/2021, párr. 81; 52/2020, párr. 71, 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr. 61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; entre otras

⁷¹ CNDH, Recomendación General 29/2017 “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, párr. 27, 31 de enero de 2017, consultable en <https://www.cndh.org.mx/index.php/index.php/documento/recomendacion-general-292017>

⁷² NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, Introducción, párr. 3, consultable en http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787.

99. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, sostuvo que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer, datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes, estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se le brinda.

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

101. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29/2017, entre otras.

102. Por lo que en el presente caso, es preciso señalar que las violaciones a los derechos humanos de V, que fueron descritas con antelación, resultaron en un factor determinante que ocasionó su deterioro y posterior fallecimiento, aunado a la deficiente atención médica proporcionada a VI desde el control prenatal, lo que condicionó que se realizó un parto resuelto vía abdominal de manera precipitada, concatenado con la falta de información sobre el estado de salud de V y VI a QVI, lo que ocasionó la incertidumbre sobre la identidad de V, advirtiéndose claramente inobservancia a lo dispuesto en los artículos 391⁷³ de la Ley General de Salud, 5. 2. 1. 1. 3⁷⁴, 5. 2. 1. 2⁷⁵, 5. 2. 1. 4⁷⁶, 5. 2. 1. 10⁷⁷, 5. 2. 1. 16⁷⁸, 5. 5. 1⁷⁹, 5. 5. 8⁸⁰, de la NOM-007-SSA2-2016, Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08; NOM-007-SSA2-

⁷³ Artículo 391. Los certificados de defunción y de muerte fetal serán expedidos, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria.

⁷⁴ **5.2.1.1.3** Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

⁷⁵ **5.2.1.2** Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

⁷⁶ **5.2.1.4** Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

⁷⁷ **5.2.1.10** Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional. Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

⁷⁸ **5.2.1.16** Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

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

⁸⁰ **5.5.8** La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

2016; Guía de Práctica Clínica IMSS-500-11; Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08, en el apartado de la evaluación clínica, en los artículos 4° párrafo cuarto de la CPEUM, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10. 1 y 10. 2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), así como la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, por parte de personal de la UMF No. 3 IMSS y HGZ-MF No. 6 -IMSS.

103. Es menester precisar que, si bien QVI y VI en reiteradas ocasiones plantearon incertidumbre sobre la identidad de V, resulta importante mencionar que de acuerdo a lo expuesto en el apartado de evidencias del presente documento, de donde se advierte que personal del IMSS hizo constar la entrega del cuerpo conforme a la normatividad que rige el manejo de cadáveres, y dado que este Organismo Nacional no es competente para investigar dicha situación, esta deberá ser resuelta por la FGR en la CDI en curso.

F. RESPONSABILIDAD

F. 1. Responsabilidad de Personas Servidoras Públicas

104. Para determinar la gravedad de la violación a derechos humanos, deberán tomarse en cuenta las afectaciones causadas a las víctimas por los hechos violatorios de derechos humanos, entre ellas la pérdida de la vida por lo cual ha sido considerado como grave en la presente recomendación.

105. En ese sentido, la atención médica brindada a VI, del 5 de enero al 6 de julio de 2016, con motivo del control prenatal por parte del personal médico,

concretamente AR1, AR2, AR3, AR4 y así como enfermero médico infantil AR5, todos adscritos a la UMF No. 3 IMSS, fue inadecuada, al omitir identificar la restricción del crecimiento uterino que presentaba V lo que condicionó la falta de crecimiento y madurez fetal intrauterina; y, a su nacimiento deterioro de su estado de salud, desarrollo de complicaciones y su posterior fallecimiento.

106. La atención médica brindada a VI del 6 al 9 de julio de 2016, en el HGZ-MF No. 6 -IMSS, fue inadecuada ya que posterior a la realización del estudio ultrasonográfico que advertía una restricción del crecimiento uterino, AR6, médica adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ-MF No. 6-IMSS en la nota del 7 de julio de 2016, a las 16:39 horas, omitió solicitar la realización de estudios complementarios, a fin de establecer la causa del retraso en el crecimiento de V; el 7 de julio de 2016, AR7 realizó precipitadamente la cesárea a VI, omitiendo que ante el hallazgo ultrasonográfico V era pequeño para su edad gestacional, tenía altas probabilidades de requerir manejo intensivo en el periodo neonatal, ameritando contar con personal especializado y recursos materiales para el manejo neonatal, situación que contribuyó al deterioro del estado de salud de V como quedó acreditado en el cuerpo de esta Recomendación, lo que llevó al desarrollo de complicaciones que derivaron en su fallecimiento.

107. La atención médica brindada a V del 7 al 10 de julio de 2016, por parte de AR6, AR8, AR9 y AR10, fue inadecuada, al omitir brindar adecuada y oportunamente el tratamiento y manejo especializado que requería V, así como realizar exploraciones físicas y estudios complementarios dirigidos a esclarecer la causa de que V fuera pequeño para su edad gestacional, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud, aparición de complicaciones y posterior fallecimiento.

108. Respecto al diagnóstico de cardiopatía congénita como causa del fallecimiento de V, ha quedado de manifiesto que carece de fundamento diagnóstico y no guarda

relación con la evolución clínica que tuvo el paciente, siendo que además no fue confirmada; por tanto, AR11 incumplió con lo establecido en la NOM-035-SSA3-2012 “En Materia de Información en Salud”, específicamente en los numerales 3. 11, 12. 2. 6, y 12. 2. 10.

109. Por lo expuesto AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, incumplieron, de manera respectiva, con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas que prevén, en términos generales, que las personas servidoras públicas observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público; así como promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

110. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas EA-OIC-IMSS prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2016, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos que esta Comisión Nacional acreditó en contra de V, VI y QVI.

111. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 63 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, este Organismo Autónomo tienen evidencias suficientes para en ejercicio de sus atribuciones:

111.1. Solicitará a las autoridades investigadoras que den continuidad y seguimiento a la CDI que actualmente se integra en la FGR por la probable

comisión del delito de homicidio en relación con la sustitución de niño, con responsabilidad profesional, en contra de quien o quienes resultes responsables.

F.2. Responsabilidad Institucional

112. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la CPEUM, “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.”

113. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por 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 del sistema universal de las Naciones Unidas.

114. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que les 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.

115. Aunado a que el expediente clínico del HGZ-MF No. 6 -IMSS y UMF No. 3 IMSS, no cuenta con la formalidad necesaria en su integración, al existir notas médicas con abreviaturas, ilegibles y sin notas médicas de atención lo que en términos de la citada disposición, conlleva responsabilidad por parte de la Institución al incumplir con el objetivo de la misma que consiste en establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

116. Esta Comisión Nacional advierte responsabilidad institucional a cargo del personal encargado del suministro de insumos y medicamentos del HGZ-MF No. 6 -IMSS, al haber incurrido en inobservancia a lo dispuesto por los artículos 1º, 2 fracciones I, II y V, 23, 32, 33 fracciones I y II, 51 y 77 bis 2 de la Ley General de Salud y 8 fracciones I y II, 9, 26 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestaciones de servicios de atención médica, al no contar con surfactante pulmonar, el cual era requerido en el tratamiento médico de V, lo cual contribuyó al deterioro de su estado de salud, aparición de otras complicaciones y su posterior fallecimiento.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

117. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44

párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 64 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.

118. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones II, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I último párrafo, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los Derechos humanos a la vida de V; a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica de V y VI; así como el acceso a la información en materia de salud en agravio de VI y QVI, este Organismo Nacional les reconoce a V, VI y QVI su calidad de víctimas, por los hechos que originaron el presente expediente; por lo que, se deberá inscribir a V, VI y QVI en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), a fin de que VI y QVI tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, en razón del fallecimiento de V, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

119. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener

reparaciones” de las Naciones Unidas, así como, diversos criterios de la CrIDH, que consideran en su conjunto 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.

120. En el “*Caso Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH resolvió que:

*(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado (...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos (...)*⁸¹

121. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras cómo 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*”⁸². En este sentido, dispone que “*las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas*”.⁸³

⁸¹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafo 300 y 301.

⁸² “Caso Garide y Gaigoria vs. Argentina”, Sentencia de 27 de agosto de 1998, Reparaciones y Costas, párr.41

⁸³ “Caso Carpio Nicolle y otros vs. Guatemala”. Sentencia de 22 de noviembre de 2004. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 89.

122. Los Tribunales Colegiados de Circuito han señalado que la reparación integral del daño en caso de violación al derecho a la vida se debe tomar en consideración que “...*vulnerando este derecho mediante su privación, no es el caso de restituirlo, pero sí se impone garantizar a los familiares del extinto o quien resulte con el carácter de ofendido la reparación de las consecuencias de esa privación del derecho a la vida, pues se actualiza un daño moral a éstos...*”⁸⁴

123. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que se comprometa y efectúe sus obligaciones en la materia, establecidas en las citadas leyes. Para ello, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos Recomendatorios.

a) Medidas de rehabilitación

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

125. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas, como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS deberá proporcionar a VI y QVI, la atención

⁸⁴Tesis Aislada (Constitucional), “*Derecho a la vida. En caso de violación a este derecho debe decretarse una reparación integral del daño*”, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Enero de 2019, Registro 2019079.

psicológica y/o tanatológica en caso de que la requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para VI y QVI, con su consentimiento, 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 VI y QVI, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. 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 y 64, 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.” ⁸⁵

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. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades,

⁸⁵ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

128. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de VI y QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté 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 a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño en razón del fallecimiento de V, a VI 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; ello para dar atención al punto recomendatorio primero.

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 de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

130. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y con la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que ésta tiene como fin dar a conocer las

violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, VI y QVI, para lo cual se debe conjuntar a los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

131. En el presente caso, la medida de satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, deberán colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en seguimiento de la CDI que actualmente se integra en la FGR en Ciudad Valles, San Luis Potosí, por la probable comisión del delito de homicidio en relación con la sustitución de niño, con responsabilidad profesional, en contra de quien o quienes resultes responsables.

d) Medidas de no repetición

132. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V; 74, fracción IX; y 75 fracción IV, de la Ley General de Víctimas; y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir, y contribuir a su prevención; por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

133. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS diseñen e impartan en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud; derecho a una vida libre de violencia obstétrica; acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, al personal directivo, médico y de enfermería adscrito al Servicio de Admisión de

Ginecoobstetricia y Urgencias del HGZ-MF No. 6 -IMSS y UMF No. 3 IMSS, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR7 y AR9, en caso de seguir activas laboralmente.

134. Todo lo anterior, con el objetivo de que cuenten con los elementos jurídicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta; por lo que el curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano; además, 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, videos y constancias; lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

135. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal directivo y médico al Servicio de Admisión de Urgencias y Ginecoobstetricia del HGZ-MF No. 6 -IMSS, y UMF No. 3 IMSS, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica; acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional, las constancias con las que se acredite su cumplimiento, incluido el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

136. 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 puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

137. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a Usted, señor director general del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de VI y QVI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté 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 a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño en razón del fallecimiento de V, a VI 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 la atención psicológica y tanatológica a VI y QVI en caso de que la requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata,

en el horario y lugar accesible, 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 VI y QVI, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñe e imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud; derecho a una vida libre de violencia obstétrica; acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, al personal directivo y médico adscrito al Servicio de Admisión de Ginecoobstetricia y Urgencias del HGZ-MF No. 6 -IMSS y UMF No. 3 IMSS, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR7 y AR9, en caso de seguir activas laboralmente; lo anterior, con el objetivo de que cuenten con los elementos jurídicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta; por lo que el curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano; además, 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, videos y constancias; hecho lo anterior, se deberán enviar a esta CNDH las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal directivo y médico al Servicio de Admisión de Urgencias y Ginecoobstetricia del HGZ-MF No. 6 -IMSS, y UMF No. 3 IMSS, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica; acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional, las constancias con las que se acredite su cumplimiento, incluido el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

QUINTA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel, 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.

138. 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 con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la Ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

139. De conformidad con 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 de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

140. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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