



RECOMENDACIÓN No. 13 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, A LA VIDA DE V2, A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V1, MUJER INDÍGENA TSOTSIL, EN EL HOSPITAL RURAL DEL IMSS EN BOCHIL, CHIAPAS.

Ciudad de México, a 31 de enero de 2022

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2020/11043/Q**, sobre la atención médica brindada a V1 en el Hospital Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social en Bochil, Chiapas.

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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 primer párrafo, segunda parte 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; 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los



datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Clave
Quejosa y víctima indirecta.	QV
Víctima directa.	V
Autoridad Responsable.	AR
Persona Servidora Pública.	SP
Queja Médica.	QM
Expediente de investigación administrativa	EA

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

Institución o normatividad	Clave
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión u Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Hospital Rural del IMSS en Bochil, Chiapas.	Hospital Rural
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.	NOM-del Expediente



I. HECHOS.

5. El 19 de noviembre de 2020, este Organismo Nacional recibió escrito de queja de QV, quien narró que el día 14 del mes y año citados, su esposa V1, mujer en ese entonces de 30 años de edad y con embarazo de cuarenta semanas de gestación, por referencia del Centro de Salud de la comunidad de “El Bosque” ingresó al Hospital Rural, toda vez que requería ser atendida de manera urgente a través de una cirugía.

6. Tres horas después de haber ingresado al Hospital Rural, V1 fue sometida a cirugía y alrededor de una hora más tarde personal médico le informó que su bebé [V2] había nacido muerta; por lo que solicitó la intervención de esta Comisión Nacional.

7. Con motivo de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente de queja CNDH/5/2020/11043/Q, y para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Escrito de queja recibido el 19 de noviembre de 2020 en esta Comisión Nacional, a través del cual QV denunció negligencia de los médicos que atendieron a V1, y al cual adjuntó copia del Certificado de Muerte Fetal de V2 en el que se estableció como fecha y hora de su fallecimiento las 05:10 horas del 14 de noviembre de 2020.

9. Oficio 095217614C21/1208 recibido el 4 de diciembre de 2020, mediante el cual el IMSS atendió el requerimiento de información de este Organismo Nacional, remitiendo, para tal efecto, copia del acuerdo de 25 de noviembre de 2020, con el que la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo del Órgano de Operación Administrativa Estatal del IMSS en Chiapas, determinando procedente con pago de indemnización el expediente de queja médica QM; asimismo, adjuntó copia del



expediente clínico integrado por la atención brindada a V1 en el Hospital Rural, de cuyo contenido destacan las constancias siguientes:

9.1. Nota médica de las 17:18 horas del 13 de noviembre de 2020, en la que AR1 hizo constar: *“PACIENTE FEMENINO DE 30 AÑOS DE EDAD LA CUAL ACUDE A VALORACIÓN, CON HOJA DE REFERENCIA DEL DÍA 13/11/2020 DE LA SECRETARÍA DE SALUD CON DIAGNÓSTICO DE SECUNDIGESTA CON EMBARAZO, OBESIDAD MÓRBIDA, CON IMC DE 45, CON FONDO UTERINO DE 45 CM, CON PRESENCIA DE LIPOMA ABDOMINAL DE 25 CM POR 20 CM SIN CONTROL PRENATAL...(...)...PRONÓSTICO: DELICADO RESERVADO A EVOLUCIÓN. PLAN:...(...)...INTERCONSULTA A GYO [Ginecología y Obstetricia]: DRA. AR2 R4, QUIEN SOLICITA REALIZAR PERFIL PREECLÁMPTICO Y REVALORAR CON RESULTADOS.”*

9.2. Nota médica de las 18:25 horas del 13 de noviembre de 2020, en la que AR1 estableció: *“PACIENTE FEMENINO DE 30 AÑOS DE EDAD LA CUAL ACUDE A REVALORACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS EL DÍA DE HOY 13/11/2020 PERFIL PREECLÁMPTICO, SE REFIERE CON AUMENTO DE DOLOR OBSTÉTRICO CON IRRADIACIÓN A REGIÓN LUMBAR, CONTRACCIONES UTERINAS DE 2-3 EN 10 MINUTOS CON DURACIÓN DE 10 SEG, CON SALIDA DE MOCO HEMÁTICO ESCASO POR VAGINA, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES...(...)...VALORA DRA. AR2 R4 DE GYO INDICANDO CONTINUAR DEAMBULANDO Y SEGUIR LA VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO A LIBRE EVOLUCIÓN...(...)...PLAN:...(...)...INTERCONSULTA A GYO: REALIZADA.”*

9.3. Nota médica de las 20:14 horas del 13 de noviembre de 2020, en la que AR1 señaló: *“PACIENTE FEMENINO DE 30 AÑOS DE EDAD LA CUAL ACUDE A REVALORACIÓN, REFIERE CONTINUAR CON ALIMENTO DE INTENSIDAD DE DOLOR OBSTÉTRICO CON IRRADIACIÓN A REGIÓN LUMBAR, CONTRACCIONES UTERINAS DE 3-4 EN 10 MINUTOS CON*



DURACIÓN DE 15-20 SEG, CON SALIDA DE MOCO HEMÁTICO MODERADO POR VAGINA, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES...(...)...PLAN:...(...)...SE INFORMA A GYO EL INGRESO DE LA PACIENTE...(...)...SE HOSPITALIZA.”

9.4. Hoja de Vigilancia y Atención del Parto de las 20:14 horas del 13 de noviembre de 2020, en la que AR1 hizo constar, respecto de V1: *“DIAGNÓSTICO G2 P1 Embarazo de 39.5 SDG por USG del 3er trimestre. PLAN Ingresa a GYO...”*.

9.5. Nota de valoración de Obstetricia de las 21:00 horas del 13 de noviembre de 2020, en la que AR2 consignó: *“...A LAS 23:25 HRS SE OBSERVA ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR POR LO QUE SE INICIA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA A 2.5 MUI. ENCONTRANDO UN CERVIX CON 7CM DILATACIÓN CON 60% BORRAMIENTO. EL DÍA 14.11.20 A LAS 04.00 HRS DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETO, PASANDO A SALA DE EXPULSIÓN A LAS 04.45 HRS, DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO, PRESENTA EXPULSIÓN DE CABEZA FETAL, PRESENTANDO DISTOCIABLE HOMBROS, SE REALIZA MANIOBRA DE MC ROBERTS, MANIOBRA DE MANZZATI, MANIOBRA DE RUBINWOODS, SIN PODER EXTRAER PRODUCTO, EN DONDE COMIENZA SANGRADO TRANSVAGINAL PROFUSO, SIN ENCONTRARSE FRECUENCIA CARDIACA FETAL SE DECIDE REALIZAR MANIOBRA DE ZAVANELI PARA EXTRACCIÓN VÍA ABDOMINAL. SE SOLICITA AYUDA A EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.”*

9.6. Nota prequirúrgica sin hora del 13 de noviembre de 2020, en la que AR2 hizo constar: *“DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: FEM 30 AÑOS GSA 2 PARTO 1 EMBARAZO DE 39.6 SDG, PERIODO EXPULSIVO, DISTOCIA DE HOMBROS, PROBABLE DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA, OBESIDAD MÓRBIDA, DIABETES MELLITUS 2, HIPERTENSIÓN GESTACIONAL, INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.*



CIRUGÍA PROYECTADA: CÉSAREA KERR. TIPO DE CIRUGÍA: URGENCIA...”.

9.7. Nota postquirúrgica de las 09:47 horas del 14 de noviembre de 2020, en la que AR2 estableció: “...*DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: FEM 30 AÑOS GESTA 2 PARTO 1 CÉSAREA 1 PUERPERIO POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO SECUNDARIO A PERIODO EXPULSIVO, DISTOCIA DE HOMBROS, DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA, HEMORRAGIA OBSTÉTRICA RESUELTA, OBESIDAD MÓRBIDA, DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSIÓN GESTACIONAL, INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS...(…)...CIRUGÍA REALIZADA: CÉSAREA + DESARTERIALIZACIÓN DE ARTERIAS UTERINAS TÉCNICA POSADAS, REPARACIÓN DE DESGARRO VAGINAL. HALLAZGOS: NACE EL DÍA 14.11.20 A LAS 05.10 HRS ÓBITO FEMENINO, PESO 4780 GRS TALLA 52 CM, APGAR 0, DECAPITAMIENTO PARCIAL AL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN. PLACENTA CON DESPRENDIMIENTO DEL 70% LÍQUIDO AMNIÓTICO TINTE MECIONAL+...(…)...COMPLICACIONES: TRAUMA OBSTÉTRICO CON DECAPITAMIENTO PARCIAL DE PRODUCTO ÓBITO, SE OBSERVA CIANOSIS GENERALIZADA DEL PRODUCTO...”.*

10. Correo electrónico recibido el 15 de enero de 2021, a través del cual la titular del área de Atención a Quejas CNDH del IMSS remitió en alcance a la respuesta inicial, copia de contra-recibo con acuse de recibido de 17 de diciembre de 2020, a través del cual la Jefatura de Planeación y Finanzas del IMSS hizo constar la entrega a V1 de un cheque por concepto de pago de indemnización.

11. Correo electrónico recibido el 11 de noviembre de 2021, mediante el cual la titular del área de Atención a Quejas CNDH del IMSS remitió en alcance a la respuesta inicial las constancias siguientes:

11.1. Oficio 570301073200/DIR083/2021 de 5 de noviembre de 2021, mediante el cual el director del Hospital Rural comunicó que en seguimiento al proceso de atención preventiva se encuentran a disposición los servicios de



consulta externa en las especialidades de Gineco Obstetricia, Medicina Interna, Nutrición y Psicología para V1 y su núcleo familiar.

11.2. Nota de visita domiciliaria de 5 de noviembre de 2021, en la que el director del Hospital Rural informó que V1 se encuentra bien de salud y continúa en control de su padecimiento en el Centro de Salud de la comunidad de “El Bosque”.

12. Opinión médica de 15 de diciembre de 2021, emitido por un especialista en medicina legal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V1 en el Hospital Rural, fue inadecuada para la resolución de su embarazo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

13. El 25 de noviembre de 2020, la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo del Órgano de Operación Administrativa Estatal del IMSS en Chiapas resolvió como procedente con pago de indemnización el expediente QM relacionado con el caso de V1. A razón de dicha determinación, el 17 de diciembre del mismo año, ese Instituto entregó a V1 un cheque que amparaba el pago de una suma económica por el citado concepto.

14. Por otra parte, el 1 de diciembre de 2021, el IMSS informó a este Organismo Nacional que el Órgano Interno de Control en ese Instituto inició el EA que se encuentra en integración.

15. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de carpeta de investigación relacionada con los hechos materia de queja.



IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

16. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2020/11043/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1, a la vida de V2, a la libertad y autonomía reproductiva por violencia obstétrica, así como a la información en materia de salud en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital Rural del IMSS en Bochil, Chiapas, lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. Salud materna de las mujeres indígenas.

17. A pesar de los avances en la medicina y en la atención materno infantil, aún persiste una brecha importante en la atención de las mujeres indígenas, *“Las mujeres y las niñas adolescentes se enfrentan a obstáculos considerables a la hora de acceder a tratamiento médico, a pesar de que normalmente experimentan riesgos en materia de salud más elevados. Aunque algunos incluyen la discriminación directa, los motivos también se basan en una amplia gama de factores sociales, económicos, políticos, culturales y geográficos. Estos factores se cruzan y tienen una repercusión en las experiencias de las mujeres y las adolescentes indígenas de formas variadas y complejas [...] Debe tenerse en cuenta que no se trata de distinciones excluyentes, sino que deben entenderse como distintos puntos en un continuo de servicios estructurales”*.¹

¹Hoja Informativa: Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas, UNFPA, UNICEF, ONUMUJERES. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_Spanish.pdf y CNDH. Recomendación 66/2021, p. 30



18. Estudios sobre la atención de las mujeres indígenas han demostrado que hay una falta de información y de comprensión de los procedimientos, también se han encontrado distintos obstáculos para que las mujeres indígenas accedan a una atención obstétrica adecuada, por ejemplo *“Las mujeres de mayor edad tuvieron más dificultades para entender español, y por ello con frecuencia realizaron interpretaciones negativas sobre la calidez de la atención obstétrica, basadas en las acciones del personal de salud observadas durante la atención; un ejemplo de esto fueron las opiniones negativas sobre la atención hacia los recién nacidos. Adicionalmente, percibieron poca empatía del personal de salud hacia su estado y su experiencia de partos previos no fue valorada, y algunas de ellas tuvieron el alumbramiento durante la espera para ser atendidas y no dentro de la sala de partos se quejaron de los tactos vaginales, se sintieron maltratadas verbalmente y discriminadas por ser indígenas y por no entender los procedimientos biomédicos. Otro aspecto que no les gustó fue la insistencia del personal de salud para el uso de métodos anticonceptivos definitivos. Estas experiencias se transmitieron hacia las otras mujeres de la comunidad e impactó negativamente en la asistencia a sus citas médicas”*.²

A.1. Condición de vulnerabilidad de V1.

19. Para esta CNDH es de vital importancia visibilizar las distintas condiciones de vulnerabilidad con las que V1 cuenta, con el objetivo de analizar e investigar el caso bajo la máxima protección de sus derechos humanos. Por tal motivo es trascendente mencionar que *“son precisamente las mujeres jóvenes y adolescentes pertenecientes a grupos empobrecidos y/o excluidos, las que enfrentan mayores violaciones de sus derechos humanos”*³, como ocurrió en el caso de V1 al ser una mujer indígena, en situación de vulnerabilidad.

² Clara Juárez-Ramírez, Aramis Villalobos, Alma L. Saucedo-Valenzuela, Gustavo Nigenda, "Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud", Gaceta Sanitaria, Volumen 34, Issue 6, 2020, Págs. 549-550. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301621?via%3Dihub> y CNDH. Recomendación 66/2021, p. 31.

³ Alejandro Morlachetti, "Hacia la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el Sistema Interamericano" página 136.



20. Conforme a la información recabada por esta CNDH, V1 es una mujer indígena, que al momento de los hechos tenía 30 años, hablante de la lengua tsotsil, habitante de la comunidad de “El Bosque” situada en el municipio de homónimo en el estado de Chiapas, cursaba su segundo embarazo y vive con QV.

21. En ese orden de ideas, es necesario visualizar de manera clara y concreta el contexto de vulnerabilidad de V1, respecto a su situación personal, étnica y socioeconómica como mujer indígena. Lo anterior, con el fin de contar con un panorama general sobre las condiciones y circunstancias que prevalecieron al momento en que ocurrieron los hechos, para con ello establecer una perspectiva que permita concebir la naturaleza pluriofensiva de las violaciones a Derechos Humanos que se analizan, en particular, sobre aspectos específicos en que se desarrolló la atención médica que se le otorgó a V1.

B. Derecho a la protección de la salud.

22. La protección de 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 nivel.

23. En el cuarto párrafo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece 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”*.⁴

24. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano*

⁴ “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.



tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”⁵

25. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que *“...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*.

26. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una 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 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, aceptabilidad, y calidad”*.⁶

27. Este Organismo Nacional ha señalado en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” del 23 de abril de 2009, que: *“ (...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. Además, que la protección a la salud *“(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido*

⁵ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSEVACION GENERAL 14.

⁶ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.



como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.”⁷

28. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que, el 13 de noviembre de 2020, V1 acudió a primer nivel de atención médica perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas en la comunidad de “El Bosque”, debido a que cursaba con embarazo de cuarenta semanas de gestación con dolor abdominal.

29. A través de exploración física realizada por SP se evidenció que V1 presentaba a nivel abdominal útero gestante con producto único vivo [V2], con altura del fondo uterino de 45 centímetros, percibiendo movimientos fetales. Tras realizar maniobras de Leopold⁸, se detectó presentación cefálica⁹, situación longitudinal¹⁰ y dorso a la derecha; y con auxilio de dispositivo Doppler se obtuvo un registro de frecuencia cardíaca fetal normal de 150 latidos por minuto. Es importante mencionar que SP también advirtió la presencia de signo de Giordano¹¹ positivo como dato de posible infección de vías urinarias.

30. Finalmente, SP realizó tacto vaginal a V1 encontrando cérvix cerrado con presencia de flujo blanquecino. En ese sentido, el diagnóstico emitido fue *“...secundigesta con embarazo de 40 semanas de gestación por ultrasonido, hipertensión inducida por el embarazo, obesidad mórbida con IMC de 45. Con fondo uterino de 45 cm con presencia de lipoma abdominal y sin control prenatal...”* por lo que la envió a hospital IMSS [segundo nivel] para normar conducta, acción que en opinión de médico legista de esta Comisión Nacional se considera adecuada en base

⁷ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

⁸ En obstetricia las maniobras de Leopold consisten en cuatro acciones distintas que ayudan a determinar estática fetal, y que, junto con la evaluación de la pelvis materna, pueden indicar si el parto será complicado o si resultará necesario realizar una cesárea. La maniobra es realizada en cuatro pasos, de palpación abdominal para determinar la presentación, situación y posición del feto.

⁹ Describe la manera en la que está colocado el feto para salir por el canal del parto. La posición más deseable es con la cabeza hacia abajo, a lo que se conoce como presentación cefálica.

¹⁰ Es la relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre (longitudinal, oblicua o transversa).

¹¹ Respuesta dolorosa de un individuo al estímulo causado por el médico cuando golpea suavemente con su mano a los lados de la espalda baja, en la columna lumbar. Se evidencia en pacientes con infecciones del tracto urinario alto o pielonefritis



a los factores de riesgo presentes y que indicaban que V1 cursaba un “embarazo de alto riesgo”¹².

31. Ahora bien, el 13 de noviembre de 2020, V1, mujer con antecedentes de *“secundigesta con embarazo de 40 semanas de gestación por ultrasonido, hipertensión inducida por el embarazo, obesidad mórbida con IMC de 45. Con fondo uterino de 45 cm con presencia de lipoma abdominal y sin control prenatal...”*, por referencia del Centro de Salud de la comunidad de “El Bosque” ingresó al Hospital Rural.

32. Alrededor de las 17:18 horas de ese día, V1 fue atendida por AR1 en el área de Urgencias del mencionado nosocomio, quien después de interrogarla y valorarla refirió como *“Antecedentes personales patológicos: Portadora de diabetes mellitus tipo 2...”* y plan de manejo interconsulta al servicio de Ginecología y Obstétrica; ocasión en que fue atendida por AR2, médica residente en dicha especialidad que sugirió realizar estudios de laboratorio de perfil preeclámtico y nueva valoración con dichos resultados.

33. Con los resultados de los estudios de laboratorio solicitados, V1 fue valorada nuevamente por AR1 a las 18:25 horas, señalando que no se evidenciaban alteraciones a excepción del examen general de orina que mostraba datos de un proceso infeccioso. Por lo anterior, solicitó revaloración por el servicio de Ginecología y Obstétrica, la cual fue atendida nuevamente por AR2, quien sugirió *“...continuar deambulando y seguir la vigilancia del trabajo de parto a libre evolución...”*.

34. Al respecto, de acuerdo con la opinión del especialista en medicina legal de este Organismo Nacional, la atención inicial otorgada a V1 por AR1 fue inadecuada al no prescribir el traslado de V1, de manera inmediata, a otra unidad médica que garantizara la adecuada resolución del embarazo de alto riesgo, omitiendo considerar todos los factores de peligro que presentaba V1, como lo era: obesidad,

¹² Se define como aquel en el que existen factores que condicionan una mayor morbi-mortalidad materna y/o fetal, con probabilidad de complicaciones o resultados desfavorables para el binomio. En este tipo de embarazo se tiene la certeza de la existencia de estados patológicos concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o el producto, o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.



diabetes mellitus tipo 2, hipertensión inducida por el embarazo, falta de control prenatal, reporte de ultrasonido obstétrico y el aspecto sociodemográfico de pertenecer a una comunidad indígena; aunado a que tenía conocimiento que el Hospital Rural no contaba con médico especialista en Ginecología y Obstetricia, lo que era indispensable para atender a V1.

35. Este Organismo Nacional observó que por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales que representa el embarazo de V1, AR1, médica responsable de atender a V1 incumplió el numeral 5.3.1.13 de la 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 que establece: *“Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutive adecuada”*, en relación con el 3.52 que define la urgencia obstétrica como: *“...la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.”*

36. En la nota médica de las 20:14 horas del 13 de noviembre de 2020 relativa a la tercera valoración efectuada a V1, AR1 estableció que V1 refirió aumento del dolor, con contracciones uterinas de tres a cuatro en diez minutos con duración promedio de quince a veinte segundos. Los signos vitales y condiciones fetales sin detectar alteración, y las condiciones cervicales al tacto vaginal se mencionaron con seis centímetros de dilatación y 70% de borramiento, con membranas amnióticas íntegras; por lo anterior, al establecer un “trabajo de parto”¹³ en fase activa, decidió el ingreso hospitalario de V1, informando dicha acción al servicio de Ginecología y Obstetricia.

37. En el expediente clínico de V1 consta que la primera valoración realizada por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural se registró a las 21:00 horas

¹³ Es el conjunto de fenómenos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto, incluyendo la placenta y sus anexos. Este se divide en tres periodos, el primero caracterizado por dilatación y borramiento cervical; el segundo o expulsivo (expulsión del producto); y el tercero o alumbramiento (expulsión de placenta y anexos).



del 13 de noviembre de 2020 y estuvo a cargo de AR2, quien, en la nota médica respectiva mencionó conocer los antecedentes con los que contaba la paciente, así como el motivo de solicitud de la atención.

38. Asimismo, mediante exploración física describió la presencia de abundante panículo adiposo a nivel abdominal, con útero gestante sin lograr delimitar fondo. El feto lo refirió en presentación cefálica, situación longitudinal y con el dorso a la derecha; con una frecuencia cardíaca fetal de 146 latidos por minuto.

39. Por otra parte, también señaló el cérvix, posterior, con seis centímetros de dilatación y 50% de borramiento y las membranas amnióticas íntegras. Así, tras mediciones y cálculos específicos propios de la especialidad, determinó que V1 contaba con una pelvis ginecoide útil para el parto, haciéndolo constar en el rubro de valoración de “*PELVIS*” del partograma al referir los estrechos superior, medio e inferior como “S” [suficientes]; con lo anterior, AR2 decidió continuar con vigilancia del trabajo de parto.

40. Sobre lo cual, en la opinión emitida por médico legista de la CNDH, se indicó que el embarazo que presentaba V1 era considerado de alto riesgo, por lo que no fue adecuado someterla al trabajo de parto cuando reunía criterios de un traslado inmediato para la resolución de su embarazo en hospital de segundo o tercer nivel con recursos humanos y tecnológicos suficientes que garantizaran su atención.

41. De acuerdo con el especialista de este Organismo Nacional la valoración médica efectuada por AR2 fue mal realizada, al no considerar todos los factores de riesgo con los que contaba V1 y que como se indicó establecían un embarazo de alto riesgo, con mal pronóstico fetal [para V2] al dejar evolucionar el trabajo de parto sin tomar en consideración la alta posibilidad de un producto macrosómico¹⁴ y criterios para

¹⁴ El término "macrosomía fetal" se utiliza para describir a un recién nacido que es mucho más grande que el promedio. Un producto al que se le diagnostica macrosomía fetal pesa más de 8 libras con 13 onzas (4000 gramos), independientemente de su edad gestacional.



una resolución por operación cesárea, según lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica “Realización de operación Cesárea”.

42. El 13 de noviembre de 2020, aproximadamente a las 23:25 horas, AR2 detectó una actividad uterina¹⁵ irregular en V1 - según consta en el “partograma”, a las 23:30 horas se registraban dos contracciones uterinas cada diez minutos-, por lo que dio inicio con la “*conducción del trabajo de parto*”¹⁶ a través de administración intravenosa de oxitocina.

43. El médico legista de este Organismo Nacional evidenció que, dentro de los principios rectores establecidos en las “*Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*”¹⁷, se menciona que dicha acción solo deberá llevarse a cabo cuando haya una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles daños, realizando una evaluación clínica que descarte alguna contraindicación como la desproporción céfalo-pélvica y la presencia de un producto macrosómico, como lo era en el caso del binomio materno fetal, V1 y V2.

44. Con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico legal que la administración de oxitocina por vía intravenosa con fines de conducción del trabajo de parto fue una acción inadecuada, al no tomarse en consideración todos los factores de riesgo con los que contaba V1 y que establecían que se trataba de un embarazo de alto riesgo con alta posibilidad de un producto macrosómico, con lo que además de poner en riesgo la viabilidad de V2, aumentaba la morbi-mortalidad materna al provocar una hiperestimulación uterina con posibles consecuencias de sufrimiento fetal, atonía uterina, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina, hechos que pasaron desapercibidos por las médicas residentes AR1 y AR2, contraviniendo lo establecido en los artículos 3º fracción IV, 27 fracciones IV y X, 32 y 33 de la Ley General de Salud; 8, 21, 73 y 74 del Reglamento de la Ley General de

¹⁵ La actividad uterina irregular es cuando en la fase activa del trabajo de parto existe una actividad uterina ineficiente (contracciones < 0 = a 2 contracciones en un periodo de 10 minutos). Causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto. Guía de Práctica Clínica. “*Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*”.

¹⁶ Se conoce a la intervención médica para regularizar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas mediante el uso de fármaco uterotónico, con el propósito de completar el trabajo de parto

¹⁷ *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Organización Mundial de la Salud 2015. Principios rectores.



Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 5, 7, 43, 52 y 94 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

45. A las 04:00 horas del día 14 de noviembre de 2020, tanto en el partograma como en la nota médica respectiva elaborada por AR2 se describe una dilatación y borramiento completo, con lo que se daba inicio al periodo expulsivo¹⁸. En ese momento V1 debió haber sido ingresada a sala de expulsión, en caso de tratarse de una gestante con pelvis útil y suficiente, con producto de la gestación de peso normal, sin embargo, como se evidenció previamente, en su caso no debió inducirse dicho trabajo de parto.

46. No obstante, el traslado de V1 se realizó cuarenta y cinco minutos después del momento indicado, esto es, hasta las 04:45 horas, sin conocer los motivos ni las acciones realizadas durante este periodo, por lo que tal dilación incumple con las recomendaciones estipuladas en la Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto”.

47. Una vez que V1 se encontró en la sala de expulsión y posterior a la salida de la cabeza del producto de la concepción [V2] por el canal vaginal, se presentó una distocia de hombros¹⁹ -derivado de la mala valoración clínica de AR2, al omitir considerar la presencia de un producto macrosómico, toda vez que la paciente es diabética-, es decir, que el hombro anterior que se encontraba en contacto con la sínfisis del pubis materno se atoró con ésta, impidiendo la expulsión de V2 con la tracción normal y los pujidos de la madre; motivo por el que AR2 realizó maniobras con la finalidad de liberarlo; según lo hecho constar por AR2 en la nota médica de las 04:00 horas del 14 de noviembre de 2020, dichas técnicas de liberación fueron

¹⁸ Segundo periodo del trabajo de parto.

¹⁹ Es la urgencia obstétrica que se establece cuando tras la expulsión de la cabeza fetal se detiene la progresión del parto, no siendo eficaces las maniobras habituales de extracción de los hombros



realizadas en el siguiente orden: 1) maniobra de McRoberts²⁰, maniobra de Mazzantti²¹ y maniobra de Rubin-Woods²².

48. Posterior a estas maniobras y sin establecer el tiempo transcurrido, AR2 señaló no haber podido extraer el producto “*sin encontrarse frecuencia cardiaca fetal*”. Además, mencionó la aparición de un sangrado profuso transvaginal que orientaba a un “*desprendimiento placentario*” y/o “*atonía uterina*”, motivo por el cual decidió realizar la maniobra de Zavanelli²³ con la finalidad de extraer por vía abdominal al feto a través de operación cesárea, tomando en consideración que para ese momento ya se había presentado la muerte fetal y decapitamiento parcial.

49. Sobre el particular, el especialista de este Organismo Nacional precisó que tanto el “desprendimiento prematuro de placenta normoinsera” como la “atonía uterina” son dos entidades nosológicas²⁴ que provocan hemorragias de tipo obstétrico, las cuales son consideradas como urgencia obstétrica²⁵.

50. No omitiendo manifestar, que dichos eventos de distocia de hombros y sangrado profuso transvaginal fue facilitado por la mala decisión tanto de AR1 como de AR2 de no calificar como “*embarazo de alto riesgo*”, someter inadecuadamente a trabajo de parto a V1 y no realizar una buena valoración del peso fetal de V2, y de AR2 por conducir farmacológicamente el trabajo de parto cuando existían evidentes contraindicaciones de macrosomía fetal.

²⁰ Se retiran las piernas de los estribos y se flexionan sobre el abdomen.

²¹ El ayudante aplica presión suprapúbica con la eminencia tenar de la mano sobre el hombro anterior del feto alijado por arriba y detrás de la sínfisis del pubis, mientras el médico tracciona en sentido inferior a la cabeza fetal, y existiendo un alto grado de probabilidad que al realizar esta maniobra ante una técnica deficiente se haya presentado el decapitamiento parcial por tracción de la cabeza.

²² Dos técnicas. *La primera:* la mano del médico llega hasta el hombro fetal empujándolo hacia la región anterior del tórax logrando la abducción de ambos hombros, lo que produce una reducción en el diámetro entre hombro y hombro. *La segunda:* se gira de manera progresiva el hombro posterior a 180 en forma espiral con la finalidad de liberar el hombro anterior incrustado en la sínfisis de pubis.

²³ Es una maniobra obstétrica que implica empujar hacia atrás la cabeza fetal entregada en el canal del parto antes de realizar una cesárea en casos de distocia de hombros.

²⁴ La nosología es la parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.

²⁵ Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención. *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.* Numeral 3.52.



51. Ahora bien, en la opinión médica de este Organismo Nacional se determinó que el Hospital Rural también incumplió con el numeral 11.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, que previene que los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes que se les encomiende, siempre que estén sujetos a las indicaciones y asesoría de los galenos de base, lo que en el presente caso no ocurrió, pues en las constancias de la atención que AR2 brindó a V1, no obra la firma del profesor titular o médico de base del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rural.

52. En la Recomendación General 15²⁶, este Organismo Nacional señaló que en las quejas recibidas por violación al derecho a la protección de la salud se observa la insuficiente o nula supervisión de los médicos residentes, quienes, si bien son profesionales en la medicina, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, asisten a los especialistas para auxiliarlos en la atención de los enfermos en calidad de alumnos dado que se encuentran en periodo de capacitación.

53. Es importante recordar que conforme al último párrafo del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, dicho *“Instituto será corresponsable con el personal (médicos, enfermeras y servicios auxiliares)...de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes”*, en relación con el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que prevé: *“En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo”*; así como en el diverso 26 del mismo ordenamiento que decreta: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*, por lo que se advierte responsabilidad institucional del IMSS, que debió procurar la disponibilidad

²⁶ CNDH. Recomendación General 15 de 23 de abril de 2009.



y calidad en los servicios de salud del Hospital Rural, y así asegurar una atención obstétrica acorde con el estado de V1.

54. La protección a la salud de V2 se encontraba interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo y conclusión del embarazo de V1 sin riesgos, por lo que en la medida en que fueran satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada al acceso al derecho a de protección a la salud, se garantizaría la viabilidad de V2.

55. Dicha interconexión se encuentra prevista en el contenido del artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño, al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada para las madres”*.

56. Este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2, y las irregularidades señaladas en los párrafos precedentes, debido al incumplimiento por parte del IMSS de dotar al Hospital Rural de los insumos y personal médico profesional para el tratamiento de las enfermedades que afectan a los individuos y que, en este caso, provocó error en el diagnóstico y tratamiento oportuno para atender el embarazo de alto riesgo de V1 y sus efectos sobre V2, pues de haber contado con ellos como era su obligación, se hubiera evitado el fallecimiento de V2.

57. Es fundamental recordar que el derecho a la salud no es sólo un objetivo en programas gubernamentales de largo plazo, ya que de este se derivan obligaciones para las Instituciones, las que deben hacer efectivo el derecho a la salud y adoptar medidas en este sentido y sin demora. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos apuntó que: *“Las dificultades económicas de un país no le eximen de la obligación para adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud”*²⁷.

²⁷ “El derecho a la salud”, folleto informativo N° 31, junio de 2008.



58. Por tanto, resulta inexplicable la ausencia de medidas por parte de las autoridades del IMSS a través de AR3 para dotar al Hospital Rural de los recursos humanos [médicos de base especialistas en Ginecología y Obstetricia], necesarios e indispensables, para cumplir con la obligación de brindar servicios de salud adecuados.

59. En conclusión, se advierte que la negligencia por omisión e impericia con que actuaron AR1 y AR2, así como la falta de supervisión de AR2 por parte de un médico de base, constituyen responsabilidad institucional que derivó en violación al derecho a la protección de la salud de V1 y V2, tutelado en los artículos 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

60. Igualmente, esta Comisión Nacional considera que el IMSS incurrió en responsabilidad institucional, cuando omitió adoptar a través de AR3 medidas apropiadas de carácter administrativo, presupuestario y médico, para dar plena efectividad al derecho a la salud de V1 y V2.

C. Derecho a la vida.

61. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no 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 artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

62. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana,



mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

63. En el caso “*Niños de la Calle vs. Guatemala*” la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a todas sus instituciones.²⁸

64. En consonancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido destacan la “*Declaración de Ginebra*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “*Declaración de Lisboa*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

65. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por el personal médico del Hospital Rural, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V2.

66. Al respecto, en la nota que describe la técnica quirúrgica de la operación cesárea, AR2 hizo constar que al realizar la incisión de tipo Kerr a nivel de la pared uterina, se procedió a extraer la pelvis fetal realizando en ese momento la maniobra de Zavanelli para introducir la cabeza fetal y extraer el producto por vía abdominal, describiendo además el hallazgo de “*decapitamiento parcial*”.

²⁸ “*Caso ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*”, Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.



67. Con lo anterior, es dable señalar que, al presentarse la distocia de hombro, AR2 empleó de manera inadecuada las maniobras descritas por la literatura para poder liberar el hombro de V2 incrustado a nivel de la sínfisis del pubis materno, lo que trajo como consecuencia el desprendimiento parcial a nivel del cuello de la extremidad cefálica por tracción excesiva y consecuentemente generó la muerte fetal de V2 por trauma obstétrico.

68. En ese sentido, se puede establecer que la causa directa del fallecimiento de V2 fue a consecuencia de llevar a cabo maniobras sin la habilidad y conocimientos técnicos básicos e indispensables en Ginecología y Obstetricia por parte de AR2, descrito en la necropsia de V2 como *“Trauma obstétrico no especificado”*; con lo que se transgredió lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

D. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva por violencia obstétrica.

69. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

70. Por su parte el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.



71. En el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, la CrIDH señaló que los derechos reproductivos *“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”*. Asimismo sostuvo que: *“(…) la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”*.²⁹

72. En el presente caso, esta Comisión Nacional observó que la atención médica que se brindó a V1 fue inadecuada como se analizó en el apartado correspondiente, toda vez que la actuación del personal médico incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos, pues de las constancias que integran el expediente, se advierte que, si bien el embarazo de V1 era de alto riesgo, igualmente era viable y la inadecuada atención médica que recibió influyó en la pérdida de la vida de V2, lo que evidencia la vulneración al derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1, pues repercutió en su derecho a decidir el número de hijos.

73. Igualmente, de las evidencias descritas se advierte la indebida atención a V1, por la omisión de AR1 y AR2 respecto de referirla a otra unidad de salud de mayor capacidad resolutive y en establecer un tratamiento adecuado para el embarazo de alto riesgo que presentaba, además de no realizar una estrecha vigilancia del binomio materno-fetal, todo lo cual se traduce en violencia institucional y obstétrica por parte del personal médico y de enfermería que tuvo a su cargo la atención de V1 en el Hospital Rural, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, tienen la obligación de evitar *“(…) dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como (…) prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*, entre ellas, la obstétrica y debieron aplicar

²⁹ “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No 257. Párr. 147 y 148



“las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres”.

74. La Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.*³⁰

75. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la OMS, así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional en el documento “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”³¹, publicado en 2014, declaró -respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud- que: *“El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.”*

³⁰ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 47.

³¹ Declaración de la OMS: “Prevención y erradicación de la falta y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, (2014), sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1



76. En México, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.

77. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.

78. Este Organismo Nacional con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, en la Recomendación General 31 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, evidenció que algunos hospitales de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud *“no cuentan con recursos humanos y materiales necesarios para que el personal de salud efectúe su trabajo. Para esta Comisión Nacional, la falta de estos recursos técnicos y humanos en algunos hospitales constituye un obstáculo para la adecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, con lo cual el Estado incumple con la obligación de poner a disposición de toda la población*



*los medios necesarios para que pueda ejercer su derecho a la salud, lo que implica la existencia de responsabilidad institucional”.*³²

79. Al considerar los diversos conceptos que existen en las diversas leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia citadas y lo establecido por la OMS, se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llega a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.

80. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso, implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud materna. Lo anterior se robustece con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35 y 46 la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; *“brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.*

81. En los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a)

³² CNDH. Recomendación General 31 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, del 31 de julio de 2017, párr. 216



de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), se establece el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

82. Los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señalan que: *“Los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a servicios de atención médica”,* garantizando *“a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”*.

83. Respecto de los hechos que constituyeron violación obstétrica, se advierte que AR1 y AR2 cometieron violencia obstétrica al haber decidido de forma errónea continuar con el trabajo de parto de V1, no obstante, los factores de riesgo con los que contaba la paciente y establecían un embarazo de alto riesgo, aunado al mal pronóstico fetal al dejar evolucionar el trabajo de parto sin tomar en consideración la alta posibilidad de un producto macrosómico y criterios para una resolución por operación cesárea, sometiendo al binomio materno-fetal, V1 y V2, a un sufrimiento innecesario, poniendo en riesgo la salud de ambos, eventos que se traducen en violencia institucional y obstétrica en agravio de V1 y V2.

84. No pasa desapercibido, que posteriormente a la muerte del producto de la concepción [V2], AR2 no logró realizar la maniobra de Zavanelli en la sala de expulsión, por lo que V1 fue trasladada al quirófano con la extremidad cefálica fetal aún atorada en el canal vaginal. Circunstancia que sometió a V1 aún más a violencia obstétrica, ya que, además de las maniobras para extraer a V2 que eran dolorosas, se produjo la muerte de ésta y su decapitamiento, y de forma por demás inhumana,



V1 tuvo que esperar con el producto “atorado” en vía vaginal para la realización de la operación cesárea.

E. Derecho al acceso a la información en materia de salud.

85. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

86. 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 servicio de salud.³³

87. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*³⁴

88. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-004-SSA3-2012 advierte 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

89. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró

³³ CNDH. Recomendación 23/2020 párr 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

³⁴ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.



que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*³⁵

90. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³⁶

91. 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 citada NOM-Del Expediente, 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 se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 1/2018, 52/2018, 73/2018, 77/2018, 1/2019, 3/2019, 8/2019, 21/2019, 26/2019, 23/2020, 35/2020, 43/2020, 1/2021, 5/2021, 28/2021, 59/2021 y 62/2021.

92. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V1 en el Hospital Rural, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la referida Norma Oficial Mexicana, la cual refiere que los citados documentos y

³⁵ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

³⁶ CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.



reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

93. En la opinión médica de este Organismo Nacional también se evidenció la ausencia de las notas de interconsulta relativas las valoraciones realizadas por AR2 a V1 el 13 de noviembre de 2020, lo cual constituye transgresión al numeral 6.3³⁷ de la NOM-Del Expediente.

94. La idónea integración del expediente clínico de V1 es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.

F. Responsabilidad.

F.1. Responsabilidad de Personas Servidoras Públicas.

95. Tal y como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la actuación de AR1 y AR2, fue omisa en proporcionar a V1 la atención médica especializada oportuna y adecuada que requería, toda vez que ambos galenos omitieron referir a V1 a otra unidad hospitalaria con mayor capacidad resolutoria que contara con los recursos humanos, físicos y tecnológicos que garantizaran la atención, vigilancia y resolución del embarazo de alto riesgo en base a las co-morbilidades con las que

³⁷ NOM-004-SSA3-2012. "6.3. Nota de Interconsulta. La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado...".



contaba V1, incumpliendo con lo establecido en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

96. La responsabilidad de AR2 proviene de la impericia en que incurrió durante el periodo expulsivo del trabajo de parto de V1, lo que trajo como consecuencia la muerte del producto de la concepción V2; contribuyendo además en el deterioro del estado de salud de V1 que puso en riesgo su vida, al presentarse una hemorragia obstétrica tras el desprendimiento de la placenta.

97. El hecho que AR3 haya tolerado el manejo quirúrgico dado a V1 por personal médico en proceso de formación, sin supervisión médica especializada, y omitir la referencia de V1 a un hospital de tercer nivel de atención médica, constituye incumplimiento a lo establecido en los supracitados numerales 9.3.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas y 5.3.1.13 de la 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.

98. Sobre la atención obstétrica a mujeres indígenas, la NOM-007-SSA-2016, en sus apartados 3.36 y 5.1.11 dispone la pertinencia cultural que debe prevalecer al brindar atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, aunado a que la misma debe ser con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura.

99. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2 y AR3, constituyen evidencia suficiente para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como servidores públicos, en términos de lo dispuesto por el artículo 7º, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y por los similares 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de



cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

F.2. Responsabilidad institucional.

100. La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y al interés superior de la niñez corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social, toda vez que entre el 13 y 14 de noviembre de 2020 en el Hospital Rural no se brindó de manera oportuna atención médica especializada a V1, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

101. De igual manera, por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V1, respecto de la ausencia de las notas de interconsulta que debieron ser elaboradas por AR2 en su carácter de médica consultada y que repercute en la integración apropiada de dicho instrumento, el IMSS es responsable solidario del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

102. Con fundamento en lo dispuesto 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, se cuenta en este caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja y denuncia de hechos ante el Órgano Interno de Control en el IMSS y el agente del Ministerio Público de la Federación, respectivamente, a fin de que se inicien las investigaciones correspondientes en contra de AR1, AR2 y AR3, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.



103. No es obstáculo para lo anterior que se encuentre en integración el expediente EA en el Órgano Interno de Control en el IMSS, toda vez que esta Comisión Nacional presentará directamente queja para los efectos previstos en el artículo 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a fin de, entre otros objetivos, dar el seguimiento debido a dicha investigación.

G. Reparación integral del daño.

104. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

105. De conformidad con los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI, 67, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral a través de las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición.

106. Al respecto, no pasó inadvertido para esta Comisión Nacional que el 17 de diciembre de 2020 el IMSS entregó a V1 un cheque que amparaba el pago de una suma económica por concepto de indemnización. Igualmente que, mediante correo electrónico de 21 de diciembre de 2020, la titular del área de Atención a Quejas



CNDH del IMSS remitió en alcance a la respuesta inicial distintas constancias de las que se advierte que ese Instituto ha brindado atención médica a V1, asimismo, que se ha ofrecido de manera reiterada atención psicológica a V1 y a su núcleo familiar, aunado a que se han implementado diversos cursos a efecto de garantizar la no repetición de los hechos transgresores de derechos humanos.

107. Al respecto, este Organismo Nacional considera que, si bien dichas acciones constituyen medidas de rehabilitación, compensación y no repetición, en atención al interés superior de las víctimas, es necesario que se lleven también a cabo diversas medidas de reparación para V1.

108. 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 Satisfacción.

109. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 27 fracción IV y 73 fracción V de la Ley General de Víctimas, las medidas de satisfacción tienen la finalidad de *“reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas”*, mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

110. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno del Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el trámite y seguimiento de la denuncia que se interponga en la Fiscalía General de la República, en contra de AR1, AR2 y AR3, personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.



111. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero y segundo, se deberán informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

b) Medidas de no repetición

112. Las medidas de no repetición están previstas en el artículo 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. Para ello, la educación y capacitación de las personas servidoras públicas respecto de los derechos humanos, resulta ser una medida prioritaria y permanente.

113. En el plazo de tres meses contados a partir de la fecha de aceptación de la presente Recomendación, las autoridades de IMSS deberán implementar un curso integral sobre 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, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Prácticas Clínicas citadas en el cuerpo de esta Recomendación, con especial énfasis en los temas de atención a mujeres indígenas, a todo el personal médico y administrativo del Hospital Rural del IMSS, en particular a AR1, AR2 y AR3 y además, estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

114. Asimismo, una vez aceptada la presente Recomendación, en el plazo de dos meses se deberá establecer un protocolo que garantice la supervisión permanente a los médicos residentes durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, así como del personal pasante en servicio social por parte de los médicos de base en el Hospital Rural; hecho lo cual, se deberán remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten el cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

115. En un plazo de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberán realizar las gestiones administrativas correspondientes



para que se procure dotar al Hospital Rural de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura y personal médico que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo la modificación o corrección de aquellas prácticas administrativas que pueden impedir o retrasar la realización y/o entrega de estudios de laboratorio y gabinete; una vez realizadas, dichas acciones se deberán informar a la CNDH para acreditar el cumplimiento del punto quinto recomendatorio.

116. 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. Se colabore en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2 y AR3 en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por las omisiones precisadas en las observaciones y análisis de las evidencias de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente ante la Fiscalía General de la República, en contra de AR1, AR2 y AR3, por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V1, que derivaron en la pérdida de la vida de V2, se aporten todas las evidencias necesarias en la carpeta de investigación que se inicie, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Diseñar e impartir en el término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales



Mexicanas y Guías de Prácticas Clínicas citadas en esta Recomendación, con especial énfasis en los temas de atención a mujeres indígenas, a todo el personal médico del Hospital Rural en Bochil, Chiapas, en particular a AR1, AR2 y AR3, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya a quien corresponda para que una vez aceptada la presente Recomendación, en el plazo de dos meses se establezca un protocolo que garantice la supervisión, por parte de médicos autorizados para ello, del personal en proceso de formación, ya sean residentes o de servicio social, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo en el Hospital Rural en Bochil, Chiapas, hecho lo cual se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de tres meses, se deberán realizar las gestiones administrativas correspondientes para que se procure dotar a la Unidad Médica Rural situada en el municipio de Bochil de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura y personal médico que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo la modificación o corrección de aquellas prácticas administrativas que pueden impedir o retrasar la realización y/o entrega de estudios de laboratorio y gabinete.

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

117. La presente Recomendación, de acuerdo a lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras



públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

119. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se le solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el término para informar sobre la aceptación de la misma, de lo contrario dará lugar a que se considere como no aceptada.

120. 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, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar 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